ISSN 2010-9881

ШОШИЛИНЧ ТИББИЁТ АХБОРОТНОМАСИ

ВЕСТНИК ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

2023, том 16, № 3

РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

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

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

Включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ (Ташкент):

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

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

МЕЖДУНАРОДНЫЙ РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

А.А. Абдурахманов (Ташкент)
М.М. Акбаров (Ташкент)
Ф.Б. Алиджанов (Ташкент)
А.А. Алижанов (Наманган)
Ш.К. Атаджанов (Ташкент)
Ш.Э. Атаханов (Ташкент)
С.Ф. Багненко (С.-Петербург)
С.М. Бегалиев (Нукус)
Д.Г. Бурибаев (Ташкент)
Э.Ю. Валиев (Ташкент)
Б.Г. Гафуров (Ташкент)
Б.Т. Даминов (Ташкент)
А.И. Икрамов (Ташкент)
С.А. Кабанова (Москва)
Р.Д. Курбанов (Ташкент)
А.Н. Лодягин (С.-Петербург)
Б.А. Магрупов (Ташкент)
И.П. Миннуллин (С.-Петербург)
А.Г. Мирошниченко (С.-Петербург)
Г.Ф. Муслимов (Баку)
Б.Ф. Мухамедова (Ташкент)
Ф.Г. Назыров (Ташкент)
З.М. Низамходжаев (Ташкент)
Ю.С. Полушин (С.-Петербург)
Д.А. Сапаев (Ургенч)
Р.П. Туляков (Карши)
А.Ю. Тухтакулов (Фергана)
А.Д. Фаязов (Ташкент)
А.Ф. Черноусов (Москва)
А.Т. Эрметов (Ташкентская обл.)
Başar Cander (Стамбул, Турция)
Juha Hernesniemi (Helsinki, Finland)

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

Адрес редакции: 100115, Узбекистан, Ташкент, Кичик халка йули, 2.
Тел.: (99871) 1504600, 1504601. E-mail: journal@empa.uz
www.ems-journal.uz
Индекс подписки 1204

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

Издательская лицензия AI № 158. 14.08.2009.
Подписано в печать 7 октября 2023 г. Формат 60×84 1/8. Печать офсетная. Бумага мелованная.
Усл. печ. л. 43,71. Уч. изд. 54,53. Тираж 2 100. Заказ № 23-718.

Редакторы: *Л. Бабаева, Ш. Иногамова, Т. Мирзаев.* Технический редактор *Л. Хижова.*
Компьютерная верстка *Ф. Хасанова*

Отпечатано в издательско-полиграфическом творческом доме «Узбекистан».

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан

Ассоциация врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана

ISSN 2010-9881

THE BULLETIN OF EMERGENCY MEDICINE

Vol. 16, № 3, 2023

PEER-REVIEWED SCIENTIFIC PRACTICAL JOURNAL

Included the list of scientific publications recommended by the advanced attestation commission of the Republic of Uzbekistan for publication of the main scientific results of doctoral dissertations

Journal is indexed in Russian Science Citation Index (RSCI)

EDITORIAL BOARD (Tashkent):

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

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

INTERNATIONAL EDITORIAL COUNCIL

A.A. Abdurakhmanov (Tashkent)
M.M. Akbarov (Tashkent)
F.B. Alidjanov (Tashkent)
A.A. Alijanov (Namangan)
Sh.K. Atadjanov (Tashkent)
Sh.E. Atakhanov (Tashkent)
S.F. Bagnenko (St.-Petersburg)
S.M. Begaliyev (Nukus)
O.G. Buribayev (Tashkent)
E.Y. Valiev (Tashkent)
B.G. Gafurov (Tashkent)
B.T. Daminov (Tashkent)
A.I. Ikramov (Tashkent)
S.A. Kabanova (Moscow)
R.D. Kurbanov (Tashkent)
A.N. Lodyagin (St.-Petersburg)
B.A. Magrupov (Tashkent)
I.P. Minnullin (St.-Petersburg)
A.G. Miroshnichenko (St.-Petersburg)
G.F. Muslimov (Baku)
B.F. Mukhamedova (Tashkent)
F.G. Nazirov (Tashkent)
Z.M. Nizamkhodjaev (Tashkent)
Yu.S. Polushin (St.-Petersburg)
D.A. Sapaev (Urgench)
R.P. Tulyakov (Karshi)
A.Yu. Tukhtakulov (Fergana)
A.O. Fayazov (Tashkent)
A.F. Chernousov (Moscow)
A.T. Ermetov (Tashkent region)
Başar Cander (Istanbul, Turkey)
Juha Hernesniemi (Helsinki, Finland)

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

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

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

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

СОДЕРЖАНИЕ **CONTENTS**

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ **CLINICAL RESEARCH**

Трехуровневая система оказания экстренной медицинской помощи при политравме в Республике Узбекистан
А.М. Хаджибаев, Д.Б. Туляганов, Д.А. Алимов, Б.И. Шукуров, Х.Э. Анваров, К.С. Элмурадов
4 Three-level system of emergency medical care for polytrauma in the Republic of Uzbekistan
A.M. Khadjibayev, D.B. Tulyaganov, D.A. Alimov, B.I. Shukurov, Kh.E. Anvarov, K.S. Elmuradov

Тактика ведения пациентов с внезапной остановкой кровообращения в многопрофильном стационаре мегаполиса
С.Ф. Багненко, Д.М. Прасол, В.М. Теплов, Е.А. Карпова, И.П. Миннуллин
13 Tactics of patients' management with sudden circulatory arrest in a multidisciplinary hospital of megapolis
S.F. Bagnenko, D.M. Prasol, V.M. Teplov, E.A. Karpova, I.P. Minnullin

Оптимизация маршрутизации больных острым коронарным синдромом на территории города Ташкента
А.В. Алимов[1], Д.А. Алимов[2], Б.Ф. Мухамедова[2], Р.А. Рахимова[2], Б.О. Казаков[2]
20 Optimization of routing of patients with acute coronary syndrome on the territory of the city of tashkent
A.V. Alimov, D.A. Alimov, B.F. Mukhamedova, R.A. Rahimova, B.O. Kazakov

Хирургическое лечение больных неспецифическим аортоартериитом с поражением ветвей дуги аорты
С.И. Исмаилов, Ф.Ш. Бахритдинов, А.С. Суюмов
29 Surgical treatment of patients with non-specific aortoarteritis involving the branches of the aortic arch
S.I. Ismailov, F.Sh. Bakhritdinov, A.S. Suyumov

Тактика лечения больных синдромом Такаясу при продолжающихся транзиторных ишемических атаках
Ш.И. Каримов, А.А. Юлбарисов, Х.К. Алиджанов, А.М. Ахматов, Р.Т. Муминов
37 Tactics of treatment of patients with Takakayasu syndrome with ongoing transient ischemic attacks
Sh.I. Karimov, A.A. Yulbarisov, H.K. Alidzhanov, A.M. Akhmatov, R.T. Muminov

ЮБИЛЕЙ **JUBILEE**

Азимов Аҳмад Азимович (таваллудининг 70 йиллигига)
43 Azimov Ahmad Azimovich (to the 70th birthday)

«Шошилинч тиббий ёрдам ташкил қилишнинг долзарб муаммолари:
ПОЛИТРАВМА ВА ЎТКИР ЮРАК-ҚОН ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИДА
ЁРДАМ КЎРСАТИШ МАСАЛАЛАРИ»
XVIII Республика илмий-амалий анжумани
МАТЕРИАЛЛАРИ

МАТЕРИАЛЫ
XVIII Республиканской научно-практической конференции
«Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи:
ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ ПОЛИТРАВМАХ
И ОСТРОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ»

ТРЕХУРОВНЕВАЯ СИСТЕМА ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

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

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

THREE-LEVEL SYSTEM OF EMERGENCY MEDICAL CARE FOR POLYTRAUMA IN THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN

A.M. Khadjibayev, D.B. Tulyaganov, D.A. Alimov, B.I. Shukurov, Kh.E. Anvarov, K.S. Elmuradov

Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Tashkent, Uzbekistan

В статье подробно описана организационная структура службы экстренной медицинской помощи (СЭМП) Республики Узбекистан, в составе которой организована трехуровневая система оказания помощи больным с механическими травмами. Травмоцентрами I уровня являются реанимационно-хирургическая служба Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) и его 13 областных филиалов. К категории травмоцентров II уровня относятся созданные в 2022–2023 гг. в каждом регионе страны 39 межрайонных центров политравмы, к категории травмоцентров III уровня – 133 экстренных приемных отделений (Emergency Department) при районных/городских медицинских отделениях. Перечислены принципы сортировки пострадавших по тяжести травмы и представлена схема их маршрутизации в травмоцентры I–III уровней.

Ключевые слова: *шокогенная травма, медицинская помощь, травмоцентр, маршрутизация.*

The article describes in detail the organizational structure of the emergency medical service (EMS) of the Republic of Uzbekistan, which includes a three-level system of providing care to patients with mechanical injuries. Level I trauma centers are the resuscitation and surgical service of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care (RSCEM) and its 13 regional branches. The category of level II trauma centers includes those created in 2022-2023. in each region of the country there are 39 inter-district polytrauma centers, level III trauma centers - 133 emergency departments (Emergency Department) at district/city medical departments. The principles of sorting victims by severity of injury are listed and a scheme for their routing to level I-III trauma centers is presented.

Keywords: *shock injury, medical care, trauma center, routing.*

В Республике Узбекистан оказание бесплатной экстренной медицинской помощи населению гарантировано государством и оказывается, главным образом, догоспитальными и госпитальными подразделениями Службы экстренной медицинской помощи (СЭМП). Головным учреждением СЭМП является Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП), в Республике Каракалпакстан и каждом областном центре функционируют региональные филиалы РНЦЭМП, на районном уровне – отделения экстренной медицинской помощи (Emergency Department) при районных/городских медицинских отделениях. В 2021 году согласно Постановлению Президента Республики Узбекистан № ПП-5198 «О мерах по дальнейшему повышению качества медицинской помощи, оказываемой населению» во всех регионах страны была начата организация новой структурной единицы в СЭМП – межрайонных центров политравмы и острых сердечно-сосудистых заболеваний.

Создаваемые межрайонные центры размещаются на базе расширенных районных субфилиалов РНЦЭМП, выбранных исходя из их локации, количества населения, близости автомобильных трасс и других факторов. Каждый из подобных

центров охватывает до 1 млн населения 3–4 близлежащих районов, оснащается всем необходимым диагностическим (рентген, КТ, ангиограф) и лечебным оборудованием, а также квалифицированным персоналом, что позволяет оказывать в этих центрах специализированную помощь при основном перечне ургентных состояний (рис. 1). В результате радиус обслуживания указанных центров в среднем снизился с 80 км до 15 км, соответственно, время доставки пациентов снизилось с 30–60 до 10–20 минут.

С введением в строй межрайонных травмоцентров политравмы и острых сердечно-сосудистых заболеваний во всех регионах страны в Республике Узбекистан создана трехуровневая система травмоцентров:

– травматологические центры I уровня: РНЦЭМП и 13 его областных филиалов;

– травматологические центры II уровня: 39 межрайонных центров политравмы и острых сердечно-сосудистых заболеваний;

– травматологические центры III уровня: 133 экстренных приемных отделений (Emergency Department) при ЦРБ/ЦГБ.

Травмоцентры I уровня (РНЦЭМП и 13 областных филиалов РНЦЭМП) обеспечивают организацию и оказание всего спектра специализированной медицинской помощи на госпитальном этапе пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, их осложнениями и последствиями. Эти центры имеют специализированные отделения и оснащены современным медицинским оборудованием, что обеспечивает им возможность оказания полного цикла специализированной помощи при тяжелых изолированных и сочетанных повреждениях органов всех без исключения анатомических зон организма (при ЧМТ, ПСМТ, травматических ампутациях конечностей, повреждениях сосудов и нервных стволов, травмах груди и живота, переломах костей таза и конечностей и пр.).

При приемно-диагностических отделениях РНЦЭМП и его филиалов круглосуточно функционируют операционно-шоковый блок для проведения всего перечня противошоковых мероприятий и основного перечня диагностических мероприятий (ЭКГ, УЗИ, рентген). В шаговой доступности к приемно-диагностическому отделению находятся отделение рентген-радиологии с кабинетами МСКТ и МРТ, отделение ангиографии, кабинет эндоскопии, клинико-диагностическая лаборатория. В этих учреждениях обеспечено круглосуточное дежурство специалистов разного профиля: анестезиолога-реаниматолога,

Рис. 1. Организационная структура СЭМП Республики Узбекистан

общего хирурга, эндовидеохирурга, нейрохирурга, травматолога, сосудистого хирурга, микрохирурга, уролога, терапевта, гинеколога, челюстно-лицевого хирурга.

Организационная структура и оснащенность РНЦЭМП и его филиалов позволяют применить мультидисциплинарный подход при сочетанной травме, с первых минут поступления пациента одновременно с диагностическими мероприятиями проводить и лечебные процедуры и хирургические вмешательства, включая МСКТ по протоколу всего туловища, весь основной перечень методов лучевой диагностики и эндовидеохирургические вмешательства. При выборе объема и очередности лечебных вмешательств учитывается выявленное доминирующее повреждение, при наличии показаний к хирургическим вмешательствам имеется возможность одновременного выполнения операций на различных анатомических зонах специалистами соответствующего профиля, по возможности широко используем возможности малоинвазивных хирургических технологий. Лечебно-диагностический процесс в условиях операционно-шокового блока приемно-диагностического отделения регулируется ответственным хирургом или реаниматологом противошокового зала.

При выполнении экстренных вмешательств соблюдается принцип «damage control», предпочтение отдается малоинвазивным вмешательствам. Больные, у которых отсутствуют показания к экстренным хирургическим вмешательствам, а также пострадавшие в послеоперационном периоде переводятся в реанимационное отделение для продолжения противошоковых мероприятий. После стабилизации состояния больного они переводятся в специализированные отделения для этапного хирургического лечения последствий травм.

РНЦЭМП и его филиалы имеют необходимое кадровое обеспечение и оснащение для оказания полного цикла специализированной высокотехнологичной помощи пострадавшим со сложносочетанными повреждениями, с травмами любой тяжести и локализации, а также больным, переведенным из других стационаров, в том числе из травмоцентров 2-го и 3-го уровней. Кроме того, специалисты РНЦЭМП и филиалов занимаются оказанием этапного хирургического лечения последствий травм.

РНЦЭМП и его филиалы через свои службы санитарной авиации и центра телемедицинских консультаций РНЦЭМП, наряду с оказанием медицинской помощи пострадавшим, обеспечивают круглосуточную консультативную помощь медицинским учреждениям прикрепленного региона по вопросам диагностики и лечения больных с шокогенными сочетанными множественными и изолированными травмами, оказывают содействие во внедрении в клиническую практику новых лечебно-диагностических технологий.

При проведении консультативной помощи пострадавшим, госпитализированным в РНЦЭМП и его областные филиалы, в последние годы активно используются современные цифровые и коммуникационные технологии. Организацию и координацию телемедицинских консультаций осуществляет новая организационная структура в составе РНЦЭМП – Научная лаборатория телемедицины, которая была создана в 2022 году при сотрудничестве Минздрава и Министерства инновационного развития Республики Узбекистан, Института Роберта Коха, Университетской клиники Шарите (Германия) и Германского общества по международному сотрудничеству (GIZ). С целью оснащения РНЦЭМП и его областных филиалов телемедицинским оборудованием и соответствующим программным обеспечением были закуплены IT-оборудование в рамках инвестиционного проекта Всемирного банка «Совершенствование служб экстренной медицинской помощи». В настоящее время осуществляется монтаж оборудования и его подключение к единой системе телемедицинских консультаций службы экстренной медицинской помощи.

Важной задачей травмоцентров 1-го уровня (РНЦЭМП и его областных филиалов) является их участие в организации системы статистического учета и отчетности по сочетанным, множественным травмам и изолированным травмам, сопровождающимся шоком, проведение анализа распространенности, структуры, причин травматизма и разработка программы их профилактики совместно с другими заинтересованными организациями.

В СЭМП Узбекистана требованиям к травмоцентрам 2-го уровня отвечают созданные в 2022–2023 гг. 39 межрайонных центров политравмы и острых сердечно-сосудистых заболеваний. На эти центры возложены функции по оказанию специализированной стационарной медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком. Создание этих центров во всех регионах страны позволило увеличить число учреждений, оказывающих специализированную помощь при шокогенных травмах с 14 (РНЦЭМП и 13 его областных филиалов) до 53, значительно сократив тем самым средний радиус доставки пострадавших в травмоцентры 1-го и 2-го уровней с 300–500 км до 50–70 км.

В Постановлении Президента Республики Узбекистан № ПП-5198 в качестве основных задач этих центров были определены:

− организация оказания экстренной и специализированной медицинской помощи лицам с сочетанными травмами и больным, страдающим острыми сосудистыми заболеваниями, нуждающимся в медицинской помощи, на основе принципа «золотой час»;

− оказание гемодиализной помощи больным, страдающим острой и хронической почечной недостаточностью;

− оказание медицинских услуг, утвержденных Министерством здравоохранения, населению районов (городов), прикрепленному к Центрам.

Постановлением установлено, что:

− центрам выделяется от пятидесяти до шестидесяти койко-мест в рамках общих койко-мест отделений экстренной медицинской помощи и общей хирургии, исходя из численности населения соответствующей территории;

− в центрах вводятся дополнительные штатные единицы нейрохирургов, неврологов, кардиологов, анестезиологов-реаниматологов и других специалистов в рамках штатных единиц территориальных учреждений здравоохранения;

− на центры распространяются нормы о финансировании деятельности районных (городских) медицинских объединений, установленные в актах законодательства.

В зависимости от числа населения, проживающего в прикрепленных территориях, коечный фонд межрайонных центров имеет 2 типа: 6 центров имеют по 60 коек (всего 360), в том числе 12 – реанимационных (всего 72); 33 центра – по 50 коек (всего 1650), в том числе 9 – реанимационных (всего 297). Таким образом, общее число коек 39 вновь созданных межрайонных центров составляет 2010, из них реанимационных – 369 (18,4%).

Согласно совместному решению Министерства здравоохранения и Министерства финансов Республики Узбекистан № 26 и № 16-хх от 11 октября 2021 года, было утверждено штатное расписание межрайонных центров политравмы и острых сердечно-сосудистых заболеваний, согласно которому организационная структура каждого центра состоит из приемно-диагностического отделения, стационарного блока и операционно-реанимационного блока (рис. 2).

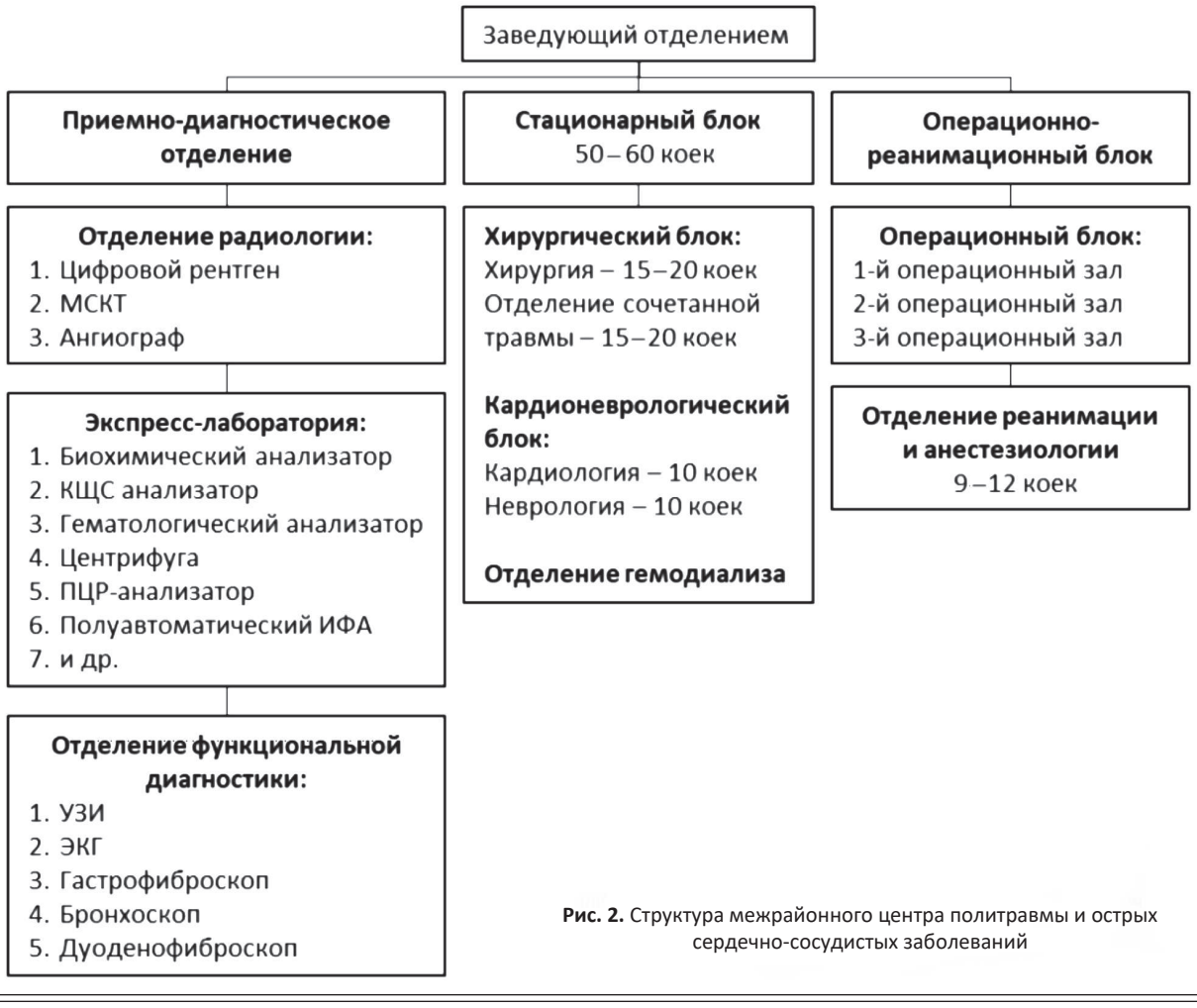

Рис. 2. Структура межрайонного центра политравмы и острых сердечно-сосудистых заболеваний

При этом для отделений политравмы и острых сердечно-сосудистых заболеваний всех центров, независимо от количества коек, выделены по 166,5 штатных единицы, а для реанимационных отделений центров мощностью 50 коек (9 реанимационных коек) всего выделено 43,25 штатных единицы, а для центров мощностью 60 коек (12 реанимационных) – 54,75 единицы.

При составлении штатного расписания центров было предусмотрено круглосуточное дежурство врачей-специалистов и медицинских сестер по 9 специальностям: по общей хирургии, детской хирургии, рентген/МСКТ-диагностике, нейрохирургии, кардиологии, педиатрии, неврологии, УЗД и травматологии-ортопедии (всего 9 круглосуточных постов). Кроме того, для каждого центра выделены по 2 штатных единицы для дневного поста и 11,5 единицы для 2 круглосуточных постов врачей анестезиологов-реаниматологов и по 2 единицы дневного поста медицинской медсестры-анестезистки. К каждому из перечисленных врачебных дежурных постов (кроме неврологии) были прикреплены по одному круглосуточному посту дежурной медицинской сестры (всего 8 постов). Кроме того, отдельно выделены 3 круглосуточных дежурных поста операционной медсестры, 3–4 круглосуточного поста медицинской сестры интенсивной терапии и 1 пост фельдшера-лаборанта. Выделены также 3 штатные единицы для дневного поста врача-лаборанта.

Общее число штатных единиц вновь созданных 39 межрайонных центров политравмы и острых сердечно-сосудистых заболеваний составляет 8249,25 единицы, в том числе врачебных – 2603,25 (31,6%), среднего медицинского персонала – 3437,25 (41,7%), младшего медицинского персонала – 2208,75 (26,8%) (табл.).

Таблица. Число выделенных штатных единиц медицинского персонала для 39 межрайонных центров политравмы и острых сердечно-сосудистых заболеваний

Тип центра		Врачебные	м/сестер	Мл. персонал	Всего
Тип 1 (50 коек), n=33		2202,75	2879,25	1839,75	6921,75
Тип 2 (60 коек), n=6		400,5	558	369	1327,5
Всего	абс.	2603,25	3437,25	2208,75	8249,25
	%	31,6	41,7	26,8	100

Отдельным приказом Министерства здравоохранения Республики Узбекистан для вновь создаваемых межрайонных центров политравмы и острых ССЗ за период 2021–2022 гг. на бесплатной основе подготовлен 271 специалист по всем базовым врачебным специальностям, предусмотренным в штатном расписании центров. Кроме того, дополнительно подготовлены специалисты по таким узким специальностям, как интервенционная кардиология, эндохирургия, компьютерная томография, фиброэндоскопия, ангиохирургия, микрохирургия, экстракорпоральная детоксикация и комбустиология. На 2023 год запланирована подготовка еще 126 специалистов для межрайонных центров.

Для каждого межрайонного центра политравмы и острых сердечно-сосудистых заболеваний были закуплены современные лечебно-диагностические оборудования, включая УЗИ, МСКТ, видеоэндоскопы, эндовидеохирургическая техника, наркозно-дыхательные и ИВЛ-аппараты, мониторы пациента и др.

Специализированную помощь пострадавшим в межрайонных центрах оказывают врачи круглосуточных постов по следующим направлениям: общая хирургия, детская хирургия, нейрохирургия, травматология-ортопедия и анестезиология-реаниматология, что обеспечивает круглосуточное функционирование шоковой операционной, врача анестезиолога-реаниматолога, операционных сестер и сестер-анестезисток. Кроме того, типовая структура и штатное обеспечение этих центров подразумевает круглосуточное функционирование кабинетов лучевой диагностики, включающих ультразвуковую и рентгеновскую диагностику, в том числе компьютерную томографию, клинико-диагностические лаборатории. Оснащение хирургической службы центров обеспечивает круглосуточное выполнение диагностической и лечебной эндоскопии и эндовидеохирургических операций. Таким образом, межрайонные центры политравмы имеют возможность оказания всего спектра экстренной медицинской помощи пострадавшим с травмами любой тяжести и локализации, а также пострадавшим, переведенным из травмоцентров 3-го уровня (Emergency Department при РМО/ГМО). Однако следует учесть, что в этих центрах может быть оказана специализированная помощь только в остром периоде травматической болезни. После стаби-

лизации состояния пострадавшие, переведенные в позднем периоде травматической болезни с тяжелыми гнойными осложнениями травмы, а также больные с повреждениями относительно редкой локализации (орган зрения, мочевыводящие пути, ЛОР-органы, лицевой скелет, трахея и т.д.) будут нуждаться в лечении в условиях специализированных отделений соответствующего РМО/ГМО или РНЦЭМП и его филиалов.

Показаниями к переводу из межрайонных центров политравмы в РНЦЭМП и его филиалы являются:

1) пострадавшие с повреждениями редкой локализации или сложности, требующие лечения в условиях узкоспециализированных отделений;

2) больные с высоким риском септических осложнений, требующих длительного лечения;

3) пострадавшие, требующие выполнения этапных реконструктивно-восстановительных хирургических вмешательств.

Транспортировка таких больных должна быть максимально безопасной и не ухудшить общее состояние пациента. Для обеспечения надлежащей безопасности транспортировки пострадавшие в тяжелом состоянии должны переводиться из стационара в стационар только в условиях реанимобиля в сопровождении специализированной реанимационной бригады СМП. Следует предусмотреть возможность непрерывной поддержки витальных функций во время транспортировки.

Немаловажным является правильный выбор момента для перевода. Больные без нарушения витальных функций, но нуждающиеся в узкоспециализированной помощи, которая может быть оказана только в РНЦЭМП или филиале, могут быть переведены максимально быстро, но только после исключения признаков повреждений внутренних органов и тяжелой ЧМТ.

В каждом случае показания и наличие условий для перевода определяются совместно со специалистами РНЦЭМП или филиала. Перевод пострадавшего в тяжелом состоянии координируется руководством принимающей клиники.

В системе экстренной медицинской помощи Узбекистана аналогом травмоцентра 3-го уровня является РМО/ГМО, в структуре которого функционируют отделения реанимационно-хирургического профиля, а с 2022 года в каждом из них организованы экстренные приемные отделения Emergency Department на базе расформированных отделений экстренной медицинской помощи. Создание отделений Emergency Department и внедрение в практику приемных отделений больниц протоколов триажа пациентов по тяжести состояния позволило разделить поток больных по нозологиям и степени экстренности случая, обеспечить оказание бесплатной качественной экстренной медицинской помощи в режиме 24/7.

В каждом отделении Emergency Department круглосуточно функционируют экстренные дежурные посты врачей хирурга, травматолога-ортопеда, нейрохирурга, терапевта (кардиолога) и педиатра. Кроме того, для экстренных приемно-диагностических отделений (Emergency Department) больниц с числом коек более 300 и более 500 дополнительно выделены штаты для круглосуточных дежурных постов хирурга, детского хирурга, детского нейрохирурга, челюстно-лицевого хирурга, токсиколога, комбустиолога, анестезиолога-реаниматолога шоковой палаты (красной зоны), терапевта (кардиолога) диагностической палаты и невропатолога. Для крупных больниц дополнительно выделены также дневные штаты врачей уролога, гинеколога, детского невропатолога, педиатра диагностической палаты, отоларинголога взрослого и детского, а также взрослого и детского офтальмолога.

В связи с организацией во всех регионах страны межрайонных центров политравмы и острых ССЗ, удаленность большинства из которых не превышает 100 км вдоль магистральных автомобильных трасс и крупных населенных пунктов, пациенты с шокогенными сочетанными и изолированными травмами по возможности транспортируются в близлежащие травмоцентры 2-го и 1-го уровней, а в Emergency Department при РМО/ГМО преимущественно госпитализируются пациенты, сроки лечения которых не превышают 10–14 дней, преимущественно с изолированной травмой, сопровождавшейся шоком I степени и сотрясением головного мозга, травмой груди с единичными переломами ребер без повреждения органов груди, травмой живота с повреждением одного паренхиматозного органа, кровопотерей легкой или средней тяжести, а в случае разрывов печени – с неглубокими разрывами I–II степени, изолированным разрывом мочевого пузыря, переломами костей, не требующими противошоковой терапии и оперативного лечения, одиночными переломами костей таза без нарушения целостности тазового кольца, необширными повреждениями мягких тканей.

Однако бывают ситуации, требующие неотлагательного (в течение ближайших 10–20 минут) хирургического вмешательства в условиях Emergency Department при РМО/ГМО, без которого проводимые реанимационные мероприятия оказываются безуспешными. К такого рода повреждениям можно отнести профузные кровотечения из магистральных сосудов или из синусов

головного мозга, обширные дефекты грудной или брюшной стенки.

В Emergency Department при РМО/ГМО могут быть госпитализированы пациенты, доставленные в состоянии травматического шока, обратившиеся самотеком попутным транспортом, и пациенты с амбулаторными травмами, требующие осмотра врача.

Кроме того, на практике бывают случаи, когда бригада СМП не имеет возможности оказания надлежащей реанимационной помощи в условиях санитарного транспорта класса «С», в связи с чем пострадавший доставляется в ближайший Emergency Department при РМО/ГМО.

В Emergency Department при РМО/ГМО отсутствуют «узкие» специалисты, имеющееся лечебно-диагностическое оборудование позволяет оказывать квалифицированную помощь пострадавшим с проведением сердечно-легочной реанимации, обезболивания, инфузионной терапии травматического шока, остановки наружного и внутреннего кровотечения, иммобилизацию переломов длинных трубчатых костей, лечебную иммобилизацию несложных переломов костей кисти, предплечья, лодыжек, выполнение несложных хирургических обработок ран мягких тканей, экстренную профилактику столбняка, вызов «узкого» специалиста из филиала РНЦЭМП.

Ввиду относительно ограниченных лечебно-диагностических возможностей РМО/ГМО в оказании помощи пострадавшим с сочетанной, множественной и изолированной шокогенной травмой, а также с учетом организации во всех регионах страны межрайонных центров политравмы

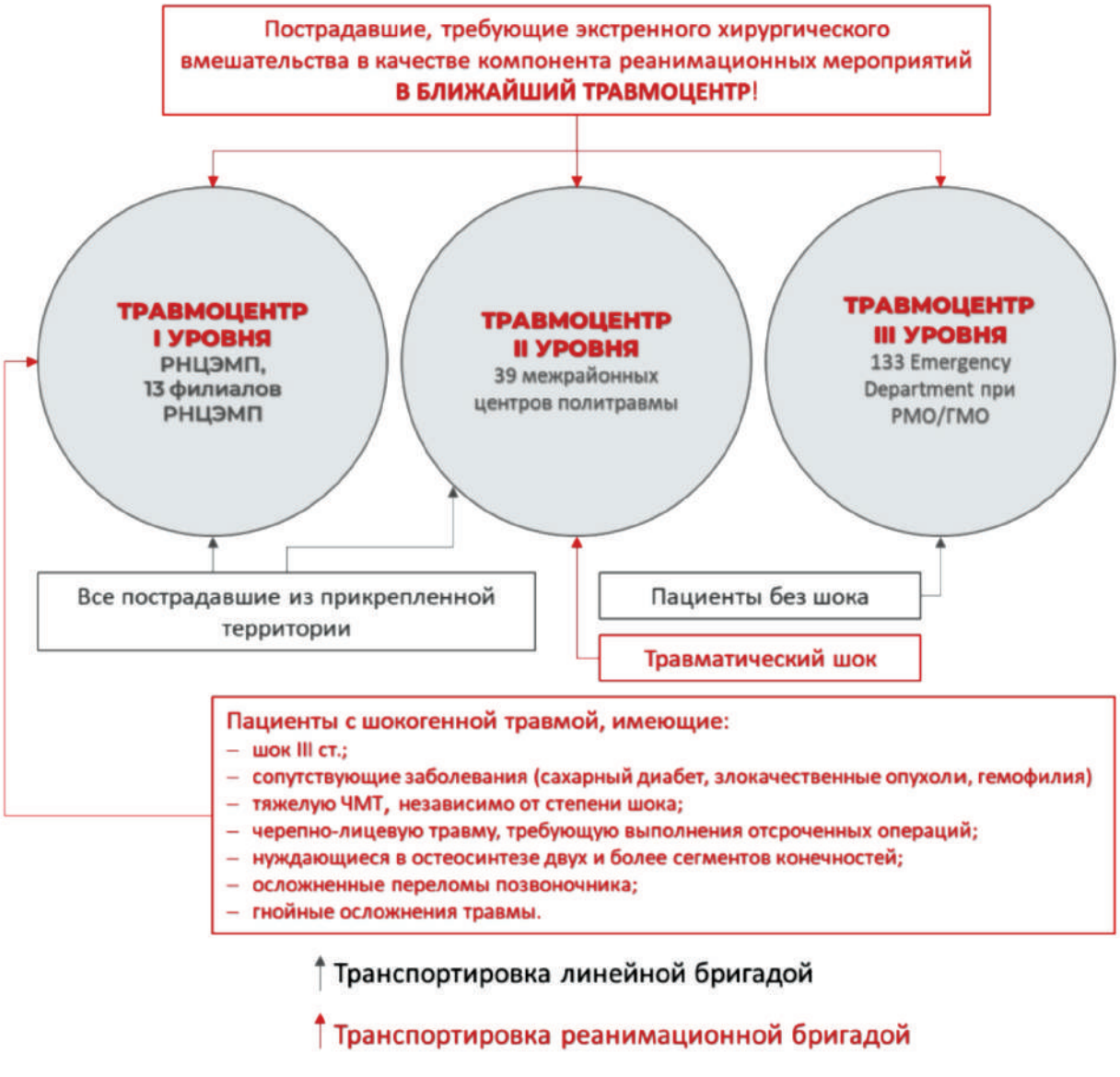

Рис. 3. Схема маршрутизации больных с механической травмой в травмоцентры региона

необходимо пересмотреть существующие протоколы маршрутизации пострадавших с механической травмой с ограничением показаний к транспортировке в РМО/ГМО и существенным расширением показаний к переводу в травмоцентры более высокого уровня (межрайонные центры, филиалы РНЦЭМП). Возможности для первичной госпитализации больных с шокогенной травмой в травмоцентры 1-го и 2-го уровней заметно возрастут при увеличении доли реанимационных бригад СМП, оснащенных санитарным транспортом класса «В» и «С».

Принципы маршрутизации медицинской эвакуации пострадавших с шокогенной травмой подразумевают доставку больного в ближайшее ЛПУ, в структуре которого организованы травмоцентры 1-го и 2-го уровня. При выборе оптимальной схемы медицинской эвакуации пострадавших с тяжелой сочетанной травмой учитываются следующие факторы:

− удаленность травмоцентра от места происшествия;

− характер травмы;

− степень тяжести состояния больного.

Наличие тяжелой сочетанной шокогенной травмы является противопоказанием к госпитализации в РМО/ГМО. Дополнительными противопоказаниями к госпитализации пострадавших с сочетанной и множественной травмой, даже при отсутствии шока, являются наличие таких сопутствующих заболеваний, как сахарный диабет, злокачественные опухоли и гемофилии (рис. 3).

Однако медицинская эвакуация в ближайший Emergency Department РМО/ГМО больных в состоянии шока допускается при наличии повреждений, требующих экстренного хирургического вмешательства (профузное легочное кровотечение, признаки профузного внутреннего кровотечения, разрыва трахеи и крупных бронхов с угрожающим нарастанием пневмоторакса и эмфиземы средостения, инородные тела трахеи с асфиксией).

Медицинской эвакуации в межрайонные центры политравмы подлежат взрослые пациенты с сочетанной травмой, требующие экстренных одноэтапных вмешательств и последующего лечения в условиях отделений хирургического профиля РМО/ГМО.

Медицинской эвакуации в РНЦЭМП и его филиалы подлежит следующий перечень пострадавших:

− пациенты с травмами, сопровождающимися развитием шока III ст.;

− с острой массивной кровопотерей;

− с тяжелой черепно-мозговой травмой (ЧМТ) независимо от степени шока;

− с черепно-лицевой травмой, требующей выполнения отсроченных операций;

− нуждающиеся в остеосинтезе двух и более сегментов конечностей;

− с осложненными переломами позвоночника;

− пациенты с гнойными осложнениями травмы;

− все пациенты детского возраста, получившие сочетанные, множественные и изолированные травмы, сопровождающиеся шоком.

Заключение

На сегодня в Республике Узбекистан создана трехуровневая система оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим с тяжелыми шокогенными травмами, к которым, безусловно, относятся также пациенты с сочетанной травмой груди и живота. Организация во всех регионах страны разветвленной сети травмоцентров 1-го и 2-го уровней позволило территориально приблизить специализированную медицинскую помощь для населения и расширить ее доступность.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ПОЛИТРАВМАДА КЎРСАТИЛИНАДИГАН УЧ ДАРАЖАЛИ ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ТИЗИМИ

А.М. Хаджибаев, Д.Б. Туляганов, Б.И. Шукуров, Х.Э. Анваров, К.С. Элмурадов

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Мақолада Ўзбекистон Республикаси шошилинч тиббий ёрдам хизмати (ШТЁХ)нинг ташкилий тузилмаси батафсил ёритилган бўлиб, унинг таркибида механик шикастланишларга учраган беморларга уч даражали тиббий ёрдам кўрсатиш тизими ташкил қилинган. I даражали травмамарказлари Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази (РШТЁИМ) ва унинг 13 та вилоят филиалларининг реанимацион-хирургик хизматларидан иборат. II даражали травмамарказлар туркумига 2022–2023 йилларда мамлакатимизнинг барча ҳудудларида ташкил қилинган 39 та туманлараро политравма марказлари, III даражали травмамарказларга эса 133 та туман/шаҳар тиббиёт бирлашмаларининг шошилинч қабул бўлимлари (Emergency Department) киради. Шикастланган беморларни шикастланиш оғирлигига қараб саралаш тамойиллари ва уларни I–III даражали травмамарказларга маршрутизация қилиш қоидалари келтирилган.

Калит сўзлар: *шокоген травма, тиббий ёрдам, травмамарказ, маршрутизация.*

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

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

Туляганов Даврон Бахтиярович – доктор медицинских наук, Генеральный директор Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

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

Анваров Хикмат Эркинович – PhD, заместитель директора Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.
E-mail: uzkhik@mail.ru

Элмуродов Каримали Садинович – заместитель директора Кашкадарьинского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

INFORMATION ABOUT AUTHORS:

Khadjibaev Abdukhakim Muminovich – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Emergency Medicine of the Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers.

Tulyaganov Davron Bakhtiyarovich – Doctor of Medical Sciences, General Director of the Republican Research Center of Emergency Medicine.

Shukurov Bobir Ibragimovich – Senior Researcher of the Department of Emergency Surgery of the Republican Research Center of Emergency Medicine.
E-mail: shbobir@yahoo.com

Anvarov Khikmat Erkinovich – PhD, Deputy Director of the Republican Research Center of Emergency Medicine.
E-mail: uzkhik@mail.ru

Elmurodov Karimali Sadinovich – Deputy Director of the Karshi branch of the Republican Research Center of Emergency Medicine.

Поступила в редакцию: 15.08.2023

Received: 15.08.2023

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВНЕЗАПНОЙ ОСТАНОВКОЙ КРОВООБРАЩЕНИЯ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ МЕГАПОЛИСА

С.Ф. Багненко, Д.М. Прасол, В.М. Теплов, Е.А. Карпова, И.П. Миннуллин

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства Здравоохранения Российской Федерации

В статье представлены данные о разработанной тактике и дифференцированном подходе к ведению пациентов, доставленных в стационарное отделение скорой медицинской помощи в состоянии клинической смерти, в том числе с применением ЭКМО. Изучены результаты лечения 109 пациентов, поступивших в состоянии клинической смерти на фоне продолжающихся реанимационных мероприятий, наиболее подробно исследованы 42 случая применения у них ЭКМО.

Ключевые слова: *внезапная сердечная смерть, экстракорпоральная мембранная оксигенация, донорство.*

Внезапная сердечная смерть (далее – ВСС), несомненно, остается одной из наиболее сложных проблем в современной реаниматологии [11]. Внезапная остановка кровообращения нередко становится последним звеном цепи трагических событий, когда основное заболевание протекает бессимптомно, дебютируя жизнеугрожающим состоянием. Катастрофическая нехватка времени для определения причин, приведших к остановке кровообращения, зачастую не оставляет надежды на расширенную диагностику и спасение.

Современные авторы сообщают, что среднее число ВСС в мире колеблется в пределах 0,6–6 случаев на 1000 человек населения в год. В России также происходит большое число внезапных остановок кровообращения – около 200,000–250,000 тысяч ежегодно, причем подавляющее число случаев (>95%) происходит вне стационара. Выживаемость в нашей стране пациентов с внегоспитальной остановкой сердца составляет порядка 1,0%. Наиболее частой причиной ВСС является ишемическая болезнь сердца (80–85%), а более половины эпизодов связано с острой коронарной патологией [5]. В настоящее время лишь четверть пациентов с внегоспитальной остановкой кровообращения доставляется в стационары, однако спасение не ориентировано на применение ЭКМО в комплексе СЛР [3].

Возможность проведения длительных эффективных компрессий грудной клетки с помощью электромеханических устройств, в том числе при транспортировке, открыла новые горизонты в спасении пациентов с неясной остановкой кровообращения [1]. Применение кардиомассажера в такой ситуации стало мостом к возможности применения экстракорпоральной мембранной оксигенации (далее – ЭКМО) в комплексе реанимационных мероприятий пациентов в терминальном состоянии (далее – ЭСЛР) [2, 4, 7, 10, 12]. Применение технологии искусственного кровообращения и оксигенации с целью протезирования сердечно-легочной функции может обеспечивать достаточную эффективность на протяжении длительного времени. В 2012 году Организация экстракорпоральной поддержки жизни (ELSO) предоставила подробный отчет о результатах 5-летнего опыта СЛР с применением экстракорпоральных средств жизнеобеспечения у больных с внезапной остановкой кровообращения, выживаемость которых составила 42% [8]. Согласно последним данным реестра Европейского сообщества экстракорпоральной поддержки жизни (апрель, 2023), выживаемость взрослых пациентов после применения ЭСЛР до момента отлучения от ЭКМО составляет 30% [6].

Также, кроме спасения, применение технологии ЭКМО в ряде стран осуществляется в отношении посмертных потенциальных доноров, которыми могут стать пациенты, погибшие вследствие внезапной остановки кровообращения. Такие доноры, согласно Маастрихтской классификации, относятся к группе неконтролируемых доноров, и кондиционирование их расценивается как крайне сложный процесс [9].

Таким образом, на основании актуальности проблемы была сформулирована цель исследования: разработать тактику и дифференцированный подход к ведению пациентов, доставленных в стационарное отделение скорой медицинской помощи в состоянии клинической смерти.

Материал и методы. Исследование выполнено в период 2017–2022 гг. на базе Центра по лечению внезапной сердечной смерти, образованного на базе клиники ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России. Всего было госпитализировано 109 пациентов, средний возраст которых составил 52,6±1,5 года, из них 81 мужчина и 28 женщин.

Материалы были исследованы статистической обработкой с использованием методов непараметрического анализа. Накопление, корректировка, систематизация исходной информации и визуализация были реализованы в электронных таблицах Microsoft Office Excel 2016. Статистический анализ проводился с использованием программ STATISTICA 13.3 и IBM SPSS Statistics 29.0.0.0.

Результаты и их обсуждение. На основании анализа 109 случаев внегоспитальной остановки кровообращения, поступивших в Центр за период 2017–2022 гг., определены ведущие медико-статистические и лабораторные характеристики пациентов с ВСС. Средний возраст госпитализированных составил 52,6±1,5 года, 74% из которых – мужчины. Подавляющее большинство – это пациенты наиболее работоспособного возраста до 60 лет – 72 случая. Наиболее частой причиной остановки кровообращения являлись кардиогенные причины (70 случаев), из них лидирующую позицию занимал острый инфаркт миокарда (55). Из 74 эпизодов ВСС в присутствии случайных свидетелей лишь 32 раза СЛР инициировалась ими до приезда СМП.

Среднее время эвакуации всех пациентов составило 64,7±3,1 мин. В 63 из 109 (57,8%) случаях начало СЛР и медицинская эвакуация в СтОСМП осуществлялись одной бригадой скорой медицинской помощи, а в 46 (42,2%) эпизодах первыми на месте происшествия оказывались общепрофильные бригады, и вызов реанимационной бригады осуществлялся вторично. Среднее время эвакуации силами одной бригады составило 56,9±3,4 мин, что достоверно ($p<0,05$) отличалось от такового при работе двух и более бригад скорой медицинской помощи, которое достигало 75,3±5,4 мин. Продолжительность догоспитального периода выписанных из стационара пациентов составила 42,7±9,6 мин. Средняя продолжительность внегоспитальных реанимационных мероприятий в тех случаях, когда ЭСЛР в стационаре применялась эффективно с последующим восстановлением сердечного ритма, была 47,7±6,7 мин. Время догоспитального периода умерших, которые впоследствии были рассмотрены как посмертные потенциальные доноры, составило 66,3±3,3 мин.

Лабораторная картина у всех пациентов соответствовала тяжелым метаболическим расстройствам на фоне гипоксического повреждения органов и тканей. При подробном анализе результатов биохимических исследований нами была обнаружена взаимосвязь между продолжительностью эвакуации и выраженностью этих процессов (рис. 1). Удлинение догоспитального периода усугубляло полиогранную недостаточность, явления тканевой гипоперфузии и лактат-ацидоза, снижая потенциал выживаемости пациентов даже в случае восстановления самостоятельной сердечной деятельности.

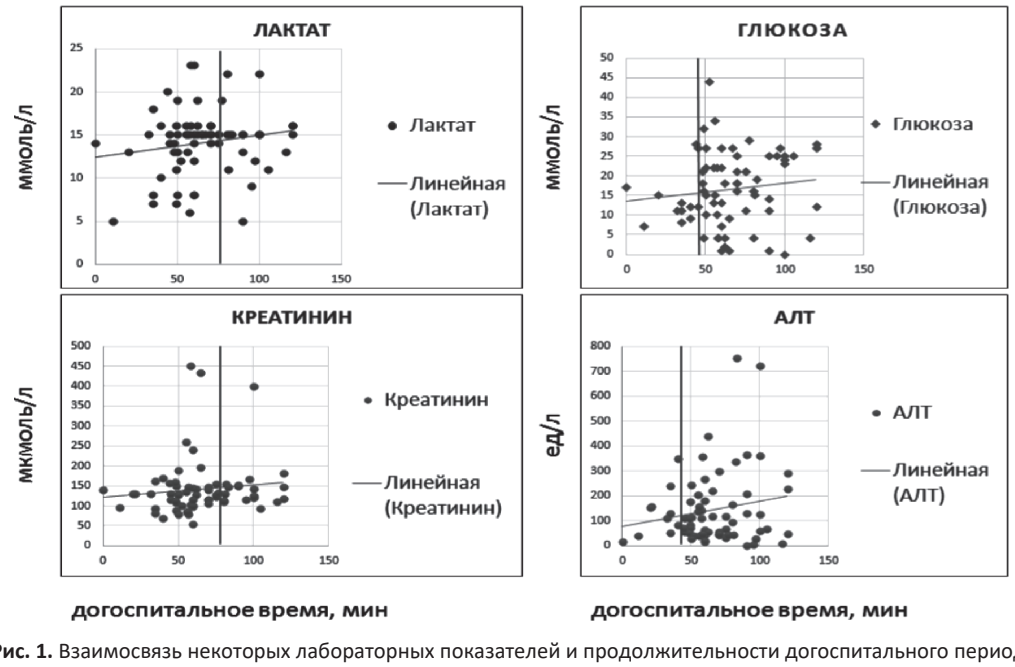

Рис. 1. Взаимосвязь некоторых лабораторных показателей и продолжительности догоспитального периода у пациентов с внезапной сердечной смертью

Наиболее углубленному анализу были подвергнуты 42 случая применения ЭКМО в СтОСМП: 16 случаев ЭСЛР и 26 случаев посмертной экстракорпоральной перфузии донорского органокомплекса.

Было выявлено, что выраженность смешанного ацидоза (AUC ROC 0,728) при поступлении имела большую прогностическую ценность для определения вероятности исхода, чем уровень гипокапнии EtCO2 (0,266) и степень проявления анаэробного метаболизма (0,387) (рис. 2).

Наиболее «уязвимым» критерием применения ЭСЛР была длительность догоспитального периода, определяющего продолжительность «low-flow», которая составила 58,1±7,9 мин, что при жестком соблюдении временных рамок полностью бы блокировало применение технологии.

Шесть попыток подключения и проведения ЭКМО были безуспешными вследствие осложнений канюляции и собственно процедуры. В оставшихся 10 случаях удалось обеспечить первичную стабилизацию гемодинамики и газообмена на фоне эффективного искусственного кровообращения. Использование портативного транспортного устройства при проведении ЭСЛР позволило расширить объем лечебно-диагностических исследований у пациентов за счет использования ранее труднодоступных в данной ситуации технологий: компьютерная томография головы, грудной и брюшной полостей, коронароангиография в условиях искусственного кровообращения. За счет устранения коронарогенных причин остановки кровообращения в 6 случаях удалось добиться восстановления самостоятельной системной гемодинамики и отключения от ЭКМО.

При анализе причин ВСС пациентов группы ЭСЛР было выявлено, что в 9 случаях из 16 причиной остановки кровообращения был инфаркт миокарда. У пациентов с неэффективной ЭСЛР был существенно выше уровень тропонина (1820±164 против 473±180 нг/л, $p<0,05$) вследствие, в том числе, повреждающего действия дефибрилляции и кардиомассажера на миокард, и уровень D-димера (17566±429 против 13122±628 мкг/л, $p<0,05$), что обусловлено, скорее всего, массивным фибринолизом.

На основании проведенного анализа и интерпретации результатов работы Центра сформулирован алгоритм принятия решения о ЭСЛР (рис. 3).

Данный алгоритм был успешно апробирован в клинике ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова и используется в настоящее время.

Проанализирована также возможность применения ЭКМО в медико-социальных целях в стационарном отделении скорой медицинской помощи. Группа из 77 погибших пациентов не соответствовала критериям ЭСЛР. В этих случаях пациентам проводилась расширенная СЛР в течение минимум 30 минут, в случае неэффективности проводимых реанимационных мероприятий констатировалась биологическая смерть. Умерший рассматривался в качестве посмертного потенциального донора органов, что не противоречит Закону РФ от 22 декабря 1992 г. № 4180-I «О трансплантации органов и (или) тканей человека».

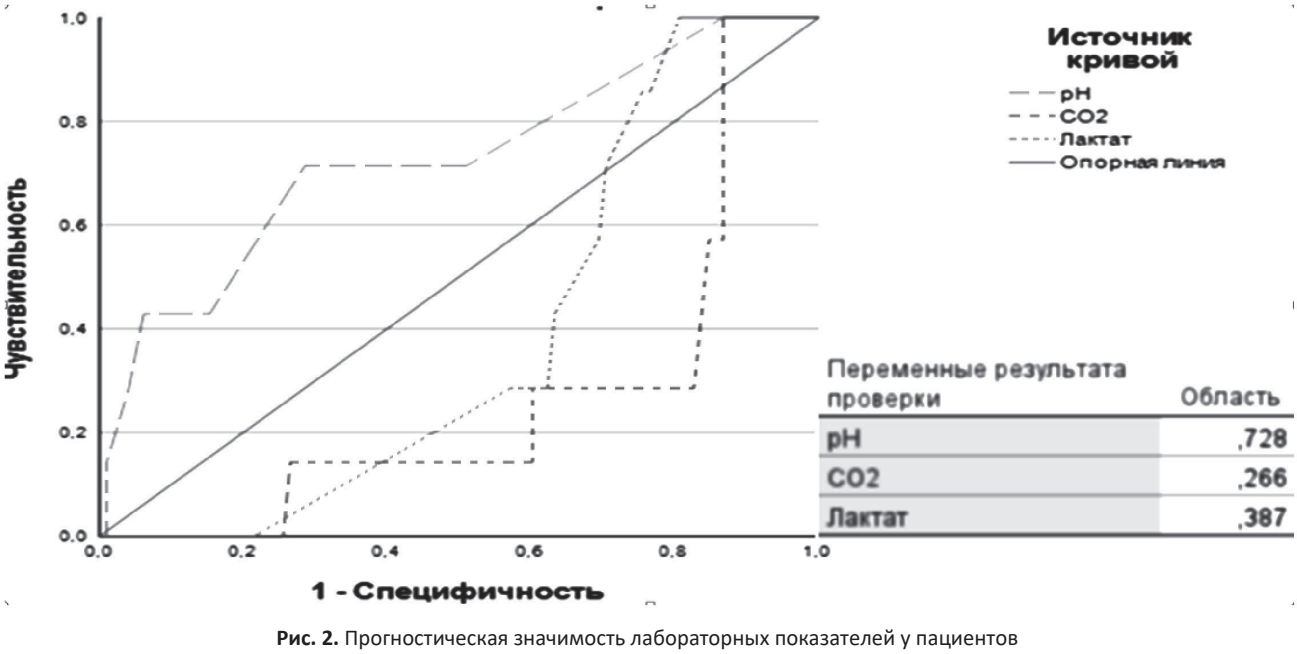

Рис. 2. Прогностическая значимость лабораторных показателей у пациентов с внезапной сердечной смертью

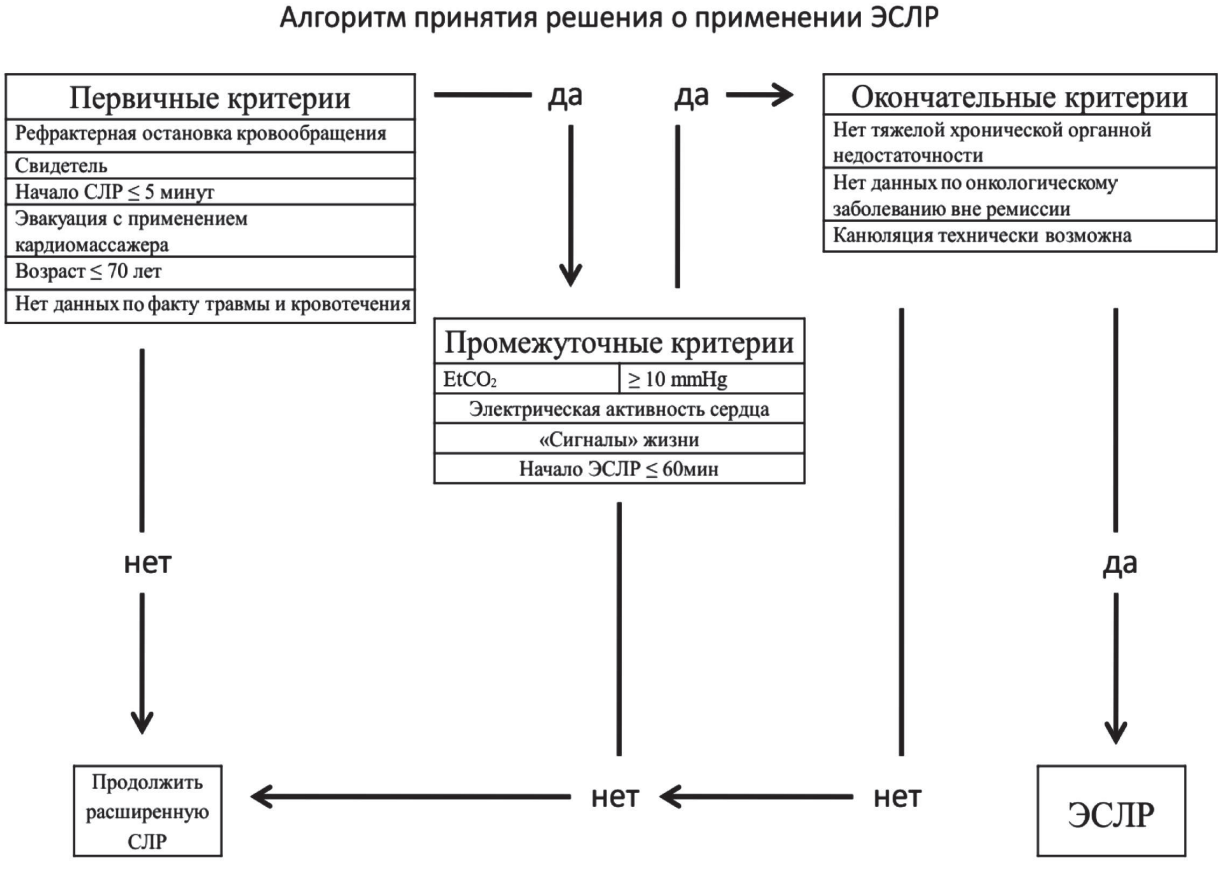

Рис. 3. Алгоритм принятия решения о применении ЭСЛР

В ходе согласования с сотрудниками Центра тканевого и органного донорства (ЦТОД) г. Санкт-Петербурга были определены первичные критерии посмертного применения технологии ЭКМО:

1) эвакуация в стационар с применением кардиомассажера;

2) неэффективная расширенная СЛР;

3) констатирована биологическая смерть;

4) возраст 18–55 лет;

5) отсутствие явных проявлений тяжелых хронических заболеваний.

После констатации биологической смерти умерший оценивался как посмертный потенциальный донор, исходя из вышеуказанных критериев. В случае соответствия им внутривенно вводилось 5 т. Ед гепарина, выполнялось 5 компрессий сердца кардиомассажером, после чего начинался так называемый «non-touch period», т.е. промежуток времени наблюдения за умершим без каких-либо медицинских воздействий в отношении него. После появления признаков ранней биологической смерти, развивавшихся в течение первых 10–15 минут, возобновлялся непрямой массаж сердца кардиомассажером и ИВЛ. С целью сохранения перфузии органов, потенциально возможных к пересадке нуждающемуся пулу пациентов, post mortem осуществлялась канюляция магистральных сосудов и инициация ВА ЭКМО в рамках защиты потенциальных донорских органов от ишемии. В случае эффективного кровообращения и оксигенации умершему последовательно выполнялось прицельное ультразвуковое исследование потенциально эксплантируемых органов.

Параллельно инструментальным диагностическим исследованиям выполнялась и лабораторная диагностика, направленная на выявление и устранение тяжелых расстройств гомеостаза совместно с сотрудником ЦТОД. Также осуществлялось исследование крови на наличие инфекционных заболеваний и токсических агентов, при наличии отрицательных результатов которых о кондиционировании посмертного потенциального донора извещался судебно-медицинский эксперт. Последний, при отсутствии сведений о насильственных причинах смерти и иных обстоятельств, препятствующих донорству, давал разрешение на эксплантацию органов.

Среди умерших, в отношении которых принималось решение об инициации протокола посмертного потенциального донорства, мужчин было 22 (84,6% от числа посмертных потенциальных доноров, средний возраст 45±2 года), а женщин 4 (15,4%, средний возраст 33±4 года).

В 11 случаях кондиционирование посмертного потенциального донора с применением ВА ЭКМО было неэффективным в силу технических сложностей канюляции и экстракорпорального кровообращения. Учитывая данный факт, было решено осуществлять во всех случаях кондиционирования компьютерную томографии органов брюшной полости с контрастированием с целью оценки адекватности органного кровотока. Выполнение всем посмертным потенциальным донорам постмортальной СКТ-ангиографии органов брюшной полости позволило в дальнейшем полностью избежать случаев выполнения эксплоративных лапаротомий (см. табл.), достоверно улучшив результаты оперативных вмешательств с целью эксплантации.

Таблица. Влияние постмортальной СКТ-ангиграфии на эффективность эксплантации

Результаты оперативных вмешательств	**Применение постмортальной СКТ-ангиографии, случаи**	
	до	**после**
Эксплоративная лапаротомия	4	0
Мультиорганная эксплантация	5*	10*

* – различия статистически значимы (p<0,05).

Посмертное СКТ брюшной полости с контрастированием продемонстрировало наличие у эффективных доноров сохраненного органного кровотока (см. фото).

В 15 случаях удалось обеспечить эффективное кондиционирование посмертного донора, в результате эксплантации были изъяты и в последующем трансплантированы 30 почек и 4 печени. Во время посмертной экстракорпоральной перфузии продолжались мероприятия по обеспечению поддержания гомеостаза трупа для защиты предполагаемых к изъятию органов от гипоксических, реперфузионных и тромботических осложнений, в том числе оценивалась динамика лабораторных результатов.

Фото. Компьютерная томография висцерального бассейна посмертного потенциального донора

Алгоритм принятия решения о посмертном применении ЭКМО в медико-социальных целях

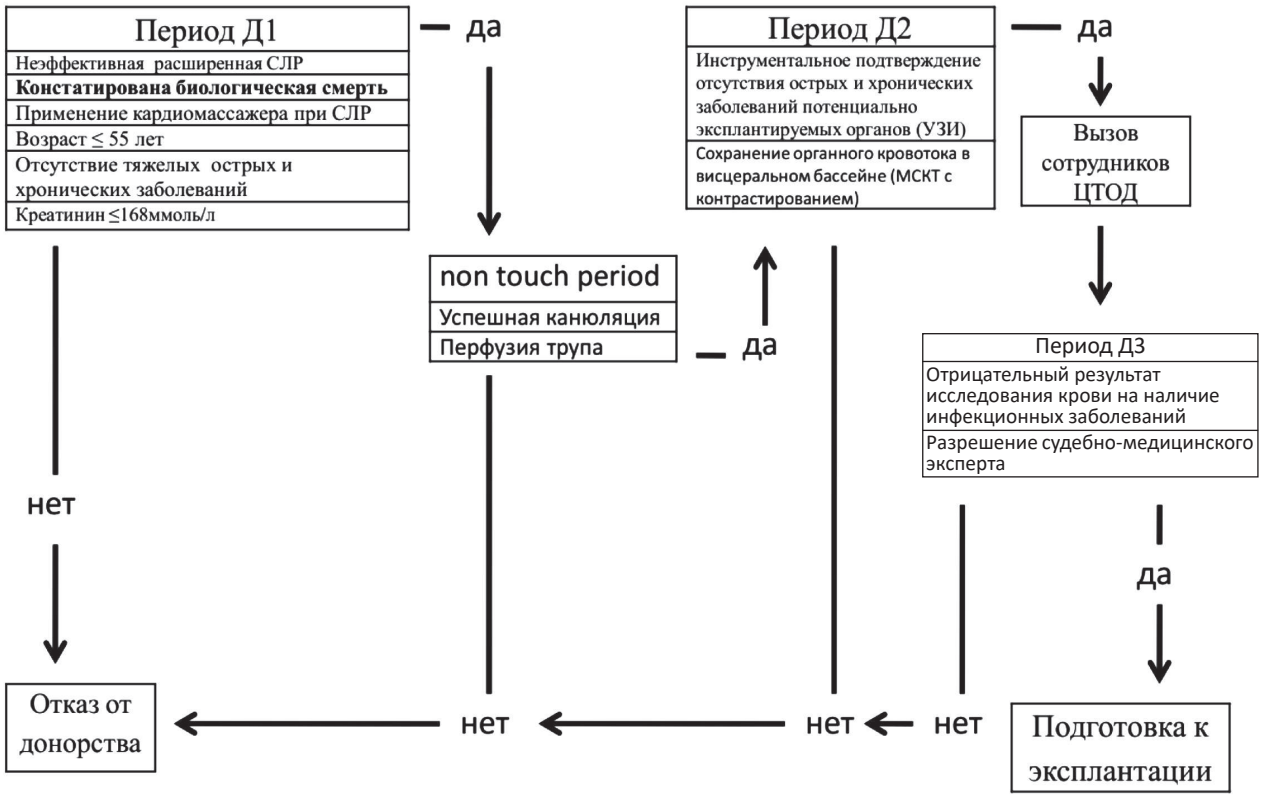

Рис. 4. Алгоритм принятия решения о посмертном применении ЭКМО с целью донорства

Таким образом, анализ полученных данных позволил сформулировать алгоритм применения технологии ЭКМО в отношении умерших после безуспешных реанимационных мероприятий в стационарном отделении скорой медицинской помощи с целью посмертного сохранения донорских органов (рис. 4).

Данный алгоритм используется в работе Центра трансплантологии и органного донорства ПСПбГМУ им И.П. Павлова, Городском координационном центре органного донорства ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, Московском координационном центре органного донорства ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина Департамента здравоохранения г. Москвы.

Выводы:

1. В стационарное отделение скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. Павлова за период исследования было госпитализировано после внезапной остановки кровообращения 109 пациентов, наиболее частой причиной внезапного прекращения кровообращения у них стал острый инфаркт миокарда, выявленный в 54% случаев.

2. Реанимационные мероприятия в догоспитальном периоде характеризовались многоэтапностью, с передачей больного между различными бригадами скорой медицинской помощи один и более раз в 42,2% наблюдений. Продолжительность догоспитального периода коррелировала с перспективой спасения, составив 42,7±9,6 мин у выживших пациентов, 47,7±6,7 мин у пациентов, которым удалось восстановить эффективную сердечную деятельность после применения ЭСЛР.

3. В зависимости от продолжительности догоспитального периода у пациентов, поступивших в состоянии клинической смерти в стационарное отделение скорой медицинской помощи, закономерно нарастали метаболические расстройства гипоперфузионного характера, при этом наибольшая корреляция была продемонстрирована между выживаемостью и более высоким уровнем pH артериальной крови в сравнении с уровнем лактата и EtCO2 (AUC ROC, соответственно 0,728; 0,387; 0,266).

4. Применение транспортной экстракорпоральной мембранной оксигенации при расширенной сердечно-легочной реанимации у пациентов с внегоспитальной рефрактерной остановкой кровообращения было оправдано при строгом соблюдении критериев применения технологии, к которым относятся немедленное начало реанимационных мероприятий, применение кардиомассажера при эвакуации, продолжительность периода непрямого массажа сердца не более 60

минут, что позволило в 37,5% случаев (6 из 16 пациентов) выполнить расширенный диагностический комплекс, включавший чрескожные коронарные вмешательства, и добиться восстановления эффективной сердечной деятельности.

5. Использование спиральной компьютерной томографии органов брюшной полости с контрастированием в комплексе кондиционирования посмертных потенциальных доноров с применением экстракорпоральной мембранной оксигенации в медико-социальных целях в стационарном отделении скорой медицинской помощи обеспечивает значимое снижение числа неэффективных случаев мультиорганного изъятия (с 64,5% до 0%, p<0,05).

Литература

1. Лысенко М.А., Гуменюк С.А., Кецкало М.В., Толстых А.Н. Организация проведения медицинской эвакуации с выполнением экстракорпоральной мембранной оксигенации // Медицина катастроф. – 2019. – № 2(106). – С. 56–59.

2. Серяк В.В., Мачнева И.В. Гепарин: история открытия и использование // Материалы IX Международной студенческой научной конференции «Студенческий научный форум». – 2021.

3. Теплов В.М., Алексанин С.С., Комедев С.С. Проблемы медицинской эвакуации и лечения в стационаре больных и пострадавших с внезапной остановкой кровообращения, развившейся вне медицинской организации // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2021. – № 2. – С. 89–94.

4. Теплов В.М., Прасол Д.М., Резник О.Н., Цебровская Е.А., Коломойцев В.В., Архангельский Н.Д., Багненко С.Ф. Результаты применения транспортной экстракорпоральной мембранной оксигенации при внезапной остановке кровообращения // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2023. – № 1. – С. 53–58.

5. Тыренко В.В., Колюбаева С.Н., Качнов В.А., Чирский В.С., Онищенко Л.С., Ермилова И.В., Протасов О.В., Бунтовская А.С., Мякошина Л.А., Елисеева М.И. Морфологические особенности миокарда при внезапной сердечной смерти // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2020. – Т. 15, № 3–2. – С. 31–35.

6. Extracorporeal Life Support Organization (ELSO) // ECLS Registry Report. [Электронный ресурс]. URL:https://www.elso.org/Registry/Statistics/InternationalSummary.aspx (Дата обращения 19.09.2022 г.).

7. Grasselli G., Foti G., Patroniti N., Giuffrida A., Cortinovis B., Zanella A., Pagni F., Mergoni M., Pesci A., Pesenti A. A case of ARDS associated with influenza A - H1N1 infection treated with extracorporeal respiratory support // Minerva Anestesiol. – 2009 – V. 75(12). – P. 741–745.

8. Haneya A., A. Philipp A., Diez C. A 5-year experience with cardiopulmonary resuscitation using extracorporeal life support in non-postcardiotomy patients with cardiac arrest // Resuscitation. – 2012. – V. 83(11). – P. 1331–1337.

9. Lin Y., Huang H., Chen L., Chen R., Liu J., Zheng S., Ling Q. Assessing Donor Liver Quality and Restoring Graft Function in the Era of Extended Criteria Donors // J Clin Transl Hepatol. – 2023. – V. 11(1). – P. 219–230.

10. Nichol G., Karmy-Jones R., Salerno C. Systematic review of percutaneous cardiopulmonary bypass for cardiac arrest or cardiogenic shock states // Resuscitation. – 2006. – V. 70. – P. 381 – 394.

11. Safar P. Cerebral resuscitation after cardiac arrest: a review // Circulation. – 1986. – V. 74 (6 Pt 2). – P. 138–53.

12. Wik L., Kramer-Johansen J., Myklebust H., Sørebø H., Svensson L., Fellows B., Steen P.A. Quality of cardiopulmonary resuscitation during out-of-hospital cardiac arrest // JAMA. – 2005. – V. 293(3). – P. 299–304.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Багненко Сергей Фёдорович – доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, ректор ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им И.П. Павлова.

Прасол Денис Михайлович – заведующий стационарным отделением скорой медицинской помощи, ассистент кафедры скорой медицинской помощи и хирургии повреждений ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова

Теплов Вадим Михайлович – доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры скорой медицинской помощи и хирургии повреждений ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова.

Миннуллин Ильдар Пулатович – доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой скорой медицинской помощи и хирургии повреждений ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова.

Карпова Елена Александровна – кандидат медицинских наук, главный врач клиники ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им И.П. Павлова.

ОПТИМИЗАЦИЯ МАРШРУТИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ НА ТЕРРИТОРИИ ГОРОДА ТАШКЕНТА

А.В. Алимов[1], Д.А. Алимов[2], Б.Ф. Мухамедова[2], Р.А. Рахимова[2], Б.О. Казаков[2]

[1]Главное управление здравоохранения г. Ташкента,
[2]Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

OPTIMIZATION OF ROUTING OF PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME ON THE TERRITORY OF THE CITY OF TASHKENT

A.V. Alimov, D.A. Alimov, B.F. Mukhamedova, R.A. Rahimova, B.O. Kazakov

Republican Research Centre of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan

В статье представлены принципы организации высокотехнологичной помощи больным острым коронарным синдромом (ОКС) в столице Республики Узбекистан – городе Ташкенте. Проведение эффективной и своевременной реперфузионной терапии – главная лечебно-организационная задача у больных с ОКС. При этом определяющее значение в прогнозе исходов заболевания имеет именно время восстановления коронарного кровотока в инфаркт-связанной артерии, чем собственно метод реперфузии. Усиление материально-технической базы службы скорой медицинской помощи (СМП), создание сети реперфузионных центров, работающих в режиме 24/7, формирование оптимальных схем маршрутизации больных с ОКС способствовали 5-кратному увеличению числа больных, доставляемых с диагнозом ОКС в ЧКВ центры и 2-кратному сокращению числа пациентов, доставляемых в ЛПУ, не обладающих условиями для проведения ЧКВ, что привело к снижению неблагоприятных исходов при ОКС с 13,5 до 10,1%.

Ключевые слова: *острый коронарный синдром, инфаркт миокарда, тромболитическая терапия, чрескожные вмешательства, коронарография, маршрутизация больных.*

The article presents the principles of the organization of high–tech care for patients with acute coronary syndrome (ACS) in the capital of the Republic of Uzbekistan - the city of Tashkent. Conducting effective and timely reperfusion therapy is the main therapeutic and organizational task in patients with ACS. At the same time, it is the recovery time of the coronary blood flow in the infarctrelated artery that is of decisive importance in the prognosis of the outcomes of the disease, rather than the actual method of reperfusion. The strengthening of the material and technical base of the emergency medical service (SMP), the creation of a network of reperfusion centers operating 24/7, the formation of optimal routing schemes for patients with ACS contributed to a 5-fold increase in the number of patients delivered with a diagnosis of ACS to PCI centers and a 2-fold reduction in the number of patients delivered to health facilities that do not have conditions for PCI, which led to a decrease in adverse outcomes in ACS from 13,5% to 10,1%.

Key words: *acute coronary syndrome, myocardial infarction, thrombolytic therapy, percutaneous interventions, coronary angiography, routing of patients.*

Широкая распространенность сердечно-сосудистых заболеваний, тяжесть их последствий, высокие показатели утраты трудоспособности и преждевременной смертности населения остаются важнейшей проблемой общественного здоровья и здравоохранения в большинстве стран мира. В Узбекистане на долю ССЗ приходится более половины всех случаев смертей и первичной инвалидизации взрослого населения [1]. Если в 2000 году показатель заболеваемости ишемической болезнью сердца в Узбекистане составлял 17432 случая на 100 000 населения, то всего через 4 года (в 2004 году) поднялся до 21841,6 случая [2]. Инфаркт миокарда рассматривается как основная причина предотвратимой смерти населения Республики Узбекистан в возрасте 35–64 лет [3].

Доказано, что выживаемость больных, перенесших ОКС, и тяжесть последствий заболевания определяются своевременностью и адекватностью медицинской помощи на этапах ее оказа-

ния [4,5]. Согласно рекомендациям ACC/AHA, при остром коронарном синдроме все усилия должны быть направлены на сокращение времени от начала болевого приступа до осуществления реперфузии миокарда [6]. Поэтому среди путей снижения смертности от ОКС значительное место отводится организации реперфузионных центров и налаживанию устойчивых схем маршрутизации пациентов в эти центры, что в совокупности должно максимально сократить время между появлением симптомов ОКС и восстановлением кровотока в инфаркт-связанной артерии [7, 8].

Сокращение задержек между появлением симптомов ОКС и восстановлением кровотока в инфаркт-ответственной артерии возможно за счет сокращения времени:

− «симптом-звонок» – до 5 минут за счет обучения пациента;

− «звонок – приемный покой» – до 30 минут за счет оптимизации работы скорой медицинской помощи (СМП), оснащения бригад СМП электрокардиографами;

− «приемный покой – реперфузия» за счет оптимизации работы стационара, утверждения протоколов оказания помощи больным данной группы.

Общее время «звонок пациента в СМП – реперфузия» в идеале не должно превышать 90 мин, а для проведения тромболитической терапии – не более 30 мин (рис. 1). Практика показывает, что основными дискретными этапами маршрутизации больного с момента появления симптомов ОКС до восстановления кровотока в инфаркт-связанной артерии являются:

T1: Симптом (начало ОКС) – Звонок (реакция пациента);

T2: Звонок в СМП – Дверь (контакт с медицинским персоналом);

T3: Дверь – Решение (постановка диагноза);

T4: Решение – Приемный покой;

T5: Приемный покой – Реперфузия (чрескожное коронарное вмешательство или тромболитическая терапия).

Перечисленные интервалы времени являются целевыми точками приложения усилий по правильной организации оказания помощи больным с ОКС [13].

Основными причинами задержки по времени госпитализации больного с ОКС в реперфузионные центры являются:

− позднее обращение пациента;

− госпитализация в неинвазивные центры, затем перевод;

− плотность и уровень урбанизации населения;

− удаленность от реперфузионных центров;

− состояние транспортных магистралей (пробки на дорогах).

С учетом сложившегося в настоящее время общемирового тренда по маршрутизации больных с STEMI Министерством здравоохранения Республики Узбекистан был издан приказ от 18 декабря 2020 года № 341 «О совершенствовании организации неотложной медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом в г. Ташкенте». При разработке данного директивного документа ведущими кардиологами Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи были четко определены основные компоненты вновь создаваемой системы оказания высокотехнологичной экстренной кардиологической помощи пациентам с ОКС. В качестве пилотного региона была выбрана столица страны –

Рис. 1. Этапы оказания медицинской помощи больным с ОКС и возможности сокращения задержек до восстановления кровотока

город Ташкент с населением более 3 млн человек. Основными реперфузионными центрами были определены три ведущие клиники города, имеющие возможность проведения чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) – РНЦЭМП, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии (РСНПМЦК) и Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В. Вахидова (РСНПМЦХ). Среди них в РНЦЭМП все виды реперфузионной терапии оказываются в режиме 7 дней в неделю 24 часа в сутки (24/7). В создаваемую организационную систему экстренной кардиологической помощи были включены также клиники города, в которых пока нет возможности проведения ЧКВ, но имеющие в своей структуре кардиологические отделения, отделения для лечения инфаркта миокарда. Неотъемлимым компонентом системы является станция скорой медицинской помощи, которая обеспечивает связь между реперфузионными центрами, клиниками, не имеющими возможности проведения ЧКВ, и пациентами. Главная задача маршрутизации – доставить пациента с ОКС в течение 90 минут от начала приступа в ближайший реперфузионный центр, где проводится ЧКВ. Если доставить пациента в клинику для проведения первичного вмешательства в указанный интервал времени невозможно, то показано проведение догоспитального фибринолизиса, а затем – транспортировка в кардиологическое отделение ближайшей клиники. После стабилизации состояния в течение первых суток после госпитализации, больного необходимо направить в реперфузионный центр для проведения экстренной коронароангиографии, и при необходимости – отсроченной реваскуляризации миокарда.

Важной задачей службы СМП следует считать сокращение времени госпитализации до оптимальных 30 минут. Правительством страны за последние годы был принят и реализован ряд системообразующих решений, направленных на повышение оперативности СМП и доступности для населения основных видов экстренной высокотехнологичной помощи:

− увеличен норматив обеспеченности службы СМП специализированным санитарным автотранспортом (старый норматив 1 машина на 15 тыс. населения увеличен до 1 машины на 13 тыс. населения в целом по республике и 1 машина на 5 тыс. населения – для труднодоступных и удаленных от районных центров населенных пунктов);

− принята программа по полному поэтапному обновлению парка машин СМП и замены транспорта класса А на В и С (реанимобили). В 2017–2021 годах закуплено более 2215 новых автомашин, выделены средства на поэтапное приобретение еще 2240 автомашин санитарного транспорта класса В и С, в том числе 93 машины повышенной проходимости, в 2022–2025 годах;

− в столице страны – г. Ташкенте – внедрена автоматизированная система управления (АСУ) службой СМП, выделены средства и определены сроки внедрения АСУ во всех регионах страны на основе опыта г. Ташкента;

− внедряются механизмы сортировки вызовов по категории срочности выездов медицинских бригад, где пациенты с подозрением на сердечный приступ отнесены к вызовам первой категории срочности;

− внедряется правило направления на вызов первой категории срочности ближайшей свободной бригады СМП вне зависимости от ее административной подчиненности и границы района, города или области;

− все бригады СМП оснащены ЭКГ-аппаратами и препаратами для проведения тромболитической терапии;

− внедряется единая электронная информационная система для догоспитального и госпитального звеньев службы экстренной медицинской помощи, способствующая, в частности, оптимизации маршрута эвакуации пациента и сокращению времени этапов Т3–Т5 маршрутизации (рис. 1);

− в Республике Каракалпакстан и во всех областных центрах филиалы РНЦЭМП, региональные многопрофильные медицинские центры и филиалы Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии оснащаются современными ангиографическими комплексами;

− во всех сельских регионах страны, в структуре 39 районных больниц, отобранных с учетом их расположения вдоль международных автомобильных магистралей и отдаленности от областных центров, создаются межрайонные центры политравмы и острых сердечно-сосудистых заболеваний, выполняющих, в том числе, функции региональных реперфузионных центров. Кроме того, 4 подобных центра дополнительно создаются в городе Ташкенте.

Немаловажное значение имеет широкое распространение информации среди населения о тактике поведения при первых симптомах ОКС и скорейшем вызове скорой медицинской помощи. Диспетчеры, принимающие телефонные вызовы, должны проинструктировать пациента по доврачебным мероприятиям в случаях наличия боли в грудной клетке и определить бригаду скорой помощи, способную оказать наиболее быструю и эффективную помощь [9].

В Узбекистане оказание бесплатной экстренной медицинской помощи, в том числе при ОКС, гарантировано государством, в связи с чем бригады СМП и в госпитальных учреждениях службы экстренной медицинской помощи не требуют наличия паспорта, прописки, страхового полиса и других документов для транспортировки и госпитализации. Исключение любых бюрократических составляющих на всех этапах маршрутизации и оказания реперфузионной терапии заметно сокращает время Т3–Т5 (рис. 1).

Если состояние больного заставило вызвать скорую помощь по поводу боли или неприятных ощущений (дискомфорта) в грудной клетке, то вероятность наличия ОКС чрезвычайно высока, и основной целью должна быть как можно более быстрая госпитализация, без затраты времени на вызов «специализированной» бригады! При наличии дискомфорта в груди >20 мин без эффекта от нитроглицерина и отсутствии типичных признаков ИМ на ЭКГ устанавливают диагноз «острый коронарный синдром». Использование этого термина правомерно при первом контакте с больными, пока диагноз не уточнен. При описании состояния важно указать точное время начала дискомфорта для выбора оптимальной тактики ведения ОКС.

Попытки оценить симптомы возможного ОКС по телефону могут повлечь за собой диагностические ошибки, необходима очная оценка состояния больного врачом и запись ЭКГ в 12-и стандартных отведениях. После контакта пациента с медицинским персоналом больных разделяют на несколько потоков, используя сбор анамнеза, физикальное обследование, данные ЭКГ. Пациенты с доказанным ОКС подвергаются дополнительному распределению на основании данных ЭКГ.

При наличии клинических и ЭКГ-признаков STEMI необходимо (рис. 2):

− оценить показания для немедленной реперфузии! Срочная госпитализация, желательно с извещением учреждения, в которое предполагают доставить больного;

− дать разжевать аспирин – 250–300 мг препарата, не покрытого оболочкой (противопоказания: активные желудочно-кишечные кровотечения, гиперчувствительность к аспирину, тромбоцитопения, тяжелая печеночная недостаточность);

− при сильной боли, сохраняющейся после применения нитроглицерина, назначают морфин в/в 2–4 мг + 2–8 мг каждые 5–15 мин до купирования боли;

− в зависимости от вида предполагаемой стратегии лечения ОКС назначают различные нагрузочные дозы клопидогрела:

• однозначно планируется проведение первичной ЧКВ – 300–600 мг;

• планируется проведение тромболитической терапии:

▪ до 75 лет – 300 мг

▪ 75 лет и старше – 75 мг

• реперфузионная терапия не показана/противопоказана

▪ до 75 лет – 300 мг

▪ 75 лет и старше – 75 мг.

Перечень показаний для транспортировки пациентов с ОКС в стационар с возможностями проведения ЧКВ:

− STEMI или впервые выявленная блокада левой ножки пучка Гиса, если ТЛТ противопоказана или невыполнима в случае обеспечения доставки пациента в стационар в первые 12 ч от начала развития болевого синдрома;

− STEMI, если проведенная ТЛТ неэффективна в случае обеспечения доставки пациента в стационар с возможностями проведения ЧКВ;

− ОКС↓ST при рецидивирующем характере ангинозных болей при наличии депрессии сегмента ST >2 мм более чем в двух смежных отведениях или положительного теста на тропонин;

− ОКС, осложненный жизнеугрожающими нарушениями ритма и проводимости.

Противопоказания для транспортировки пациентов с ОКС в стационар с возможностями проведения ЧКВ:

− декомпенсированная соматическая патология (почечная и печеночная недостаточность, острый панкреатит, геморрагические заболевания, анемия тяжелой степени, язвенные поражения желудочно-кишечного тракта в стадии обострения, признаки продолжающегося кровотечения, хроническая сердечная недостаточность IV стадии);

− онкологические заболевания в стадии метастазирования (III–IV ст., подтвержденная документально);

− активные формы туберкулеза;

− острые инфекционные процессы;

− психические заболевания с дефектом личности;

− деменция;

− кома неясного генеза;

− отказ от лечения (ЧКВ).

ТЛТ на догоспитальном этапе необходимо проводить тромболитиками, которые вводятся в виде однократного болюса (тенектеплаза, стафилокиназа). Ввиду наличия риска серьезных осложнений, главным образом, опасных реперфузионных аритмий, для проведения догоспитальной ТЛТ необходимо соблюсти ряд условий:

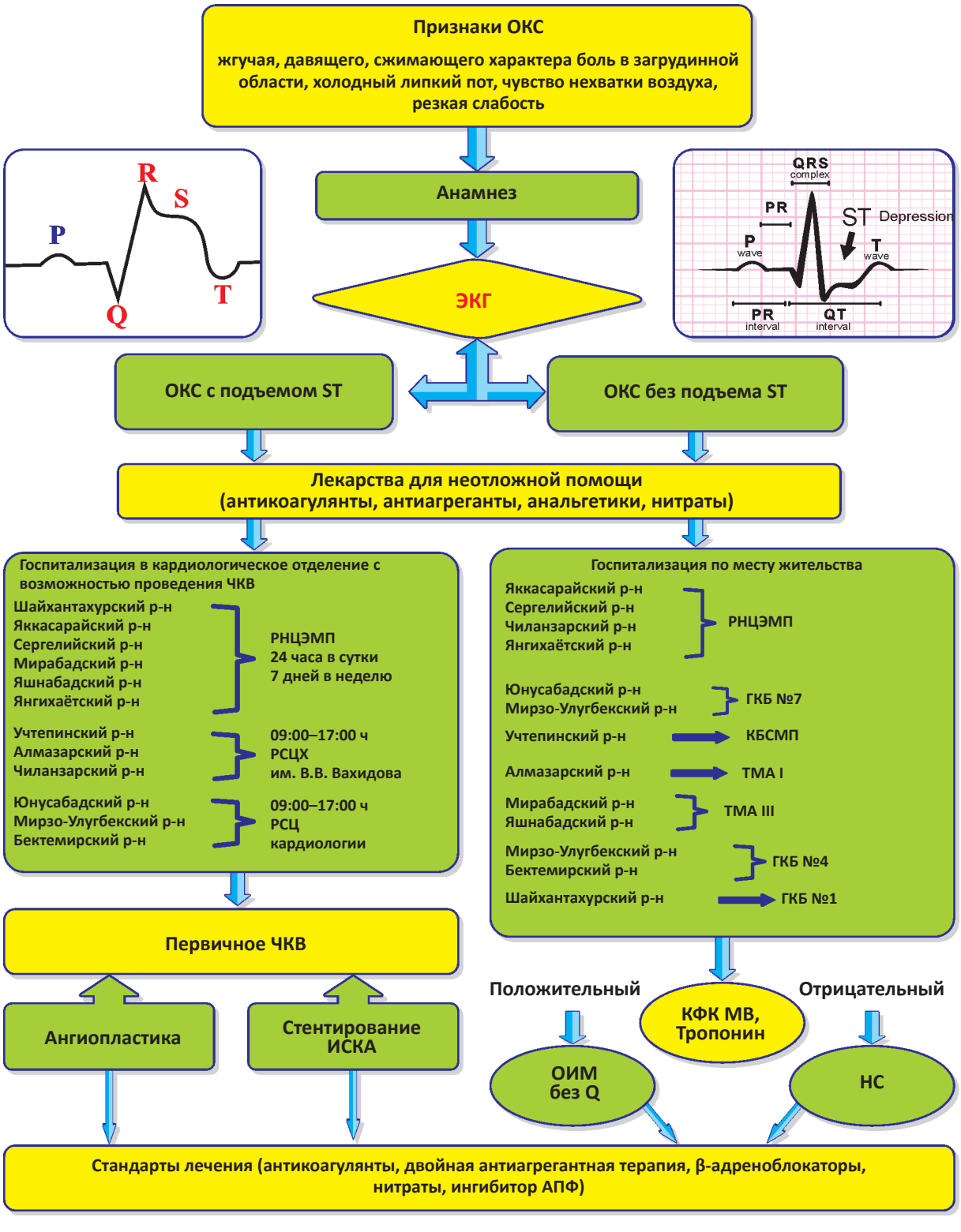

Рис. 2. Принципы маршрутизации больных с ОКС в г. Ташкенте

1. Врач, принимающий решение о назначении ТЛТ, должен хорошо разбираться в клинической и ЭКГ-диагностике ИМ, показаниях и противопоказаниях к ТЛТ, четко знать дифференциальную диагностику боли в грудной клетке.

2. Члены бригады СМП должны владеть основами сердечно-легочной реанимации, в том числе – купирование фибрилляции желудочков, проведение временной кардиостимуляции, интубации трахеи и пр.

3. Машина СМП должна быть оснащена электрокардиографом, дефибриллятором, аппаратом искусственной вентиляции легких (ИВЛ), оборудованием для подачи кислорода и всем необхо-

димым для проведения реанимационных мероприятий.

4. Необходимо поддерживать связь между бригадой СМП и принимающими врачами в стационаре для координации действий, подготовки к инвазивному лечению и т.д.

Важно добиваться незамедлительного приема больных с ОКС в приемных отделениях с предварительным оповещением о госпитализации бригадами скорой медицинской помощи по рации или телефону. Приемно-диагностические отделения больниц, осуществляющие экстренную кардиологическую помощь, должны иметь диагностические палаты с дежурным врачом для длительного (до 12 часов) наблюдения при неясных кардиалгиях. При сохранении кардиалгии у больных, не имеющих изменений на первичных ЭКГ, характерных для STEMI, необходимо регистрировать ЭКГ повторно, чтобы не пропустить появление ЭКГ-признаков STEMI и, соответственно, возникновение показаний к реперфузионной терапии.

Взятие крови для определения биомаркеров ИМ (предпочтительно сердечного тропонина) следует производить как можно скорее, но их исходный уровень и динамика не влияют на выбор подхода к реперфузионному лечению и нужны для последующей верификации диагноза и стратификации риска неблагоприятного исхода. Тропонины появляются в периферической крови больных с ИМ довольно быстро – через 3–6 ч. По чувствительности и специфичности сердечные тропонины превосходят все существующие маркеры повреждения. В последние годы разработаны тесты нового поколения для измерения уровня сердечных тропонинов – высокочувствительный тест определения тропонина (вч-тропонин), чувствительность этих тестов выше в 1000–10000 раз по сравнению с обычным анализом. Уже через 2 часа после развития ИМ уровень вч-тропонина повышается более чем у 90% больных, тогда как при использовании стандартных анализов уровень тропонина в этот период повышен менее чем у 50% больных.

Идеальным промежутком для реперфузионной терапии считается 1 ч от начала приступа – в эти сроки удается спасти основную часть ишемизированного миокарда.

Основными подходами к реперфузионной терапии являются:

1) ЧКВ – механическая реперфузия;

2) ТЛТ – фармакологическая реперфузия;

3) ТЛТ с последующим ЧКВ – фармакоинвазивное лечение.

Механическая реперфузия по сравнению с фармакологической имеет ряд преимуществ. ЧКВ обеспечивает более частое (до 90–95%) и более полное, чем ТЛТ, восстановление кровотока по окклюзированной коронарной артерии, может быть использовано у больных с противопоказаниями к тромболизису. На сегодня показания для ЧКВ существенно шире, чем для ТЛТ. К примеру, у больных без подъема сегмента ST, когда отсутствуют показания для проведения ТЛТ, на коронароангиографии нередко выявляются грубые изменения в коронарных артериях, вплоть до острой окклюзии. Кроме того, ЧКВ параллельно с восстановлением коронарного кровотока позволяет устранить резидуальный стеноз. И наконец, при проведении ЧКВ существенно реже наблюдаются геморрагические осложнения.

При STEMI проведение экстренного ЧКВ безусловно показано в первые 12 ч после начала приступа. Кроме того, экстренное ЧКВ показано также при отсутствии элевации сегмента ST у лиц с продолжающейся или рецидивирующейся кардиалгией и другими тяжелыми проявлениями ИМ: гемодинамическая нестабильность или кардиогенный шок, жизнеугрожающая аритмия или остановка сердца, механические осложнения ИМ, повторные динамические изменения сегмента ST или зубца Т, особенно рецидивирующая элевация сегмента ST. У асимптомных больных с STEMI допускается проведение первичного ЧКВ в более поздние сроки – до 48 ч от момента начала приступа. При неосложненном течении ИМ механическая реперфузия инфаркт-связанной артерии (ИСА) после 48 ч от начала болезни не показана.

Процедура экстренного ЧКВ должна завершиться имплантацией стента, предпочтительно – стентов с антипролиферативным покрытием, особенно у больных с сахарным диабетом. Отсутствие стентов не является противопоказанием к экстренному ЧКВ, в этих случаях процедуру необходимо завершить ангиопластикой ИСА.

У больных с STEMI при многососудистом поражении коронарных артерий, наряду с восстановлением кровотока по ИСА, необходимо также стремиться к проведению стентирования (одномоментного или поэтапного) неинфаркт-связанной артерии со стенозом более 50%.

ТЛТ обычно проводится в первые 12 ч от начала ИМ при отсутствии условий для выполнения экстренного ЧКВ в течение 120 мин от постановки диагноза ИМпST. При сохраняющейся ишемии, большой зоне поражения миокарда, гемодинамической нестабильности фармакологическая реперфузия проводится с 12 до 24 ч от начала ИМ. Необходимо помнить, что если было принято решение провести реперфузию с помощью ТЛТ, ее следует проводить незамедлительно, лучше

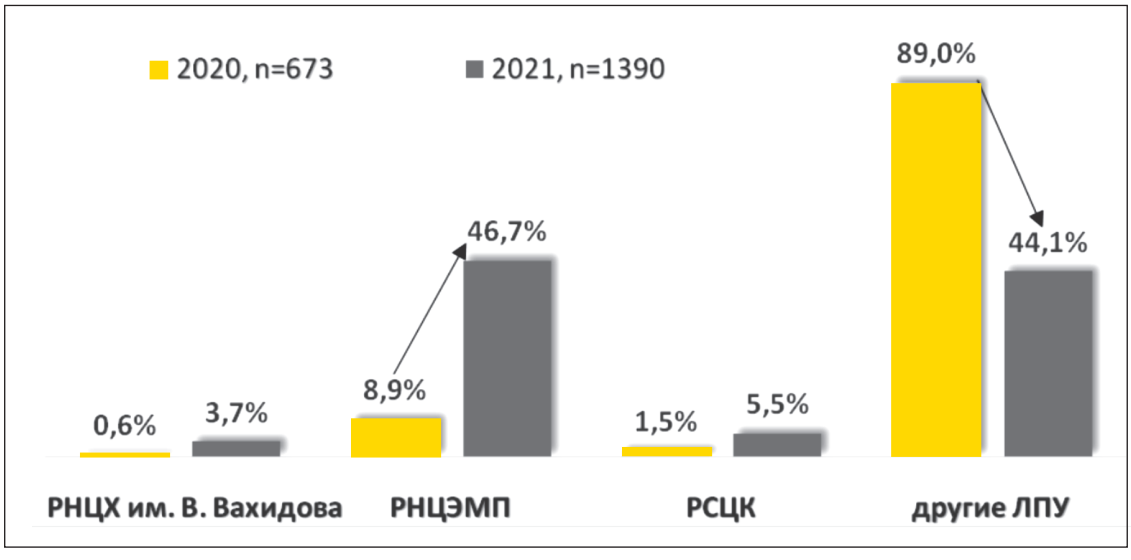

Рис. 3. Маршрутизация больных с ОКС по линии СМП г. Ташкента

на догоспитальном этапе. Предпочтительными препаратами для ТЛТ являются фибринспецифические тромболитики: альтеплаза, тенектеплаза, проурокиназа, стафилокиназа. Признаками успешности фармакологической реперфузии является снижение сегмента ST >50% от исходного в отведении, где его подъем был максимальным, через 60–90 мин от начала ТЛТ.

Фармакоинвазивная стратегия, подразумевающая ТЛТ на догоспитальном этапе с последующей быстрой госпитализацией пациента в реперфузионный центр для проведения ЧКВ, должна применяться во всех случаях, когда нет возможности выполнения экстренного ЧКВ в целевые сроки. В частности, так называемое спасительное ЧКВ показано незамедлительно после неудачной ТЛТ (снижение сегмента ST <50% в течение 60–90 мин), или в любой момент при повторном появлении признаков гемодинамической или электрической нестабильности, или при усилении ишемии. После успешного (по косвенным признакам) тромболизиса в течение последующих суток необходимо выполнить рутинное ЧКВ с целью точной оценки достижения и степени коронарной реперфузии путем прямой визуализации коронарных артерий. Если по каким-то причинам не удалось выполнить ЧКВ в течение суток после успешной ТЛТ, процедуру следует выполнить в более поздний период за время госпитализации.

После внедрения правил маршрутизации больных с ОКС г. Ташкента (приказ Минздрава № 341) доля больных с сердечными приступами, госпитализируемых в ЧКВ-центры, увеличилась в 5 раз – с 11 до 55,9%, и, соответственно, в 2 раза (с 89,0 до 44,1%) уменьшилось число госпитализаций этой категории пациентов в кардиологические отделения городских больниц, не имеющие условия для выполнения ЧКВ (рис. 3). В результате, по сравнению с 2020 годом, уже в следующем 2021 году показатель летальности при ОКС снизился с 13,5 до 10,1%.

Заключение

Усиление материально-технической базы службы СМП, создание сети реперфузионных центров, работающих в режиме 24/7, формирование оптимальных схем маршрутизации больных с ОКС способствовали 5-кратному увеличению числа больных, доставляемых с диагнозом ОКС в ЧКВ центры и 2-кратному сокращению числа пациентов, доставляемых в ЛПУ, не обладающие условиями для проведения ЧКВ, что привело к снижению неблагоприятных исходов при ОКС с 13,5 до 10,1%.

Литература

1. Каримов У.Б., Мамасалиев Н.С., Эрлих А.Д. Острые коронарные синдромы в Ферганской долине Узбекистана: Пути оптимизации лечения. Наука вчера, сегодня, завтра. 2016;2-1(24):48-56.

2. Уринов О., Мамутов Р.Ш. Комплаентность к терапии больных с острой коронарной патологией при 6-месячном наблюдении. Кардиология Узбекистана. 2018;2:99.

3. Мамутов Р.Ш., Уринов О., Бекбулатова И.Р., Анарбаева М.Р., Абидова Д.Э. Клинико-эпидемиологическое изучение острого коронарного синдрома/острого инфаркта миокарда по данным регистра в одном из районов г. Ташкента. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2013;12(3):10-17.

4. Зуфаров М.М., Махмудова М.М. Юрак ишемик касаллиги бемораларда чап коронар артерияси шикастланиши. Ўзбекистон кардиологияси. 2018;3:39-45.

5. Ибрагимов Р.У. Результаты стентирования ствола левой коронарной артерии у больных со стабильной формой ишемической болезни сердца с использованием стентов с биодеградируемыми и постоянным полимерами. Патол. кровообращения и кардиохирургия. 2018;22(3):49-55.

6. Руда М.Я. Острый коронарный синдром: система организации лечения. Кардиология. 2011;51(3):4-9.

7. Мухамедова Б.Ф., Алимов Д.А., Кенжаев М.Л., Саттаров Х.И. Системная тромболитическая терапия при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST // В книге: Вопросы неотложной кардиологии. Тезисы VIII Всероссийского форума. 2015;30-31.

8. Сагайдак О.В., Ощепкова Е.В., Попова Ю.В., Киселев А.Р., Коносова И.Д., Гриднев В.И. Подходы к оптимизации временных показателей оказания медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом в системе федерального регистра острого коронарного синдрома и мониторинга Минздрава России. Кардиологический вестник. 2017;12(4):82-87.

9. Наумов С.А., Карпунина Н.С. Некоторые аспекты догоспитальной тромболитической терапии, проводимой в Пермском крае. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2018; 14(4):494-500.

ТОШКЕНТ ШАҲАР ҲУДУДИДА ЎТКИР КОРОНАР СИНДРОМЛИ БЕМОРЛАРНИНГ МАРШРУТИЗАЦИЯСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

А.В. Алимов[1], Д.А. Алимов[2], Б.Ф. Мухамедова[2], Р.А. Рахимова[2], Б.О. Казаков[2]

[1]Тошкент шаҳар Соғлиқни сақлаш бош бошқармаси
[2]Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Мақолада Тошкент шаҳрида ўткир коронар синдром (ЎКС)ли беморларга юқори технологик тиббий ёрдам кўрсатишни ташкил қилишнинг тамойиллари келтирилган. Самарали ва ўз вақтида реперфузион давони ўтказиш – ЎКСли беморларда энг асосий даволаш-ташкилий вазифа. Бунда касаллик қандай якун топишининг прогнозида реперфузия усули эмас, балки инфарктга сабаб бўлган артериядаги коронар қон айланишни тиклаш вақти кўпроқ аҳамият касб этади. Тез тиббий ёрдам (ТТЁ) хизматининг моддий-техник базасини кучайтириш, 24/7 тартибда фаолият олиб борувчи реперфузион марказлар (тери орқали коронар аралашувлар (ТКА) марказлари) тармоғини яратиш, ЎКСли беморлар маршрутизациясининг муқобил схемаларини татбиқ қилиш юрак хуружи бўлган беморларни ТКА-марказларига ётқизиш миқдорининг 5 баробар ошиши ва ТКА ўтказиш учун шароити бўлмаган кардиологик бўлимларига ушбу беморларни ётқизиш ҳолатларининг 2 баробар камайишига ёрдам берди ва бу эса, ўз навбатида, ЎКСда ўлим кўрсаткичининг 13,5% дан 10,1% гача камайишига олиб келди.

Калит сўзлар: *ўткир коронар синдром, миокард инфаркти, тромболитик терапия, тери орқали амалиётлар, коронарография, беморлар маршрутизацияси.*

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Алимов Анвар Валиевич – доктор медицинских наук, профессор, начальник Главного управления здравоохранения г. Ташкента.
E-mail: info@ssv.uz

Алимов Данияр Анварович – доктор медицинских наук, профессор, директор Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.
E-mail: uzmedicine@mail.ru

Мухамедова Барно Фархадовна – доктор медицинских наук, заместитель директора Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.
E-mail: uzmedicine@mail.ru

Рахимова Раъно Абдухакимовна – доктор медицинских наук, заведующая отделением функциональной диагностики Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Казаков Бехзодбек Озодбоевич – базовый докторант Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Элмуродов Каримали Садинович – заместитель директора Кашкадарьинского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Поступила в редакцию: 06.08.2023

INFORMATION ABOUT AUTHORS:

Alimov Anvar Valievich – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Tashkent City Main Department of Health.
E-mail: info@ssv.uz

Alimov Doniyor Anvarovich – Doctor of Medical Sciences, Professor, Director of the of the Republican Research Centre of Emergency Medicine.
E-mail: uzmedicine@mail.ru

Mukhamedova Barno Farkhadovna – Doctor of Medical Sciences, Deputy director of the Republican Research Centre of Emergency Medicine.
E-mail: uzmedicine@mail.ru

Rakhimova Rano Abdukhakimovna – Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Functional Diagnostics of the Republican research Centre of Emergency Medicine

Kazakov Bekhzodbek Ozodboevich – Doctoral student of the Republican Research Centre of Emergency Medicine.

Kazakov Bekhzodbek Ozodboevich – *Doctoral student of the Republican Research Centre of Emergency Medicine.*

Received: 06.08.2023

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ АОРТОАРТЕРИИТОМ С ПОРАЖЕНИЕМ ВЕТВЕЙ ДУГИ АОРТЫ

С.И. Исмаилов, Ф.Ш. Бахритдинов, А.С. Суюмов

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова, Ташкент, Узбекистан

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH NON-SPECIFIC AORTOARTERITIS INVOLVING THE BRANCHES OF THE AORTIC ARCH

S.I. Ismailov, F.Sh. Bakhritdinov, A.S. Suyumov

Republican specialized scientific and practical medical center of surgery named after academician V.Vakhidov, Tashkent, Uzbekistan

На сегодняшний день в литературе нет четких показаний для выполнения того или иного типа оперативного вмешательства при неспецифическом аортоартериите (НАА) брахиоцефальной локализации. Выбор метода оперативного вмешательства зависит от количества пораженных артерий, степени выраженности стенозов и клинической картины заболевания. МСКТ-ангиография у больных НАА с поражением ветвей дуги аорты позволяет определить характер изменений сосудистой стенки, распространенность патологического процесса, определить тактику хирургического лечения, оценить результаты хирургического вмешательства и проводить динамическое наблюдение за пациентами в послеоперационном периоде. Опыт хирургического лечения больных доказал высокую эффективность реконструктивных операций у подавляющего числа оперированных больных. При этом наблюдение за результатами хирургического лечения больных НАА с поражением ветвей дуги аорты доказало высокую эффективность экстраторакальных реконструктивных операций.

Ключевые слова: *неспецифический аортоартериит, болезнь Такаясу, мультиспиральная компьютерная томография, хирургическое лечение.*

To date, there are no clear indications in the literature for performing any type of surgical intervention with nonspecific aortoarteritis (NAA) of brachiocephalic localization. The choice of the method of surgical intervention depends on the number of affected arteries, the severity of stenosis and the clinical picture of the disease. MSCT angiography in patients with NAA with lesions of branches of the aortic arch allows to determine the nature of the changes in the vascular wall, the prevalence of the pathological process, determine the tactics of surgical treatment, evaluate the results of surgical intervention, and conduct dynamic follow-up of patients in the postoperative period. The experience of surgical treatment of patients has proved the high efficiency of reconstructive surgery in the overwhelming number of operated patients. At the same time, observation of the results of surgical treatment of NAA patients with lesions of the aortic arch branches proved the high efficiency of extrathoracic reconstructive operations.

Key words: *Keywords: nonspecific aortoarteritis, Takayasu's disease, multispiral computed tomography, surgical treatment.*

Введение. Неспецифический аортоартериит (НАА) поражает аорту и её крупные ветви, характеризуется гранулематозным аутоиммунным воспалением стенки сосуда. НАА поражает преимущественно молодых женщин в течение второго или третьего десятилетия жизни и в основном включает в себя вовлечение в патологический процесс дуги аорты и ее первичных ветвей, восходящей аорты, грудного отдела нисходящей аорты и брюшной аорты. В начале течения заболевания у больного наблюдаются неспецифические симптомы, такие как лихорадка, недомогание и потеря веса. Позже воспаление вовлеченных артерий прогрессирует, в результате чего возникают стеноз, окклюзия, дилатация и/или аневризмы. НАА имеет коварное течение, при данном заболевании может происходить острая потеря зрения или инсульт [1–3, 10]. При НАА могут встречаться различные варианты поражения аорты и артерий, проявления болезни и прогноз заболевания в раз-

ных регионах мира различны [3, 4]. Авторами показано, что генетические факторы могут влиять на тяжесть течения НАА [5, 6].

На сегодняшний день в литературе нет четких показаний для выполнения того или иного типа оперативного вмешательства при НАА локализации. Выбор метода оперативного вмешательства зависит от количества пораженных артерий, степени выраженности стенозов и клинической картины заболевания [10].

Цель. В статье приводим анализ непосредственных результатов хирургического лечения поражений ветвей дуги аорты у пациентов с НАА.

Материал и методы. Данное исследование проведено в отделении хирургии сосудов и трансплантации почки Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В. Вахидова. В настоящую работу включен анализ наблюдений 300 пациентов с неспецифическим аортоартериитом с поражением ветвей дуги аорты, находившихся на обследовании и лечении в клинике с 1978 по 2021 год (43 года). В изучаемую группу вошли 159 (53%) больных, перенесших различные виды оперативных вмешательств по поводу неспецифического аортоартериита. Консервативную терапию получил 141 (47%) пациент.

В исследуемой группе преобладали женщины – 272 (90,7%). Мужчин было 28 (9,3%). Средний возраст пациентов составил 31,1±0,53 года.

По нашим данным, согласно классификации A. Ueno et al. (1967) и E. Lupi-Herrerra et al. (1977), у 173 (57,7%) пациентов выявлялся I тип поражения (изолированное вовлечение в патологический процесс БЦА), III тип поражения (сочетание поражения ветвей дуги аорты и ветвей других отделов аорты) выявлен в 125 (41,7%) случаях. IV тип поражения (поражение легочной артерии) выявлен в 2 (0,6%) случаях.

Методы исследования. Ангиологическое обследование, лабораторные исследования (общий анализ крови с определением СОЭ, коагулограмма, исследование биохимических показателей крови, анализ крови на С-реактивный белок), цветовое дуплексное сканирование, мультиспиральная компьютерная томография, ангиографическое исследование, МСКТ ангиография аорты и её ветвей.

Результаты. В нашем исследовании показаниями к хирургическому лечению у 159 (53%) больных неспецифическим аортоартериитом мы считали: наличие сосудисто-мозговой недостаточности 2, 3, 4 степени при наличии критических (90% и более) стенозов сонных артерий, критические стенозы или окклюзии сонных артерий при асимптомном течении болезни, наличие позвоночно-подключичного обкрадывания и ишемии верхних конечностей в стадии субкомпенсации и декомпенсации при поражении подключичных артерий, наличие стенозов почечных артерий у пациентов с сочетанным поражением сонных артерий.

Противопоказаниями к операции считали: острую и подострую стадию воспалительного процесса, острый инфаркт миокарда в сроки до 3 месяцев, ОНМК в сроки до 3 месяцев, терминальную стадию сердечной и печеночно-почечной недостаточности.

Изолированное поражение подключичных и подмышечных артерий без стил-синдрома мы считали относительным показанием к оперативному вмешательству при неспецифическом аортоартериите, так как проксимальное поражение артерий, кровоснабжающих верхние конечности, как правило, сопровождается выраженным развитием коллатеральных артериальных сетей и компенсацией ишемии конечностей. Ввиду этого при компенсированной ишемии верхней конечности мы проводили консервативную терапию.

Только у 59 (19,7%) больных, первично оперированных по поводу поражения БЦА при неспецифическом аортоартериите на момент поступления в стационар, не выявлялось клинико-лабораторных признаков воспаления (хроническая стадия заболевания).

На момент поступления 158 (52,7%) пациентов имели острую стадию заболевания, 83 (27,7%) – подострую, 59 (19,7%) – хроническую.

Высокая частота 241 (80,3%) выявления активной стадии воспалительного процесса заставила нас обратить внимание на адекватность получаемой пациентами консервативной терапии. При расспросе пациентов было выяснено, что 217 пациентов принимали глюкокортикостероиды и/или цитостатики постоянно, 73 пациента лечились периодически, 10 пациентов противоспалительную терапию не получали.

Из 217 пациентов, постоянно получавших противовоспалительную терапию, 41 поступил в клинику с хронической стадией заболевания, у 118 выявлены признаки высокой активности воспалительного процесса. Даже несмотря но то, что большая часть пациентов – 290 (96,7%) получала противовоспалительную терапию постоянно или периодически, 236 (78,7%) из них на момент госпитализации имели признаки активности воспалительного процесса, причем у 156 (52%) выявлена острая стадия заболевания.

Анализ частоты обострений воспалительного процесса заболевания в исследуемой группе пациентов показал, что 116 (38,7%) пациентов,

имевших на момент госпитализации признаки активного воспалительного процесса, отмечали эпизоды обострения заболевания хотя бы 1–2 раза в год. 96 (32%) пациентов, имевших на момент госпитализации признаки активного воспалительного процесса, отмечали эпизоды обострения реже 1 раза в год. 73 пациента получали противовоспалительную терапию периодически, однако либо последняя была неэффективна, либо пациенты отказывались длительное время принимать глюкокортикостероиды, ссылаясь на выраженность побочных явлений.

При выявлении активности пациентам проводилась противовоспалительная терапия. Она предусматривала трехдневное внутривенное введение больших доз глюкокортикостероидов и цитостатиков. В нашей клинике применяется введение 6-метилпреднизолона по 1000 мг/день в течение трех дней и введение циклофосфана 1000 мг в первый день лечения. Данная схема лечения позволяла добиться быстрого купирования явлений воспаления.

При неэффективности первого курса пульс-терапии (на основании клинико-лабораторных исследований) на 7–10 день проводился повторный курс по той же схеме, с повторной оценкой эффективности. Так, 52 пациентам проведен 1 курс пульс-терапии, 76 больным проведено 2 курса с интервалом 7–10 дней, только 12 пациентам понадобилось проведение 3 повторных курсов пульс-терапии для купирования явлений активного воспаления.

В 7 случаях после проведения первого сеанса пульс-терапии не удалось добиться значимого улучшения лабораторных показателей, однако повторные курсы не проводились в связи с плохой переносимостью пациентами внутривенного введения метил-преднизолона.

Из числа пациентов с хронической стадией заболевания в 30 случаях проводилась пульс-терапия после выявления признаков воспаления по данным дуплексного сканирования (лабораторные показатели были норме). Через 1–3 месяца после проведения пульс-терапии при повторном ультразвуковом исследовании признаков воспаления стенок брахиоцефальных артерий выявлено не было и пациенты были оперированы.

Оценку эффективности терапии проводили на основании изучения клинико-лабораторных и ультразвуковых показателей.

Клиническими критериями эффективности пульс-терапии считали уменьшение лихорадки, исчезновение клиники артритов, исчезновение кожных высыпаний, исчезновение болей по ходу сосудов.

Лабораторными критериями эффективности считали снижение уровня СОЭ и С-РБ на фоне терапии.

К ультразвуковым критериям относили уменьшение толщины КИМ и изменение эхогенности стенки артерий, уменьшение участков с гипо- и изоэхогенными свойствами.

Уменьшения активности воспалительного процесса удалось добиться у 136 (97,1%) из 140 пациентов, получавших пульс-терапию.

Пациенты, получавшие пульс-терапию, перенесли оперативное вмешательство в сроки от 14 дней до 7 месяцев после окончания терапии.

Характер выполненных операций

Поражение артерий при неспецифическом аортоартериите носит мультифокальный характер с одновременным вовлечением в патологический процесс нескольких артериальных бассейнов.

За период с 1978 по 2021 год (43 года) в отделении хирургии сосудов по поводу неспецифического аортоартериита с поражением ветвей дуги аорты оперировано 159 (53%) пациентов. Консервативную терапию получил 141 (47%) пациент.

Всего 159 пациентам произведена 201 операция. Из общего числа хирургических вмешательств (201 – 100%) на ветвях дуги аорты выполнено 137 (68,2%) различных операций. Из общего числа (137 – 100%) хирургических вмешательств на ветвях дуги аорты выполнено 84 (61,3%) экстраторакальные реконструктивные операции.

В качестве шунтирующего материала при выполнении 84 (100%) экстраторакальных реконструктивных операций в 62 (73,8%) случаях применена аутовена, в 17 (20,2%) случаях применили синтетический протез, в 5 (6%) случаях шунтирующий материал не применялся из-за отсутствия необходимости.

Из общего числа (137 – 100%) хирургических вмешательств на ветвях дуги аорты в 29 (21,2%) случаях выполнены интраторакальные реконструктивные операции, в 28 (20,4%) случаях использован синтетический протез. Показанием к выполнению интраторакальных реконструктивных операций являлось отсутствие у пациента проходимой артерии-донора с магистральным кровотоком на шее.

Таким образом, из числа (137 – 100%) хирургических вмешательств на ветвях дуги аорты реконструкция каротидного бассейна выполнена в 69 (50,4%) случаях, реконструкция подключичного (позвоночного) бассейна выполнена в 36 (26,3%) случаях, сочетанные реконструкции каротидного и подключичного бассейнов выполнены в 9 (6,6%) случаях.

Следует отметить, что из числа произведенных хирургических вмешательств у пациентов с неспецифическим аортоартериитом (201 – 100%) пациентам с сочетанным поражением ветвей дуги аорты и почечными артериями произведено 25 (12,4%) различных реконструктивных операций на почечных артериях, при этом в качестве пластического материала в 15 (60%) случаях использована аутовена, синтетический протез использован в 5 (20%) случаях.

Из общего числа произведенных хирургических вмешательств у пациентов с неспецифическим аортоартериитом (201 – 100%) с сочетанным поражением ветвей дуги аорты и почечными артериями в 10 (4,97%) случаях выполнены рентгенэндоваскулярные вмешательства на почечных артериях.

Из общего числа произведенных хирургических вмешательств у пациентов с неспецифическим аортоартериитом (201 – 100%) пациентам с сочетанным поражением в 16 (7,96%) случаях произведены вмешательства на грудной и брюшной аорте, в том числе и рентгенэндоваскулярные.

Повторные операции выполнены в 8 (3,98%) случаях.

При выполнении 28 трансторакальных реконструктивных вмешательств в 28 случаях применен синтетических протезов. При выполнении экстраторакальных операций мы предпочтение отдаем использованию аутовены в качестве шунтирующего материала, так, 62 (73,8%) пациентам из 84 (100%) выполнены операции с применением аутовенозного пластического материала.

Реконструкции артерий каротидного бассейна

Из общего числа (137 – 100%) хирургических вмешательств на ветвях дуги аорты реконструкция артерий каротидного бассейна выполнена в 69 (50,4%) случаях, сочетанные реконструкции артерий каротидного и подключичного бассейнов выполнены в 9 (6,6%) случаях.

В своей клинической практике мы отдаем предпочтение экстраторакальным операциям для реконструкции сонных артерий, при условии наличия артерии донора, чаще всего это интактная подключичная артерия. Мы считаем, что неизмененную подключичную артерию можно использовать в качестве артерии-донора у пациентов с неспецифическим аортоартериитом для выполнения экстраторакальных реконструктивных операций.

При сочетанном поражении подключичных и сонных артерий встает вопрос о тактике хирургического лечения этих пациентов. Одним из выходов в такой ситуации может служить перекрестное подключично-сонное шунтирование. Нами выполнено 11 операций подобного рода при сочетанном поражении сонных и подключичных артерий на одной стороне при наличии интактной контралатеральной подключичной артерии. Во всех случаях мы применяли аутовену в качестве пластического материала.

Для диагностики поражений ветвей дуги аорты и оценки результатов реконструктивной операции на ветвях дуги аорты у пациентов с НАА нами применялся метод МСКТ-ангиографии. Значимость МСКТ-ангиографии у больных с НАА заключается в том, что метод позволяет определить характер изменений сосудистой стенки, распространенность патологического процесса, выбрать оптимальную хирургическую тактику, оценить результаты хирургического вмешательства и проводить динамическое наблюдение за пациентами в послеоперационном периоде.

При обследовании данной категории пациентов нами выявлено, что поражение общей сонной и подключичной артерий часто имеет характер пролонгированного, неравномерного фиброзного стеноза, трудно поддается ангиопластике или стентированию.

Важно, чтобы реваскуляризация не была произведена на основании ангиографического диагноза стеноза или окклюзии, а в сочетании с оценкой симптомов для определения необходимости вмешательства. Наши наблюдения показали, что ишемия верхних конечностей в результате окклюзионно-стенотического поражения подключичной артерии на фоне НАА часто улучшается после развития коллатерального кровообращения и редко требует вмешательства. При наблюдении за пациентами с НАА нами выявлено, что ангиография цереброваскулярных артерий и артерий верхних конечностей может выявлять тяжелые поражения, но часто молодые пациенты остаются бессимптомными и могут быть в компенсированной стадии болезни, при которой реваскуляризация не является обязательной.

Существуют различные варианты реконструктивных операций у пациентов с неспецифическим аортоартериитом при поражении ветвей дуги аорты. Реконструктивные операции на ветвях дуги аорты подразделяются на два вида: трансторакальные и экстраторакальные. При наличии донорской артерии на шее мы отдаем предпочтение малотравматичным экстраанатомическим экстраторакальным реконструктивным операциям. В качестве шунтирующего материала при экстраторакальных реконструктивных операциях использовали аутовену, т.е. отсутствовала необходимость использования синтетического протеза. Только

при отсутствии интактной артерии-донора на шее прибегли к трансторакальной реконструктивной операции с использованием синтетического протеза и стернотомного доступа.

МСКТ-ангиография у больных НАА с поражением ветвей дуги аорты позволяет определить характер изменений сосудистой стенки, распространенность патологического процесса, определить тактику хирургического лечения, оценить результаты хирургического вмешательства и проводить динамическое наблюдение за пациентами в послеоперационном периоде.

Экстраторакальные реконструктивные операции с использованием аутовены являются эффективными и малотравматичными вмешательствами у пациентов с поражением ветвей дуги аорты при НАА.

При поражении сонных и подключичных артерий с обеих сторон приходилось прибегать к выполнению трансторакальных операций. Всего произведено 23 подобных вмешательств для восстановления кровотока изолированно по сонным артериям.

В случаях билатерального поражения сонных артерий мы стремимся выполнять этапные реконструкции каротидных бассейнов.

Реконструкция артерий подключичного (позвоночного) бассейна

Из общего числа (137 – 100%) хирургических вмешательств на ветвях дуги аорты реконструкция артерий подключичного (позвоночного) бассейна выполнена в 36 (26,3%) случаях.

Наиболее часто выполнялись сонно-подключичное аутовенозное шунтирование (10), подключично-плечевое аутовенозное шунтирование (7), сонно-плечевое аутовенозное шунтирование (7).

Реваскуляризация конечности нами была произведена на основании ангиографического диагноза стеноза или окклюзии в сочетании с оценкой симптомов для определения необходимости вмешательства. Реконструкция артерий подключичного (позвоночного) бассейна выполнена всего лишь в 36 (26,3%) случаях. Такое маленькое число вмешательств данного вида связано с тем, что ишемия верхних конечностей в результате окклюзионно-стенотического поражения подключичной артерии у данной категории пациентов бывает компенсированной ввиду развития коллатерального кровообращения и редко требует вмешательства. При наблюдении за такими пациентами нами выявлено, что ангиография артерий верхних конечностей может выявлять поражения, но часто молодые пациенты остаются бессимптомными и могут быть в компенсированной стадии болезни, при которой реваскуляризация не является обязательной.

Из общего числа (137 – 100%) хирургических вмешательств на ветвях дуги аорты сочетанные реконструкции артерий каротидного и подключичного бассейнов выполнены в 9 (6,6%) случаях.

При сочетанном поражении артерий каротидного и подключичного бассейнов и при сохранении проходимости дистальных отделов подключичных артерий выполнялись трансторакальные реконструкции обоих бассейнов. Наиболее часто выполняемым типом операции в этой группе больных было бифуркационное аорто-сонно-подключичное шунтирование протезом (выполнено в 4 случаях).

Относительно редкое выполнение резекции с реплантацией подключичной артерии (4 случая) можно объяснить пролонгированным характером поражения подключичных артерий при неспецифическом аортоартериите и редкостью поражения первого сегмента подключичной артерии.

При отсутствии возможности использовать общую сонную артерию в качестве «донора» в 2 случаях выполнили экстраанатомическое сонно-подключичное шунтирование.

При отсутствии артерии донора выполнение изолированных трансторакальных реконструкций подключичных артерий считали нецелесообразным.

В качестве пластического материала в большинстве случаев при сонно-подключичном шунтировании мы использовали аутовену. Ни в одном случае мы не наблюдали развитие аневризм аутовенозных протезов в отдаленном послеоперационном периоде у пациентов, перенесших сонно-подключичное аутовенозное шунтирование.

Ближайшие результаты хирургического лечения. В ближайшем послеоперационном периоде после выполнения 201 (100%) операции наблюдалось 12 (5,97%) осложнений, летальный исход наблюдался в 5 (2,5%) случаях.

1. У 1 пациентки с диагнозом «неспецифический аортоартериит, стеноз брахиоцефального ствола и единственной правой сонной артерии, окклюзия обеих подключичных, позвоночных и левой сонной артерии, симптоматическая артериальная гипертензия, подострая стадия воспалительного процесса, СМН 3» выполнена операция «эндартерэктомия из области бифуркации брахицефального ствола и правой подключичной артерии, позвоночной артерии, подключично-сонное перекрестное аутовенозное протезирование справа налево». Послеоперационный период осложнился мозговой комой, двусторонней пнев-

монией. В послеоперационном периоде наступил летальный исход.

2. У 1 пациентки с диагнозом «неспецифический аортоартериит, окклюзия всех ветвей дуги аорты, подострая стадия воспалительного процесса, СМН 3 после операции «линейное аорто-сонное (ОСА) шунтирование слева протезом» на 19-е сутки после операции возникло аррозивное кровотечение из проксимального анастомоза, тампонада сердца, острая сердечно-сосудистая недостаточность. В послеоперационном периоде наступил летальный исход.

3. У 1 пациентки с диагнозом «НАА, подострая стадия процесса, окклюзия подключичных артерий с обеих сторон, ишемия обеих в/к II ст.» после операции «сонно-плечевое аутовенозное шунтирование слева на фоне активации процесса» возник тромбоз шунта. Пациентке проведена консервативная терапия, выписана в удовлетворительном состоянии.

4. У 1 пациентки с диагнозом «НАА, окклюзия плечеголовного ствола и ОСА справа, стеноз ПКА справа, коарктация аорты в типичном месте, СМН 2, ТИА, подострая стадия воспалительного процесса» после операции «резекция плечеголовного ствола и ОСА, бифуркационное аорто-сонно-подключичное протезирование в послеоперационном периоде» наступило острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу. В послеоперационном периоде наступил летальный исход.

5. У 1 пациентки с диагнозом «НАА, окклюзия левой сонной, обеих ПКА, стеноз сонной артерии справа, подострая стадия воспалительного процесса, СМН 3» после операции «аорто-сонное шунтирование справ» отмечалось нагноение раны шеи. Нагноение раны шеи купировано консервативными мероприятиями, пациентка выписана в удовлетворительном состоянии.

6. У 1 пациента, мужского пола, 34-летнего возраста, с диагнозом «НАА, подострая стадия, стеноз сонных артерий СМН 3, стеноз почечных артерий с обеих сторон, вазоренальная артериальная гипертензия, коронариит, стеноз нисходящей ветви левой коронарной артерии, постинфарктный кардиосклероз в раннем послеоперационном периоде» после операции «реплантация левой почечной артерии в аорту» возник острый инфаркт миокарда передне-боковой стенки левого желудочка сердца. В послеоперационном периоде наступил летальный исход.

7. У 1 пациентки с диагнозом «НАА, окклюзия обеих ОСА, левой ПКА во 2 сегменте, подострая стадия СМН 3» после операции «бифуркационное шунтирование обеих сонных артерий из бифуркации плечеголовного ствола, резекция правой ОСА, эндартерэктомия из бифуркации обеих ОСА (экстраторакальная операция)» возникло острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу. Основной причиной смерти явилась тромбоэмболия мозговых сосудов с размягчением вещества и отеком мозга. В послеоперационном периоде наступил летальный исход.

8. У 1 пациента, мужского пола, 28-летнего возраста с диагнозом «НАА, подострая стадия, критический стеноз левой почечной артерии, ВРГ, стенозы ветвей дуги аорты, окклюзия правой позвоночной артерии» после операции «аутовенозное протезирование левой почечной артерии» возникло глубокое нагноение раны с аррозивным кровотечением из аорты. Пациенту выполнена операция, опорожнение гематомы, боковой шов на аорту, остановка кровотечения, нефрэктомия слева. В дальнейшем пациент ещё дважды оперирован по поводу аррозивного кровотечения из аорты, пациенту выполнены наложения бокового шва на аорту. Больной в удовлетворительном состоянии выписан из клиники.

9. У 1 пациентки с диагнозом «НАА, подострая стадия, окклюзия правой подключичной артерии, критический стеноз левой почечной артерии, ВРГ» после операции «протезирование левой почечной артерии аутовеной» возникло нагноение раны, которое излечено консервативно.

10. У 1 пациентки с диагнозом «НАА, стенозы обеих сонных, правой позвоночной, обеих почечных артерий, подострая стадия, СМН 3, ВРГ, недостаточность аортального клапана» после операции «перекрёстное безымянно-сонное шунтирование синтетическим протезом в раннем послеоперационном периоде» отмечалось нагноение раны с аррозивным кровотечением, которое остановлено консервативно.

11. У 1 пациентки с диагнозом «НАА, окклюзия плечеголовного ствола, критический стеноз левой сонной артерии, окклюзия обеих подключичных артерий, СМН 3, подострая стадия, единственная функционирующая почка» после операции «бифуркационное аорто-сонное шунтирование с резекцией правой ОСА» в раннем послеоперационном периоде из-за плохой периферии наступил тромбоз правой бранши протеза, острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу. Пациентка переведена в неврологический стационар.

12. У 1 пациентки с диагнозом «неспецифический аортоартериит, хроническая стадия, окклюзия подключичной артерии с обеих сторон, стеноз правой и окклюзия левой общей сонной артерии, СМН 3, симптоматическая гипертония после опе-

рации» после операции «бифуркационное аортосонное шунтирование» развился гемотракс, который ликвидирован путем пункции плевральной полости. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, в ближайшем послеоперационном периоде после выполнения 201 (100%) операции наблюдалось 12 (5,97%) осложнений, летальный исход наблюдался в 5 (2,5%) случаях, в 3 (1,5%) осложнения возникли после 2005 года.

Обсуждение. Для диагностики поражений ветвей дуги аорты и оценки результатов реконструктивной операции на ветвях дуги аорты у пациентов с НАА нами применяется метод МСКТ-ангиографии. Значимость МСКТ-ангиографии у больных с НАА заключается в том, что метод позволяет определить характер изменений сосудистой стенки, распространенность патологического процесса, выбрать оптимальную хирургическую тактику, оценить результаты хирургического вмешательства и проводить динамическое наблюдение за пациентами в послеоперационном периоде [7].

Существует множество различных видов реконструктивных операций у пациентов с неспецифическим аортоартериитом при поражении ветвей дуги аорты. Реконструктивные операции на ветвях дуги аорты подразделяются на два вида: трансторакальные и экстраторакальные. При наличии донорской артерии на шее предпочтение отдаем малотравматичным экстраанатомическим экстраторакальным реконструктивным операциям. В качестве шунтирующего материала при экстраторакальных реконструктивных операциях использовали аутовену, т.е. отсутствовала необходимость использования синтетического протеза. Только при отсутствии интактной артерии-донора на шее прибегали к трансторакальной реконструктивной операции с использованием синтетического протеза и стернотомного доступа [8].

Поражение общей сонной и подключичной артерий часто имеет характер пролонгированного, неравномерного фиброзного стеноза, редко поддается ангиопластике или стентированию. Kim et al. (2012) продемонстрировали превосходную проходимость ветвей дуги аорты после хирургического шунтирования (12,5% рестенозов) по сравнению с эндоваскулярным вмешательством (53,3% рестенозов), несмотря на использование эндоваскулярного вмешательства при коротких стенотических поражениях (<5 см) и шунтирующих операций при пролонгированных окклюзионных поражениях [9]. По данным литературы, открытое хирургическое лечение превосходит по результатам эндоваскулярные вмешательства в лечении артериальных поражений при НАА [10]. Однако более серьезные послеоперационные осложнения возникли в группе больных, которым выполнены открытые шунтирующие операции. Важно, чтобы реваскуляризация не была произведена на основании ангиографического диагноза стеноза или окклюзии, а в сочетании с оценкой симптомов для определения необходимости вмешательства. Об этом свидетельствует тот факт, что ишемия верхних конечностей в результате окклюзионно-стенотического поражения подключичной артерии часто улучшается после развития коллатерального кровообращения и редко требует вмешательства [11]. Ангиография цереброваскулярных артерий и артерий верхних конечностей может выявлять поражения, но часто молодые пациенты остаются бессимптомными и могут быть в компенсированной стадии болезни, при которой реваскуляризация не является обязательной.

Выводы. МСКТ-ангиография у больных НАА с поражением ветвей дуги аорты позволяет определить характер изменений сосудистой стенки, распространенность патологического процесса, определять тактику хирургического лечения, оценить результаты хирургического вмешательства и проводить динамическое наблюдение за пациентами в послеоперационном периоде.

Опыт хирургического лечения больных показал высокую эффективность реконструктивных операций у подавляющего числа оперированных больных. При этом наблюдение за результатами хирургического лечения больных НАА с поражением ветвей дуги аорты доказало высокую эффективность экстраторакальных реконструктивных операций.

Литература

1. Kerr G.S., Hallahan C.W., Giordano J., Leavitt R.Y., Fauci A.S., Rottem M., Hoffman G.S. Takayasu arteritis. Ann Intern Med. 1994;120(11):919-929.

2. Brunner J., Feldman B.M., Tyrrell P.N., Kuemmerle-Deschner J.B., Zimmerhackl L.B., Gassner I., Benseler S.M. Takayasu arteritis in children and adolescents. Rheumatology. 2010;49(10):1806-1814.

3. Bıçakçıgil M., Aksu K., Kamalı S., Ozbalkan Z., Ates A., Karadag O., et al. Takayasu's arteritis in Turkey-clinical and angiographic features of 248 patients. Clin Exp Rheumatol. 2009;27(Suppl 52):S59-64.

4. Watts R., Al-Taiar A., Mooney J., Scott D., MacGregor A. The epidemiology of Takayasu arteritis in the UK. Rheumatology. 2009;48(8):1008-1011.

5. Saruhan Direskeneli G., Hughes T., Aksu K., Keser G., Coit P., Aydin S.Z., et al. Identification of multiple genetic susceptibility loci in Takayasu arteritis. Am J

Hum Genet. 2013;93(2):298-305. doi:10.1016/j.ajhg.2013.05.026.

6. Sahin Z., Bicakcigil M., Aksu K., Kamali S., Akar S., Onen F., et al. Takayasu's arteritis is associated with HLA-B*52, but not with HLA-B*51, in Turkey. Arthritis Res Ther. 2012;14:1-5.

7. Бахритдинов Ф.Ш., Суюмов А.С. Мультиспиральная компьютерная томография в диагностике патологии сосудов у больных с неспецифическим аортоартериитом. Ангиология и сосудистая хирургия. 2015;21(4):57-62.

8. Бахритдинов Ф.Ш., Суюмов А.С., Шарапов Н.У. Результаты хирургического лечения пациентов с неспецифическим аортоартериитом с изолированным поражением брахиоцефальных артерий. Ангиология и сосудистая хирургия. 2016; 22(4):144-150.

9. Kim Y., Kim D., Park Y.J., Yang S.S., Lee G.Y., Kim D.K., et al. Surgical bypass vs endovascular treatment for patients with supra-aortic arterial occlusive disease due to Takayasu arteritis. Journal of Vascular Surgery. 2012; 55(3):693–700.

10. Покровский А.В., Зотиков А.Е., Юдин В.И. Неспецифический аортоартериит (болезнь Такаясу). М ИРСИСЪ. 2002.

11. Mason J.C. Takayasu arteritis-advances in diagnosis and management. *Nature Reviews Rheumatology*. 2010; 6(7):406–415.

АОРТА ЁЙИ ЗАРАРЛАНГАН НОСПЕЦИФИК АОРТОАРТЕРИИТЛИ БЕМОРЛАРНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

С.И. Исмаилов, Ф.Ш. Бахритдинов, А.С. Суюмов

Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Ҳозирги кунга қадар ҳам адабиётларда носпецифик аортоартериит (НАА) касаллигининг брахиоцефал локализациясида, у ёки бу жарроҳлик амалиётини бажаришнинг аниқ кўрсатмаси йўқ. Жарроҳлик амалиётининг усулини танлаш касаллик клиникаси, стеноз даражасининг кўриниши ва зарарланган артериялар сонига боғлиқ. Аорта ёйи зарарланган НАА билан оғриган беморларда МСКТ-ангиография қон-томир девори ўзгаришининг табиатини аниқлаштиришга, патологик жараённинг қанчалик тарқалганлигига, хирургик тактикани белгилашга, жарроҳлик амалиёти натижаларини баҳолашга ва операциядан кейин беморларни динамик кузатишга имкон беради. Жарроҳлик даволаш амалиётида реконструктив жарроҳлик амалиёти ўтказилган беморларда юқори самарадорлик исботланди. Аорта ёйи ва унинг тармоқлари зарарланган НАА билан касалланган беморларда экстраторакал реконструктив жарроҳлик амалиётларининг самарадорлиги кузатилди.

Калит сўзлар: *носпецифик аортоартериит, Такаясу касаллиги, мультиспирал компьютер томография, хирургик даво.*

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Исмаилов Сайдимурад Ибрагимович – доктор медицинских наук, профессор, директор Республиканского специализированного центра хирургии им. акад. В. Вахидова.

Суюмов Азамат Сайфуллаевич – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения хирургии сосудов Республиканского специализированного центра хирургии им. акад. В. Вахидова.
E-mail: atsuyumov@rambler.ru

Бахритдинов Фазлитдин Шамситдинович – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения хирургии сосудов Республиканского специализированного центра хирургии им. акад. В. Вахидова.

Поступила в редакцию: 21.08.2023

INFORMATION ABOUT AUTHORS:

Saidimurad Ibragimovich Ismailov – Doctor of Medical Sciences, Professor, Director of the Republican Specialized Center for Surgery named after. acad. V. Vakhidov.

Suyumov Azamat Sayfullaevich – Candidate of Medical Sciences, senior researcher at the Department of Vascular Surgery of the Republican Specialized Center for Surgery named after. acad. V. Vakhidov.
E-mail: atsuyumov@rambler.ru

Bakhritdinov Fazlitdin Shamsitdinovich – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Vascular Surgery of the Republican Specialized Center for Surgery named after. acad. V. Vakhidov.

Received: 21.08.2023

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ТАКАЯСУ ПРИ ПРОДОЛЖАЮЩИХСЯ ТРАНЗИТОРНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ АТАКАХ

Ш.И. Каримов, А.А. Юлбарисов, Х.К. Алиджанов, А.М. Ахматов, Р.Т. Муминов

Республиканский специализированный центр хирургической ангионеврологии,
Ташкент, Узбекистан

TACTICS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH TAKAKAYASU SYNDROME WITH ONGOING TRANSIENT ISCHEMIC ATTACKS

Sh.I. Karimov, A.A. Yulbarisov, H.K. Alidzhanov, A.M. Akhmatov, R.T. Muminov

Republican Specialized Center for Surgical Angioneurology,
Tashkent, Uzbekistan

Цель. Анализ результатов хирургического лечения больных синдромом Такаясу, перенесших транзиторные ишемические атаки.
Пациенты. Изучены результаты обследования и лечения 497 больных, которые перенесли транзиторные ишемические атаки. Им выполнено 625 каротидных реконструкций.
Результаты. Послеоперационный период протекал гладко у 474 (95,4%) больных. Осложненное течение раннего послеоперационного периода отмечено в 23 (4,6%) случаях. Неврологические осложнения (повторный ТИА и ишемический инсульт) наблюдались у 9 (1,8%) больных. Из них у 4 (0,8%) больных ишемический инсульт явился причиной летального исхода. У 5 (1,0%) больных отмечалось кровотечение из послеоперационной раны. Все они успешно повторно оперированы.
Заключение. Транзиторная ишемическая атака – это неотложное состояние в ангионеврологической практике, требующее не только своевременной диагностики, но и ургентного адекватного лечения.

Ключевые слова: *транзиторные ишемические атаки, каротидная эндартерэктомия, ишемический инсульт, хроническая сосудисто-мозговая недостаточность.*

Aim. Analysis of the results of surgical treatment of patients with Takayasu syndrome who suffered transient ischemic attacks.
Patients. This material analyzes the results of examination and treatment of 497 (100%) patients who suffered transient ischemic attacks. He performed 625 carotid reconstructions.
Results. The postoperative period was uneventful in 474 (95,4%) patients. A complicated course of the early postoperative period was observed in 23 (4,6%) patients. Neurological complications - repeated TIA and ischemic stroke were observed in 9 (1,8%) patients. Of these in 4 (0,8%) patients, ischemic stroke was the cause of death. In 5 (1,0%) patients, bleeding from the postoperative wound was noted. All of them were successfully reoperated.
Conclusion. Transient ischemic attack is an emergency condition in angioneurological practice, requiring not only timely diagnosis, but also urgent adequate treatment.

Key words: *transient ischemic attacks, carotid endarterectomy, ischemic stroke, chronic cerebrovascular insufficiency.*

Введение. Бремя болезней, возникающих в результате инсульта, остается глобальной эпидемиологически важной проблемой. Каждый восьмой инсульт заканчивается смертельным исходом в течение 30 дней, а каждый четвертый – в течение года. Это вторая по значимости причина смертности в мире [1].

Транзиторная ишемическая атака (ТИА) представляет собой состояние кратковременного нарушения неврологических функций головного мозга в виде очаговой и/или общемозговой симптоматики сосудистого происхождения, при типичной продолжительности эпизода до 1 часа, реже – до 24 часов, с последующим полным регрессом симптомов и отсутствием данных нейровизуализации за инфаркт мозга.

Инсульт и транзиторная ишемическая атака (ТИА), связанные с атеросклерозом сонных арте-

рий, являются причиной самого высокого риска раннего рецидива инсульта и неблагоприятных исходов после первоначальной ТИА/инсульта [2, 3]. Международные исследования показывают, что внедрение современных вмешательств по вторичной профилактике инсульта снизило частоту рецидивов 90-дневного инсульта до 5% [4, 5], однако частота рецидивов остается значительно выше среди пациентов с симптоматическим поражением сонных артерий. Исследования, посвященные пациентам с симптоматическим стенозом сонных артерий, показывают, что частота рецидивов ТИА/инсульта составляет от 5% до 8% в течение 48 часов [6, 7], от 8% до 22% в течение 7 дней [7, 8] и от 11% до 25% в течение 2 недель [7, 9]. Реваскуляризация сонных артерий может значительно снизить этот риск.

В странах Западной Европы в среднем заболеваемость ТИА составляет 50 на 100 тыс. населения (для сравнения: заболеваемость инсультом в этих же странах – 240 на 100 тыс. населения). Каждый год 50000 американцев переносят ТИА, причем ТИА предшествуют развитию инсульта у каждого третьего больного инсультом. По данным литературы, соотношение ТИА вертебробазилярного и каротидного бассейнов составляет 4:1, в то время как при ишемических инсультах это соотношение меняется в пользу каротидного сосудистого бассейна и составляет 1:5.

Учитывая частоту рецидивов ТИА/инсульта в международных руководствах, рекомендуется как можно скорее проводить реваскуляризацию сонных артерий в срочном порядке у симптомных пациентов [10,11]. У пациентов с симптомами ишемии на каротидном бассейне со стенозом высокой степени выполнение оперативного вмешательства снижает риск серьезных неврологических осложнений [12].

Преимущество каротидной реваскуляризации в предотвращении инсульта значительно уменьшается после 2 недель после появления симптомов, в значительной степени потому, что риск повторных ишемических событий является самым высоким в этот ранний период. Через 4 недели у женщин и 12 недель у мужчин польза от операции у этих пациентов с симптомами не больше, чем от операции у бессимптомных пациентов, а в некоторых случаях операция может быть вредной [13]. Некоторые врачи ставят под сомнение более высокую частоту периоперационных осложнений у этих пациентов по сравнению с обычно называемыми «симптомными пациентами». Тем не менее, некоторые протоколы доказали свою эффективность в предотвращении повторного инсульта в опытных руках [14].

По данным литературы, у неврологически стабильных пациентов каротидная эндартерэктомия (КЭАЭ) доказала свою эффективность в снижении риска повторных событий с низким интраоперационным инсультом ставки. С другой стороны, основное беспокойство вызывает риск геморрагической трансформации или конверсии поражения головного мозга у пациентов с нестабильной неврологической симптоматикой. Нестабильные пациенты имеют более высокий хирургический риск в условиях неотложной помощи из-за высокой нестабильности каротидной бляшки и повторных инсультов головного мозга. В течение многих лет частота осложнений, выявленных в исследованиях с нестабильными пациентами, была самой высокой. В последнее время некоторые авторы продемонстрировали, что у нестабильных пациентов частота осложнений экстренной реваскуляризации вполне приемлема после строгого отбора пациентов и протокола ведения [15]. В настоящее время отсутствует консенсус в отношении того, могут ли нестабильные пациенты получить пользу от процедуры экстренной реваскуляризации каротидного бассейна.

Цель. Анализ результатов хирургического лечения больных с синдромом Такаясу, перенесших транзиторные ишемические атаки (ТИА).

Материал и методы. В Республиканском специализированном центре хирургической ангионеврологии (до 2017 года – в отделении хирургической ангионеврологии II клиники Ташкентской медицинской академии) с марта 2006 года по август 2023 года оперированы 4766 больных с хронической сосудисто-мозговой недостаточностью (ХСМН). Им выполнены 5633 каротидных реконструкции (у 867 больных поэтапно выполнены операции с обеих сторон).

В соответствии классификации А.В. Покровского (1979) асимптомное течение (I стадия ХСМН) заболевания наблюдалось у 253 (5,3%) больных, ТИА – у 497 (10,4%), дисциркуляторная энцефалопатия – у 1358 (28,5%), а 2658 (55,8%) больных ранее перенесли ишемический инсульт.

В данном материале нами проанализированы результаты обследования и лечения 497 (100%) больных, которые перенесли ТИА. Им выполнено 625 каротидных реконструкций (у 128 больных поэтапно выполнены операции с обеих сторон). В наше исследование ТИА, развившиеся в вертебробазилярном сосудистом бассейне, не вошли. Необходимо отметить, что у 148 (29,8%) больных в анамнезе имелся ранее перенесенный ишемический инсульт в каротидном бассейне.

Причиной ТИА в 325 (65,4%) случаях было атеросклеротическое поражение брахиоцефальных

артерий (БЦА). В то же время отмечена высокая частота патологической деформации (ПД) сонных артерий, наблюдавшаяся в 91 (18,3%) случае, а её сочетание со стенозом отмечено в 81 (16,3%) случае.

Из 497 больных, включенных в наше исследование, 331 (66,6%) были мужского, 166 (33,4%) – женского пола. Их возраст колебался от 46 до 77 лет, в среднем 57,4±6,9 года. По профессиональному признаку следует отметить преобладание работающих пациентов (56,9%) – служащие, рабочие, т.е. большинство больных были трудоспособного возраста.

Семейный сосудистый анамнез присутствовал у 447 (89,9%) поступивших больных. Характеризуя факторы риска, обусловившие развитие ТИА у обследованных, следует выделить артериальную гипертензию (наблюдалась у 92,2% пациентов), ишемическую болезнь сердца (69,6%), негативное влияние вредных привычек.

Диагностический алгоритм обследования включал в себя общепринятые лабораторные исследования; клиническое обследование больных с определением неврологического статуса; ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) БЦА с определением степени стеноза и скорости кровотока, характера и эмбологенности атеросклеротических бляшек (АСБ); транскраниальное дуплексное сканирование (ТКДС) с определением состояния коллатерального кровотока головного мозга и величины церебрального перфузионного резерва (ЦПР); эхокардиографию; офтальмоскопию; компьютерную томографию головного мозга, мультиспиральную компьютерно-томографическую ангиографию (МСКТА) или магнитно-резонансную ангиографию (МРА) экстра- и интракраниальных сосудов.

Для оценки неврологических симптомов мы учитывали показатели нарушения координации, чувствительности, а также нарушение зрения, шум в ушах и в голове, утомляемость, снижение работоспособности и памяти. У больных, ранее перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), оценивали объем движений, мышечную силу и темп движений по общепринятым стандартным методикам (адаптированная шкала MRC в баллах). При этом легкий гемипарез соответствовал 4–5 баллам, умеренный – 3–4 баллам, тяжелый – 0–2 баллам.

Для оценки риска раннего рецидива инсульта после ТИА нами была использована шкала ABCD2: A – Возраст >60 лет (1 балл); B – Артериальное давление >140/90 мм рт.ст. (1 балл); C – Расстройство речи без паралича (1 балл), паралич конечностей одной стороны тела (2 балла); D – Продолжительность жалоб: 10–59 минут (1 балл), ≥60 минут (2 балла); E – Сахарный диабет (1 балл). Набранные баллы суммируются для оценки. При оценке до 3 баллов существует риск повторной ТИА 1%, при 4–5 баллах 4,1% и при 6–7 баллах 8,1%.

При выборе метода реконструкции сонных артерий мы учитывали характер поражения, в частности, степень и протяженность окклюзирующего процесса и степень толерантности головного мозга.

Показаниями к выполнению реконструктивного вмешательства на сонных артериях при атеросклерозе для симптомных поражений (ТИА или после ОНМК) явились: все типы бляшек, суживающие просвет сосуда на 60% и более, осложненные изъязвленные бляшки со стенозом 50% и более. При ПД показаниями к оперативному лечению были: наличие неврологического дефицита – больные, перенесшие инсульты, ТИА, гемодинамически значимая ПД, которая определялась с помощью дуплексного исследования, ПД внутренней сонной артерии (ВСА) + все типы бляшек, суживающие просвет сосуда на 60% и более.

Результаты и обсуждение. Очаговые неврологические феномены, которые имели место у пациентов с ТИА, разделились на симптомы выпадения – парезы, гипестезии, нарушения речи, зрения, атаксии и симптомы раздражения – парестезии, подергивания, галлюцинации, фотопсии. У обследованных больных превалировали симптомы раздражения (62,4%) над дефицитарными неврологическими расстройствами.

Наиболее частым неврологическим синдромом ТИА каротидного бассейна были зрительные нарушения (транзиторная монокулярная слепота либо снижение зрения – «amavrosis fugas»), наблюдавшаяся в 59,8% случаях. Они, как правило, характеризовались снижением зрения или его полной утратой на стороне стенозированной сонной артерии, а также эпизодами внезапного ощущения «шторы» или «заслонки» перед глазами.

Наряду со зрительными расстройствами нередкими у наших больных были и двигательные в виде оптико-пирамидного синдрома, брахиофациального пареза, корковой дисфазии. Разнообразие клинических вариантов двигательных нарушений связано с преимущественной локализацией и диаметром поражения сосудистых бассейнов. Значительно реже ТИА протекали с пароксизмальными состояниями в виде кратковременных, продолжительностью несколько минут, фокальных клонических судорог в конечностях.

В наших наблюдениях ТИА развивались по нескольким механизмам, в зависимости от этиологического фактора: большинство ТИА развивались

по атеротромботическому механизму (59,7%); реже – эмболические ТИА, когда происходит отрыв тромба с поверхности изъязвленных, разрыхленных АСБ в области стенозирующих поражений артерий, с последующим забросом эмбола в церебральные артерии (артерио-артериальная эмболия), крайне реже – по механизму кардиоэмболии, т.е. кардиоэмболические ТИА, при котором происходит заброс эмбологенного материала из полостей и клапанного аппарата сердца в церебральные сосуды (2,8%); также встречались гемодинамические ТИА, вследствие резкого падения системного артериального давления при симптомных стенозах более 50% просвета экстра- и интракраниальных артерий, что приводит к развитию мозговой гипоперфузии.

Представляет интерес последовательность регрессирования очаговых неврологических нарушений и их продолжительность во времени у пациентов с каротидными ТИА. В более ранние сроки (1–3 часа) восстанавливалась речь, исчезали брахиофациальные парезы, общемозговые симптомы. К концу первых суток нивелировались сенсорные и вегетативные нарушения (через 18–24 ч.).

У обследованных больных, перенесших ТИА, неврологическая симптоматика регрессировала полностью абсолютно во всех случаях. Сроки ее исчезновения колебались во временном диапазоне следующим образом: в течение первого часа от развития ТИА неврологические нарушения исчезали только у 130 больных (26,2%), через 3 часа – у 165 (33,2%), через 6 часов – у 202 (40,6%), т.е. у большей части обследуемых неврологические симптомы удерживались до 6 часов.

Выполнены следующие виды оперативных вмешательств: классическая каротидная эндартерэктомия (КЭАЭ) – в 308 случаев, эверсионная КЭАЭ – в 119, протезирование ВСА – в 12, резекция ВСА с редрессацией и реимплантацией в старое устье – в 91, эверсионная КЭАЭ + резекция ВСА с редрессацией – в 81, резекция ВСА с анастомозом по типу «конец в конец» – в 5, резекция и перевязка ВСА + эндартерэктомия из общей сонной артерии (ОСА) и наружной сонной артерии (НСА) с наложением расширяющей заплаты – в 9.

Послеоперационный период протекал гладко у 474 (95,4%) больных. Осложненное течение раннего послеоперационного периода отмечено у 23 (4,6%) больных. Неврологические осложнения – повторный ТИА и ишемический инсульт наблюдались у 9 (1,8%) больных. Из них у 4 (0,8%) больных ишемический инсульт явился причиной летального исхода. У 5 (1,0%) больных отмечалось кровотечение из послеоперационной раны. Все они успешно повторно оперированы. У 4 (0,8%) больных выявлены последствия повреждения черепно-мозговых нервов. Острый инфаркт миокарда развился у 5 (1,0%) больных и явился причиной смерти у 2 (0,4%).

Следовательно, на 625 операций на сонных артериях частота периоперационных ОНМК составила 1,4%, а летальность – 0,6%. Общая послеоперационная летальность составила 1,0%. Необходимо отметить, что большинство указанных осложнений отмечено в начальный период работы отделения. С накоплением опыта количество осложнений и летальности значительно уменьшилось.

Заключение. ТИА – это неотложное состояние в ангионеврологической практике, требующее не только своевременной диагностики, но и ургентного адекватного лечения. Особенности клинического течения ТИА зависят от фактора риска, филогенетической неоднородности пораженных структур головного мозга, своевременности и адекватности проводимого лечения. Предикторами трансформации ТИА в ОНМК являются пожилой возраст, сочетание таких факторов риска, как артериальная гипертензия, кардиогенный фактор, сахарный диабет, длительность неврологической симптоматики более 1 часа и преимущественно каротидная локализация пострадавшего сосудистого бассейна. Выполнение реконструктивных операций на сонных артериях позволяет предупредить предстоящий ишемический инсульт, а также позволяет улучшить клиническое состояние больных с поражением сонных артерий. Реваскуляризация сонных артерий должна проводиться в течение первых нескольких дней после ТИА или малого инсульта и в течение 14 дней от начала ишемического события для пациентов, которые не были клинически стабильны в течение первых нескольких дней. Последовательность восстановления патологической неврологической симптоматики у пациентов с ТИА: раньше регрессируют симптомы раздражения и двигательные нарушения, а более стойкими оказываются изменения сенсорного анализатора.

Литература

1. World Stroke Organisation. Global Stroke Fact Sheet. Website. Available online: https://www.worldstroke.org/assets/downloads/WSO_Global_Stroke _Fact_Sheet.pdf. Accessed on: 16 Mar 2020.

2. Lovett J.K., Coull A.J., Rothwell P.M. Early risk of recurrence by subtype of ischemic stroke in population-based incidence studies. Neurology. 2004; 62(4):569-573.

3. Lepidi S., Markus H.S., McCabe D.J., Roy J., Sillesen H., van den Berg J.C., et al. Management of atherosclerotic carotid and vertebral artery disease: 2017 clinical practice guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). Eur J Vasc Endovasc Surg. 2017; 1/79: 1e79.

4. Amarenco P., Lavallee P.C., Labreuche J., Albers G.W., Bornstein N.M., Canhão P., et al. One-year risk of stroke after transient ischemic attack or minor stroke. J Vasc Surg. 2016; 374(16):1533-1542.

5. Olivot J.M., Wolford C., Castle J., Mlynash M., Schwartz N.E., Lansberg M.G., et al. Two aces: transient ischemic attack work-up as outpatient assessment of clinical evaluation and safety. Stroke. 2011; 42(7):1839-1843.

6. Bonifati D.M., Lorenzi A., Ermani M., Refatti F., Gremes E., Boninsegna C., et al. Carotid stenosis as predictor of stroke after transient ischemic attacks. J Neurol Sci 2011; 303(1-2):85-89.

7. Johansson E.P., Arnerlöv C., Wester P. Risk of recurrent stroke before carotid endarterectomy: the ANSYSCAP study. Int J Stroke. 2013; 8(4):220-227.

8. Dolmans L.S., Hoes A.W., Bartelink M.E.L., Koenen N.C.T., Kappelle L.J., Rutten F.H. Patient delay in TIA: a systematic review. J Neurol. 2019; 266:1051-1058.

9. Meyer D., Karreman E., Kopriva D. Factors associated with delay in carotid endarterectomy for patients with symptomatic severe internal carotid artery stenosis: a case-control study. CMAJ Open. 2018; 6:E211-217.

10. Wein T., Lindsay M.P., Côté R., Foley N., Berlingieri J., Bhogal S., et al. Canadian stroke best practice recommendations: secondary prevention of stroke, sixth edition practice guidelines, update 2017. Int J Stroke. 2018; 13:420-443.

11. Powers W.J., Rabinstein A.A., Ackerson T., Adeoye O.M., Bambakidis N.C., Becker K., et al. 2018 guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2018; 49:e46-110.

12. The Vascular Society of Great Britain and Ireland UK. Audit of vascular Surgical Services and carotid endarterectomy. Available at: http://www.vascularsociety.org.uk/news-and-press/2010/39-uk-auditof-vascular-surgical-services-and-carotid-endarterectomy.html.

13. Mihindu E., Mohammed A., Smith T., Brinster C., Sternbergh III W.C., Bazan H.A. Patients with moderate to severe strokes (NIHSS score >10) undergoing urgent carotid interventions within 48 hours have worse functional outcomes. J Vasc Surg. 2019; 69(5):1471-1481.

14. Capoccia L., Sbarigia E., Speziale F., Toni D., Fiorani P. Urgent carotid endarterectomy to prevent recurrence and improve neurologic outcome in mild-to-moderate acute neurologic events. J Vasc Surg. 2011; 53:622-627.

15. Leseche G., Alsac J.M., Castier Y., Fady F., Lavallee P.C., Mazighi M., et al. Carotid endarterectomy in the acute phase of crescendo cerebral transient ischemic attacks is safe and effective. J Vasc Surg. 2011; 53:637-642.

ТАКАЯСУ СИНДРОМИ МАВЖУД БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ДАВОМ ЭТУВЧИ ТРАНЗИТОР ИШЕМИК ХУРУЖЛАРНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ

Ш.И. Каримов, А.А. Юлбарисов, Х.К. Алиджанов, А.М. Ахматов, Р.Т. Муминов

Республика хирургик ангионеврология ихтисослаштирилган маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Мақсад. Транзитор ишемик хуружларни ўтказган Такаясу синдроми мавжуд беморларни хирургик даволаш натижаларини баҳолаш.

Беморлар. Ушбу тадқиқотда транзитор ишемик хуружларни ўтказган 497 нафар (100%) беморларнинг текширув ва даволаш натижалари таҳлил қилинган. Уларга 625 та каротид реконструкция амалиётлари бажарилган.

Натижалар. 474 нафар (95,4%) беморда амалиётдан кейинги кечим оддий кечган. Амалиётдан кейинги даврнинг асоратли кечиши 23 нафар (4,6%) беморларда кузатилган. Неврологик асоратлар – қайта транзитор ишемик хуружлар ва ишемик инсульт 9 нафар (1,8%) беморда кузатилган. Улардан 4 нафар (0,8%) беморда ишемик инсульт ўлимга сабаб бўлган.

Хулоса. Транзитор ишемик хуруж – бу ангионеврологик амалиётда шошилинч ҳолат бўлиб, нафақат эрта диагностика, балки шошилинч адекват даволашни ҳам талаб этади.

Калит сўзлар: *транзитор ишемик хуружлар, каротид эндартерэктомия, ишемик инсульт, сурункали бош мия қон айланиши етишмовчилиги.*

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

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

Юлбарисов Абдурасул Абдужалилович – доктор медицинских наук, заместитель директора Республиканского специализированного центра хирургической ангионеврологии.
E-mail: Angionevrology@mail.ru

Алиджанов Ходжиакбар Кашипович – доктор медицинских наук, заведующий отделением Республиканского специализированного центра хирургической ангионеврологии. ORCID: 0000-0003-1551-0874.
E-mail: Alidjanov@mail.ru

Ахматов Олимжон Мустапакулович – доктор медицинских наук, врач-невропатолог Республиканского специализированного центра хирургической ангионеврологии.

Муминов Рустам Тулкинбаевич – кандидат медицинских наук, врач-хирург Республиканского специализированного центра хирургической ангионеврологии.

Поступила в редакцию: 05.08.2023

INFORMATION ABOUT AUTHORS:

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

Yulbarisov Abdurasul Abduzhalilovich – DcS, Deputy Director of the Republican Specialized Center of Surgical Angioneurology.
E-mail: Angionevrology@mail.ru

Alijanov Khodjiakbar Kashipovich – DcS, Head of the Department of the Republican Specialized Center of Surgical Angioneurology. ORCID: 0000-0003-1551-0874.
E-mail: Alidjanov@mail.ru

Axmatov Alivjan Mustapakulovich – DcS, neurologist of the Republican Specialized Center of Surgical Angioneurology.

Muminov Rustam Tulkinbaevich – PhD, surgeon of the Republican Specialized Center of Surgical Angioneurology.

Received: 05.08.2023

АЗИМОВ АҲМАД АЗИМОВИЧ

(таваллудининг 70 йиллигига)

AZIMOV AHMAD AZIMOVICH

(to the 70th birthday)

2023 йил 1 октябрь куни мамлакатимизнинг таниқли устоз хирургларидан бири, олий тоифали шифокор, тиббиёт фанлари номзоди Азимов Аҳмад Азимович таваллудининг 70 йиллиги ва шифокорлик фаолиятининг 45 йиллиги нишонланди.

А. Азимов 1978 йили Тошкент давлат тиббиёт институтининг даволаш факультетини тугатгач, Навоий шаҳар шифохонасида хирургик фаолиятини бошлаган. 1980–1982 йилларда Навоий шаҳар шифохонасининг қабул бўлими бошлиғи лавозимида фаолият олиб борган. 1982–1984 йилларда Бутуниттифоқ хирургия илмий маркази (ҳозирда академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази)да клиник ординатурани ўтди ва етук хирург-мутахассис сифатида она шаҳри Навоийга қайтиб келиб, вилоят шифохонасининг хирургия бўлимида дастлаб шифокор-хирург, икки йилдан сўнг (1986 йили) хирургия бўлими бошлиғи лавозимларида ўзининг кенг қамровли ва самарали амалий фаолиятини давом эттирди.

Аҳмад Азимович 1997 йилда Навоий вилоятида биринчи бўлиб ўз даврининг янги замонавий технологияси бўлмиш лапароскопик холецистэктомия амалиётини кенг татбиқ қилди. 2000–2002 йилларда вилоят бош хирурги вазифасида самарали фаолият олиб борди ва ҳудуд аҳолисига кўрсатилаётган юқори технологик хирургик ёрдам даражасини ва қамровини сезиларли даражада кўтаришга эришди.

Аҳмад Азимович ўзининг шифокорлик фаолиятини илмий изланишлари билан уйғун равишда олиб бориб, 2010 йилда ошқозон резекциясидан кейин янги гастроэнтероанастомоз қўйиш усулини ишлаб чиқди ва JAP-04467-сонли патент муаллифи бўлди. 2012 йилда профессор Хаджибаев Абдуҳаким Мўминович илмий раҳбарлигида номзодлик диссертациясини муваффақиятли ҳимоя қилди.

Аҳмад Азимович 45 йиллик хирурглик фаолиятида 10 мингдан ортиқ хирургик операцияларни амалга ошириб, 10 минг оилага қувонч бағишлади. 2019–2020 йилларда янги коронавирус эпидемияси авж олган ўта мураккаб даврда Азимов Аҳмад Азимович вилоят бош хирурги вазифасида фаолият олиб борди, ҳудудда қўшимча ташкил қилинган ихтисослашган шифохоналарда хирургик хизматни йўлга қўйишда, вилоятдаги хирургия бўлимларида эпидемия тарқалишига қарши ўта ишончли ва самарали чораларни ишлаб чиқиб, амалга оширишда ўзининг мукаммал ташкилотчилик салоҳиятини, баркамол хирургик тажрибасини, ўта юқори масъулият ҳиссини намоён қилди. Ҳозирги кунда ҳам у РШТЁИМнинг Навоий филиалида хирургия бўлими мудири вазифасида самарали ишлаб, вилоятнинг кўплаб хирургларига устозлик қилиб келмоқда.

Ўзбекистон шошилинч тиббий ёрдам врачлари ассоциациясининг Бошқарув кенгаши, «Шошилинч тиббиёт ахборотномаси» журнали таҳририяти қадрли Аҳмад Азимовични муборак юбилей сана билан чин қалбдан қутлайди ва унга мустаҳкам сиҳат-саломатлик, узоқ умр, бахт-саодат, оиласига қут-барака ва хотиржамлик, ишларига ривож ва улкан зафарлар тилайди!

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

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

«Шошилинч тиббий ёрдамни ташкил қилишнинг долзарб муаммолари: ПОЛИТРАВМА ВА ЎТКИР ЮРАК-ҚОН ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИДА ЁРДАМ КЎРСАТИШ МАСАЛАЛАРИ»

XVIII Республика илмий-амалий анжумани

МАТЕРИАЛЛАРИ

2023 йил 12 октябрь
Бухоро ш.

МАТЕРИАЛЫ

XVIII Республиканской научно-практической конференции
«Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ ПОЛИТРАВМАХ И ОСТРОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ»
12 октября 2023 года
г. Бухара

ТАШКЕНТ – 2023

I. ПОЛИТРАВМА: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ, РАННЕМ ГОСПИТАЛЬНОМ И СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПАХ

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОЛИТРАВМАХ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

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

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В Республике Узбекистан оказание бесплатной экстренной медицинской помощи населению гарантировано государством и оказывается, главным образом, догоспитальными и госпитальными подразделениями Службы экстренной медицинской помощи (СЭМП). Головным учреждением СЭМП является Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП), в Республике Каракалпакстан и каждом областном центре функционируют региональные филиалы РНЦЭМП, на районном уровне – отделения экстренной медицинской помощи (Emergency Department) при районных/городских медицинских отделениях. В 2021 году согласно Постановлению Президента Республики Узбекистан № ПП-5198 «О мерах по дальнейшему повышению качества медицинской помощи, оказываемой населению» во всех регионах страны была начата организация новой структурной единицы в СЭМП – межрайонных центров политравмы и острых сердечно-сосудистых заболеваний.

Создаваемые межрайонные центры размещаются на базе расширенных районных субфилиалов РНЦЭМП, выбранных исходя из их локации, количества населения, близости автомобильных трасс и других факторов. Каждый из подобных центров охватывает до 1 млн населения 3–4 близлежащих районов, оснащается всем необходимым диагностическим (рентген, КТ, ангиограф) и лечебным оборудованием, а также квалифицированным персоналом, что позволяет оказывать в этих центрах специализированную помощь при основном перечне ургентных состояний. В результате радиус обслуживания указанных центров в среднем снизился с 80 км до 15 км, соответственно время доставки пациентов снизилось с 30–60 до 10–20 минут.

РНЦЭМП и его 13 областных филиалов имеют специализированные отделения и оснащены современным медицинским оборудованием, что обеспечивает им возможность оказания полного цикла специализированной помощи при политравмах и острых сердечно-сосудистых заболеваниях. При их приемно-диагностических отделениях круглосуточно функционируют операционно-шоковый блок для проведения всего перечня противошоковых мероприятий и основного перечня диагностических мероприятий (ЭКГ, УЗИ, рентген). В шаговой доступности к приемно-диагностическому отделению находятся отделение рентген-радиологии с кабинетами МСКТ и МРТ, отделение ангиографии, кабинет эндоскопии, клинико-диагностическая лаборатория. В этих учреждениях обеспечено круглосуточное дежурство специалистов разного профиля: анестезиолога-реаниматолога, общего хирурга, эндовидеохирурга, нейрохирурга, травматолога, сосудистого хирурга, микрохирурга, уролога, терапевта, гинеколога, челюстно-лицевого хирурга.

Организационная структура и оснащенность РНЦЭМП и его филиалов позволяют применить мультидисциплинарный подход при сочетанной травме, с первых минут поступления пациента одновременно с диагностическими мероприятиями проводить и лечебные процедуры, и хирургические вмешательства, включая МСКТ по протоколу всего туловища, весь основной перечень методов лучевой диагностики и эндовидеохирургические вмешательства. При выборе объема и очередности лечебных вмешательств учитывается выявленное доминирующее повреждение, при наличии показаний к хирургическим вмешательствам имеется возможность одновременного выполнения операций на различных анатомических зонах специалистами соответствующего профиля, по возможности широко используем возможности малоинвазивных хирургических технологий. Лечебно-диагностический процесс в условиях операционно-шокового блока приемно-диагностического отделения регулируется ответственным хирургом или реаниматологом противошокового зала.

Созданные в 2022–2023 гг. во всех регионах страны 39 межрайонных центров политравмы и острых сердечно-сосудистых заболеваний также призваны оказывать специализированную стационарную медицинскую помощь пострадавшим с политравмой и пациентам с острыми сердечно-сосудистыми заболеваниями. Создание этих центров во всех регионах страны позволило увеличить число учреждений, оказывающих специализированную помощь при этих ургентных состояниях, с 14 (РНЦЭМП и 13 его областных филиалов) до 53, значительно сократив тем самым средний радиус доставки пострадавших в травмоцентры 1-го и 2-го уровней с 300–500 км до 50–70 км.

В зависимости от числа населения, проживающего в прикрепленных территориях, коечный фонд межрайонных центров имеют 2 типа: 6 цен-

тров имеют по 60 коек (всего 360), в том числе 12 – реанимационных (всего 72); 33 центра – по 50 коек (всего 1650), в том числе 9 реанимационных (всего 297). Таким образом, общее число коек 39 вновь созданных межрайонных центров составляет 2010, из них реанимационных – 369 (18,4%).

Согласно совместному решению Министерства здравоохранения и Министерства финансов Республики Узбекистан № 26 и № 16-хх от 11 октября 2021 года было утверждено штатное расписание межрайонных центров политравмы и острых сердечно-сосудистых заболеваний, согласно которому организационная структура каждого центра состоит из приемно-диагностического отделения, стационарного блока и операционно-реанимационного блока.

При составлении штатного расписания центров было предусмотрено круглосуточное дежурство врачей-специалистов и медицинских сестер по 9 специальностям: по общей хирургии, детской хирургии, рентген/МСКТ-диагностике, нейрохирургии, кардиологии, педиатрии, неврологии, УЗД и травматологии-ортопедии (всего 9 круглосуточных постов). Кроме того, для каждого центра выделены по 2 штатных единицы для дневного поста и 11,5 единицы для 2 круглосуточных постов врачей анестезиологов-реаниматологов и по 2 единицы дневного поста медицинской медсестры-анестезистки. К каждому из перечисленных врачебных дежурных постов (кроме неврологии) были прикреплены по одному круглосуточному посту дежурной медицинской сестры (всего 8 постов). Кроме того, отдельно выделены 3 круглосуточных дежурных постов операционной медсестры, 3–4 круглосуточного поста медицинской сестры интенсивной терапии и 1 пост фельдшера-лаборанта. Выделены также 3 штатных единицы для дневного поста врача-лаборанта.

Общее число штатных единиц вновь созданных 39 межрайонных центров политравмы и острых сердечно-сосудистых заболеваний составляет 8249,25 единицы, в том числе врачебных – 2603,25 (31,6%), среднего медицинского персонала – 3437,25 (41,7%), младшего медицинского персонала – 2208,75 (26,8%).

Отдельным приказом Министерства здравоохранения Республики Узбекистан для вновь создаваемых межрайонных центров политравмы и острых ССЗ за период 2021–2022 гг. на бесплатной основе подготовлен 271 специалист по всем базовым врачебным специальностям, предусмотренными в штатном расписании центров. Кроме того, дополнительно подготовлены специалисты по таким узким специальностям, как интервенционная кардиология, эндохирургия, компьютерная томография, фиброэндоскопия, ангиохирургия, микрохирургия, экстракорпоральная детоксикация и комбустиология. На 2023 год запланирована подготовка еще 126 специалистов для межрайонных центров.

Для каждого межрайонного центра политравмы и острых сердечно-сосудистых заболеваний были закуплены современные лечебно-диагностические оборудования, включая УЗИ, МСКТ, видеоэндоскопы, эндовидеохирургическая техника, наркозно-дыхательные и ИВЛ аппараты, мониторы пациента и др.

На районном уровне экстренная медицинская помощь больным с политравмой и острыми сердечно-сосудистыми заболеваниями оказывается в экстренных приемных отделениях Emergency Department при РМО/ГМО. В каждом отделении Emergency Department круглосуточно функционируют экстренные дежурные посты врачей хирурга, травматолога-ортопеда, нейрохирурга, терапевта (кардиолога) и педиатра. Кроме того, для экстренных приемно-диагностических отделений (Emergency Department) больниц с числом коек более 300 и более 500 дополнительно выделены штаты для круглосуточных дежурных постов хирурга, детского хирурга, детского нейрохирурга, челюстно-лицевого хирурга, токсиколога, комбустиолога, анестезиолога-реаниматолога шоковой палаты (красной зоны), терапевта (кардиолога) диагностической палаты и невропатолога. Для крупных больниц дополнительно выделены также дневные штаты врачей уролога, гинеколога, детского невропатолога, педиатра диагностической палаты, отоларинголога взрослого и детского, а также взрослого и детского офтальмолога.

Таким образом, на сегодня в Республике Узбекистан создана трехуровневая система оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим с тяжелыми шокогенными травмами и острыми сердечно-сосудистыми заболеваниями. Организация во всех регионах страны разветвленной сети межрайонных центров политравмы и острых сердечно-сосудистых заболеваний позволила территориально приблизить специализированную медицинскую помощь для населения и расширить ее доступность при основном перечне жезнеугрожающих ургентных состояниях.

ПЕРВИЧНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА КАК ЭТАП РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ МЕДИАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ГРУППЫ ПАЦИЕНТОВ

Б.У. Абдурахманов[1], Э.Ю. Валиев[2], Ф.Х. Мирджалилов[2], Ш.Р. Шукуров[2]

[1]Ферганский филиал РНЦЭМП
[2]Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Введение. В настоящее время с увеличением продолжительности жизни и старения населения медиальные переломы шейки бедренной кости у

гериатрической группы пациентов становятся всё более распространенными и вызывают серьезные проблемы в области здравоохранения. Эти переломы часто требуют хирургического вмешательства и специализированной реабилитации для восстановления функции тазобедренного сустава и обеспечения полноценной жизни пожилым пациентам. В последние десятилетия первичное эндопротезирование тазобедренного сустава получило всё большее признание как эффективный метод ранней реабилитации для гериатрической группы пациентов с медиальными переломами шейки бедренной кости. Этот подход предлагает раннюю операцию замены сустава с использованием эндопротезов, что позволяет быстро восстановить функцию тазобедренного сустава и улучшить качество жизни пациентов.

Цель. Оптимизировать лечение медиальных переломов шейки бедра у гериатрической группы пациентов методом эндопротезирования на этапе первичной госпитализации.

Материалы и методы. С 2018 по 2021 г. в РНЦЭМП г. Ферганы находилось на лечении 320 пациентов пожилого и старческого возраста с медиальными переломами шейки бедренной кости – 188 (58,75%) женщин и 132 (41,25%) мужчины. Возраст больных варьировал от 55 до 102 лет (в среднем 78,5 года). Более чем у 95% больных была низкоэнергетическая травма на фоне системного остеопороза/остеопении. По методу лечения пациенты были распределены на 3 группы. В 1 группе первичное эндопротезирование тазобедренного сустава было выполнено у 24 (7,5%) пациентов: тотальное (Zimmer, DePuy, Zemmed, Gruppo Bioimpianti) цементное у 8 (33,3%) и бесцементное эндопротезирование у 16 (66,7%) пациентов. Средние сроки госпитализации составили 17,4 дня. Во 2 группе остеосинтез выполнен у 48 (15%) больных: системой PFN– у 4 (8,3%) пациентов, остеосинтез пластиной АО – у 15 (31,3%), БИОС – у 1 (2,1%), пучком спиц – у 28 (58,3%) пациентов. Средние сроки госпитализации составили 12,5 дня. В 3 группе у 248 (77,5%) пациентов в связи с противопоказаниями к оперативному лечению проведено консервативное лечение. Средние сроки госпитализации составили 6,3 дня. Все оперативные вмешательства были выполнены: под местной анестезией – 22, под спинальной анестезией – 26, под общей анестезией – 24; с последующим интенсивным лечением в течение суток в отделении реанимации и в профильном отделении до выписки, где продолжалась стандартная терапия: антикоагулянты, эластическая компрессия конечностей, НПВС, анальгетики, антибиотики, а также препараты для коррекции сопутствующей патологии, комплекс раннего восстановительного лечения. Через трое суток проводилась вертикализация пациента у кровати с опорой на оперированную конечность и передвижение под контролем методиста ЛФК. Послеоперационные швы удаляли на 12–14-е сутки. К этому времени пациенты самостоятельно передвигались с помощью дополнительной опоры («ходунки», костыли).

Результаты. При подготовке пожилого пациента к эндопротезированию факторами, важными для учета, являются общее физическое состояние, уровень физической активности до получения травмы, прогнозируемая продолжительность жизни и возможное ухудшение компенсации сопутствующего заболевания. При принятии решения о выборе между бесцементным и цементным вариантами эндопротезирования мы учитывали степень остеопороза, уровень физической активности и наличие сопутствующих заболеваний. Однако в процессе лечения были зарегистрированы следующие осложнения во время операции и в послеоперационном периоде: в 1 группе в послеоперационном периоде – вывих бедра у 4 (16,6%) пациентов старческого возраста, что связано с форсированным расширением двигательного режима. Инфекционные осложнения в раннем периоде – у 1 (4,1%), что потребовало выполнение санирующей операции с положительным результатом. Летальный исход – у 2 (8,3%) пациентов; через 1–12 дней после эндопротезирования: ТЭЛА-1; инфаркт миокарда-1. Отдаленные результаты после эндопротезирования у 24 (7,5%) пациентов оценивались по шкале Харриса в сроки от 1 до 3 лет. При анализе результатов отличный результат (более 90 баллов) получен у 17 (70.8%), хороший (89–80 баллов) – у 2 (8,3%) пациентов, удовлетворительный (79–70 баллов) – у 5 (20,8%) пациентов. Во 2 группе (остеосинтез) результаты отслежены у 18 (37,5%) пациентов в сроки от 1 до 2 лет. Отличные и хорошие результаты получены только у 11 (61,1%) – достигнута хорошая консолидация и функция. Следует отметить, что в основном это были пациенты до 68 лет, после миниинвазивного остеосинтеза. У 7 (38,9%) были отмечены осложнения, связанные с миграцией конструкции, вторичным смещением отломков, формированием ложного сустава, асептическим некрозом головки и шейки, вторичным коксартрозом. Части из них в последующем было выполнено оперативное вмешательство в один этап: удаление металлоконструкций, тотальное цементное эндопротезирование ТБС с хорошим результатом. В 3 группе (консервативное лечение – 248 пациента) в стационаре смертей не было зафиксировано. Интерактивный опрос знакомых и родственников у 48 (19,3%) пациентов из 3 группы показал, что более 7 (14,5%) скончались через 1–6 месяцев по причине острой сердечно-сосудистой или полиорганной недостаточности, ТЕЛА. Еще 15 (31,2%) ведут малоподвижный образ жизни: в эндопротезировании ТБС им было отказано ввиду высокого риска неблагоприятного исхода. Судьба остальных пациентов неизвестна. Одной из главных особенностей рассматриваемого контингента больных является

полиморбидность. У всех 320 больных с медиальными переломами шейки бедра имелся неблагоприятный коморбидный фон: сердечно-сосудистая недостаточность ~ 70%, дыхательная недостаточность ~ 15%, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки ~ 10%, диабет ~ 40%, явления энцефалопатии смешанного генеза ~ 60% и др.

Выводы:

1. На этапе первичной госпитализации эндопротезирование тазобедренного сустава (ТБС) является предпочтительным методом лечения медиальных переломов шейки бедренной кости у пациентов пожилого возраста.

2. Абсолютными показаниями для эндопротезирования являются переломы: эпифизарные – проксимальнее бывшей зоны роста; субэпифизарные – линия перелома проходит дистальнее бывшей зоны роста; субкапитальные – линия перелома проходит дистальнее зоны вхождения в головку бедра питающих сосудов.

3. Относительными показаниями для эндопротезирования являются трансцервикальные и базальные переломы, с учетом индивидуальных особенностей пожилого пациента. Конкурирующий метод лечения – остеосинтез с минимальной инвазией.

4. Оптимальные сроки для проведения эндопротезирования – 1–3–5 суток после перелома, что связано с еще достаточной компенсацией сопутствующих заболеваний.

5. Предпочтительнее выполнять тотальное цементное эндопротезирование.

6. Исходя из полученных результатов, считаем, что первичное эндопротезирование при медиальных переломах шейки бедра является одним из самых эффективных методов лечения.

ПОКАЗАНИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГАММА-СТЕРЖНЕМ ПРИ ЧРЕЗ- И ПОДВЕРТЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Б.У. Абдурахманов, Э.Ю. Валиев

Ферганский филиал РНЦЭМП Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Введение. Учитывая существенные инновационные успехи в медицине, в частности в травматологии и ортопедии, остеосинтез гамма-стержнем при переломах проксимального отдела бедренной кости становится рутинной процедурой. В лечении данных разновидностей переломов бедренной кости широко начал применяться интрамедуллярный остеосинтез гамма-стержнем. При этом возраст и соматическое состояние пациента крайне редко являются препятствием к оперативному лечению. Сложная ситуация в плане выбора тактики хирургического лечения возникает в случае сочетания чрез- и/или подвертельного перелома бедренной кости. Из-за ограниченных возможностей закрытой репозиции проведение интрамедуллярного остеосинтеза также затруднено. Выполнение эндопротезирования требует применения неинвазивных доступов и имплантатов. Соответственно усугубляется травматичность операции и возрастает риск ранней нестабильности. К тому же пожилых пациентов с отягощенным соматическим анамнезом травматичная операция может привести к летальному исходу.

Цель исследования. Оптимизация тактики хирургического лечения пострадавших с чрез- и подвертельными переломами бедренной кости и отягощенным соматическим анамнезом.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 133 пациентов РНЦЭМПФФ (2021 г.) с переломами проксимального отдела бедренной кости и хирургического лечения 56 пациентов из них. В зависимости от характера перелома, возраста и соматического статуса пациента применялись операции: тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава – 15, остеосинтез проксимальным бедренным штифтом (Gamma) – 10, блокирующим интрамедуллярным штифтом – 7, блокирующими пластинками АО и спонгиозными винтами – 22, др. – 2. Средний возраст в группе пострадавших с переломом проксимального отдела бедренной кости – 63 года. Пациенты обследованы клиническими, лабораторными и лучевыми методами. Срок наблюдения – 12 месяцев.

Результаты и обсуждение. Летальность в ближайшем послеоперационном периоде в первой группе – 6,6% (1 чел.), во второй группе – 0%, в третьей группе – 14,2% (1 чел.), в четвертой группе – 4,5% (1 чел.), в пятой группе – 50% (1 чел.). В группе пострадавших с чрез- и подвертельными переломами наблюдается выраженный болевой синдром, ограничение подвижности в больном суставе, трудность перевода в положение сидя, особенности ухода и т.п. С учетом вышеперечисленных обстоятельств данным пациентам выполнен остеосинтез гамма-стержнем (10 человек, 11 операций). Из них 1 поступил с миграцией металлоконструкций и вторичным смещением отломков через 8 недель после остеосинтеза. Пострадавшему выполнена операция эндопротезирования. При чрезвертельных переломах применялись стандартные ножки, при подвертельных – удлиненные ножки. При проведении остеосинтеза гамма-стержнем общая кровопотеря в среднем составила 150 мл. Средняя длительность стационарного лечения в этой подгруппе пациентов составила 12,6 дня, срок вертикализации – 3,2 дня, начало ходьбы по коридору стационара – 6 дней. Выраженный болевой синдром после остеосинтеза гамма-стержнем отмечен в одном случае.

Заключение. Остеосинтез гамма-стержнем проксимального отдела бедренной кости является методом выбора у пожилых пациентов с чрез- и подвертельными переломами бедренной кости.

ҚЎШМА БОШ МИЯ ЖАРОҲАТЛАРИДА ГОСПИТАЛГАЧА БЎЛГАН БОСҚИЧДА ДАВОЛАШ-ДИАГНОСТИК ТАДБИРЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Абдусаматов Д. М.

Ўзбекистон Республикаси Қуролли кучлари Ҳарбий тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Замонавий жароҳатлар шикастланишлар оғирлигининг сезиларли даражада ошиши билан тавсифланади, уларнинг аксарияти кўплаб қўшма ва баъзан комбинирланган характерга эга бўлиб, организмнинг ҳаётий муҳим фаолиятларини сезиларли даражада бузилиши, ташхис қўйиш қийинлиги ва даволашнинг мураккаблиги билан тавсифланади. Қўшма бош мия жароҳатлари 50–70 % гача ҳолатларда қайд этилиб, якка жароҳатларга кўра даво натижалари салбий ва 12–69 % гача ўлим билан якунланади.

Мақсад. ЎР МВ даволаш-профилактик муассасаларига қабул қилинган қўшма жароҳатлар ва политравмадан жабрланганларни ретроспектив таҳлил қилиш.

Материаллар ва усуллар. ЎР МВ даволаш-профилактик муассасаларида 2013 йилдан 2021 йилгача жами 151 нафар қўшма жароҳат билан ётқизилган беморларнинг касаллик тарихлари ретроспектив ўрганилди ва таҳлил қилинди.

Оғир қўшма жароҳатлар билан қабул қилинганларнинг аксарияти эркаклар – 146 нафар (96,6%) ва аёллар – 5 нафар (3,4%)ни ташкил этган. Жабрланганларнинг ўртача ёш кўрсаткичи 30±0,2 ни ташкил этган.

Политравмаларнинг клиник-анатомик таснифига асосан, танадаги асосий шикастланиш жойлашуви қуйидагича кўринишга эга бўлди:

I гуруҳ – қўшма бош мия жароҳатлари – 42 нафар (27,8%); II гуруҳ – орқа мия қўшма жароҳатлари – 15 нафар (9,9%); III гуруҳ – кўкрак қўшма жароҳатлари – 11 нафар (7,3%); IV гуруҳ – қорин ва қорин орти бўшлиғи қўшма жароҳатлари – 8 нафар (5,4%); V гуруҳ – суяк-таянч тизими қўшма жароҳатлари – 29 нафар (19,2%); VI гуруҳ – икки ва ундан ортиқ оғир етакчи шикастланишли қўшма жароҳатлар – 6 нафар (6,6%); VII гуруҳ – оғир шикастларсиз қўшма жароҳатлар – 36 нафар (23,8%).

Шикастланиш сабаблари орасида йўл-транспорт жароҳатлари устунлик қилди – 88 нафар (58,3%), 38 нафар (25,2%) жабрланганларда кататравма (баландликдан йиқилиш), қолган 25 нафарида (16,5%) бошқа турдаги жароҳатлар қайд этилган. Даволаш муассасаларига қабул қилинганда жабрланганларда ҳаёт учун оғир ва ўта оғир хавфли ҳолатлар (ISS – 16–25 балл ва ундан юқори) 99 нафар (65,5%) жабрланганларда қайд этилган.

Натижалар ва муҳокама.

151 та клиник материалларни таҳлил қилишда қўшма бош мия жароҳатлари 42 нафар (27,8 %) беморларда қайд этилиб, қолган барча гуруҳлардан устунлик қилди.

Қўшма бош мия жароҳатлари билан қабул қилинган жабрланганларда миянинг оғир даражадаги лат ейиши 38% да, ўрта даражадаги лат ейиши билан 33% да ва енгил даражадаги лат ейиши билан 29% да қайд этилган.

Мия ичи қон қуйилишлари 26% ҳолатларда, эпидурал қон қуйилишлари 9,5% ҳолатларда ҳамда субдурал қон қуйилишлари 7,1% ҳолатларда қайд этилган.

Юз скелети суякларининг кўплаб синишлари 28,5% ҳолатларда қайд этилган.

Бош миянинг босилиши 9,5% ҳолатларда қайд этилган.

Статистик маълумотларга таянган ҳолда қўшма бош мия жароҳатларининг 32,9% ҳолатлари ўлим билан якунланади (Клинический протокол оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим с политравмой (догоспитальный и госпитальный этапы). Мет. рек. /А.М. Хаджибаев и др./ 2022. – С. 96). Қўшма бош мия жароҳатларида диагностик-даволаш тадбирларини шошилинч равишда ташкиллаштириш муҳимлигини инобатга олган ҳолда шикастланишнинг дастлабки дақиқалари ва соатларида аниқ ташхис қўйиш қийинчилик туғдиради. Қўшма бош мия жароҳатларида госпиталгача бўлган босқич тиббиёт ходимларининг бирламчи вазифаси бўлиб, ҳаётга хавф солувчи синдромларни аниқлаш ва бартараф қилишдан иборат. Ташқи нафас бузилишлари, жумладан қон ва қусуқ массалари билан аспирация, бош жароҳатларидан қон кетиши ва баъзан бош мия ўзагининг, орқа миянинг, умуртқа поғонаси бўйин қисмининг бевосита шикастланиши билан юзага келувчи гипотензия шошилинч аралашувни талаб этади. Бўйин соҳасини Шанц ёқаси билан иммобилизация қилиш, оғиз бўшлиғини қон ва қусуқ массасидан тозалаш, Селлик усулидан фойдаланиб интубация қилиш, бош жароҳатларида ташқи қон кетишни тўхтатиш ҳамда жабрланганларни қисқа вақт ичида ихтисослаштирилган тиббий ёрдам босқичига етказиш даволаш-эвакуация тадбирларининг асосини ташкил этади.

Хулоса. Госпиталгача бўлган босқичда тиббий таъминотни сифатли ташкиллаштириш мақсадида биринчи ёрдам босқичида шахсий таркибнинг индивидуал тиббий жамланмаси таркибига назофарингеал ҳаво найи ва сиқиб турувчи эластик боғлов воситаси (бандаж) киритилди.

Шифокоргача бўлган босқичда эса фельдшер тиббий сумкаси таркибига қўшма бош мия жа-

роҳатларида умуртқанинг бўйин қисмини иммобилизация қилишда асосий тиббий восита бўлган «Шанц» ёқаси, нафас бериш трубкаси, назофарингеал ҳаво найи, сиқиб турувчи эластик боғлов воситаси (бандаж), қон кетишда қўллаш учун маҳаллий восита (Элларга ёки унинг аналоглари), юқори нафас йўллари ўтказувчанлигини тиклаш мақсадида коникотомия учун тўплам ҳамда қўшма бош мия жароҳатларида инфузион терапиянинг асосий компонентларидан бўлган 40% – 10 мл глюкоза эритмаси киритилди.

НАШ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АППАРАТА ИЛИЗАРОВА В РАЗНЫХ ЕГО КОМПОНОВКАХ ПРИ СОЧЕТАННЫХ И МНОЖЕСТВЕННЫХ ТРАВМАХ

Л.А. Амонов[1], И.Ю. Ходжанов[2], Ф.М. Махсудов[1], Н.О. Сувонов[1]

[1]Навоийский филиал РНЦЭМП
[2]ГУ «РСНПМЦТО» Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

Несмотря на совершенствование методов диагностики и лечения сочетанных и множественных повреждений, показатели смертности и инвалидности от этих травм остаются высокими. Среди множеств повреждений переломы трубчатых костей занимают одно из ведущих мест в структуре травматизма в наши дни. По данным разных авторов, их удельный вес колеблется от 16,7% до 49,8% среди всех травм опорно-двигательного аппарата. При этом открытые переломы верифицируются в 10–18% наблюдений переломов длинных костей конечностей. Традиционная тактика немедленного ушивания поврежденных паренхиматозных органов (печени, селезенки и т.д.), восстановления целостности полых органов (мочевого пузыря, кишечника и т.д.) с одномоментным окончательным остеосинтезом костных фрагментов переломанных костей казалось бы естественной, однако это может привести к фатальному исходу из-за чрезмерности первичной «лечебной» помощи пострадавшему (ETC – early total care), может завершиться тяжелейшим травматическим шоком и серьезными послеоперационными гемодинамическими и регенеративными нарушениями.

Поэтому многие коллеги придерживаются тактики постепенного оказания помощи – Damage control, при котором последующие этапы хирургического лечения, в частности демонтаж аппарата и внутренний остеосинтез, осуществляют по мере стабилизации общего состояния пострадавшего.

Для получения хороших результатов и профилактики риска осложнений при лечении пациентов с политравмой значимым для временного остеосинтеза является выбор конфигурации и характера компоновки аппарата Илизарова.

Логично предположить преимущества жесткой фиксации отломков двухкольцевым аппаратом по сравнению с многокольцевым, однако значение выбора конфигурации аппарата и его влияние на риск возникновения осложнений недостаточно изучены, что требует более детального внимания к этой проблеме.

Цель. В этой связи мы исследовали влияние различных видов конфигурации компрессионно-дистракционного аппарата на риск возникновения осложнений и результаты лечения в ближайшем послеоперационном периоде.

Материал и методы. Анализ результатов лечения 43 пациентов с переломами длинных костей при политравме, которые находились в Навоийском филиале РНЦЭМП, за период с 2017 по 2022 года – 11 (25,6 %) женщин и 32 (74,4 %) мужчин. Возраст пациентов варьировал от 18 до 65 лет. В зависимости от вида лечения все больные разделены на две группы. В первую группу были включены 22 (51,2 %) пациента, у которых фиксация отломков осуществлена аппаратом наружной фиксации Илизарова в разных её компоновках (двухкольцевой и многокольцевой), во вторую группу отнесли 21 (48,8 %) пациента, фиксация отломков осуществлена традиционными методами временной фиксации (гипсовая иммобилизация и скелетное вытяжение).

Результаты. При анализе распространенности ранних осложнений у пациентов 2-й группы осложнения достоверно выделены у 3 пациентов (7%) в зависимости от вида фиксации поврежденного сегмента с использованием различных способов функциональной фиксации (гипсовая иммобилизация, скелетное вытяжение). При применении гипса и скелетного вытяжения на первом этапе лечения значительно возрастал риск развития ранних осложнений: гипостатическая пневмония – у 1 (2,3%), жировая эмболия – у 1 (2,3%), ТЭЛА – у 1 (2,3%), что свидетельствовало о сложности ухода за больным и недостаточной фиксации. При использовании аппаратов наружной фиксации ранних осложнений мы не наблюдали.

Заключение. Проведенное исследование подтвердило, что использование на первом этапе лечения аппаратом Илизарова для стабильной фиксации во временном остеосинтезе и после перемонтажа позволяет у этой части больных добиться положительных результатов.

СОН СУЯГИ СИНИШЛАРИДА БИОС МИНИИНВАЗИВ УСУЛЛАР БИЛАН ДАВОЛАШНИ ҚЎЛЛАШ

А.Б. Баратов, Ж.Т. Ярлакабов, М.Б. Рахматов, Ё.О. Камолов, Ж.А. Баратов, Х.У. Юсупов, Д.Т. Хонкелдиев

РШТЁИМ Жиззах филиали

Материал ва усуллар. РШТЁИМ Жиззах филиали травматология бўлимида 2019–2022 йиллар мобайнида 87 нафар беморда сон суяги синиши билан

БИОС (блокланувчи интрамедулляр остеосинтез) усулида оператив даво ўтказилди. Шундан эркаклар – 63 (72,4%), аёллар – 24 (41,3%), антеград усулда – 76 (33%), ретроград усулда – 9 (6,6%)ни ташкил этди. Операциялар ЭОП (электрон-оптик ускуна) ёрдамида ўтказилди. Барча операциялар умумий интубацион оғриқсизлантириш таъсири остида бажарилди. Операциялар асосан ёпиқ усулда бажарилди. Операцияларда ChM (Польша) фирмасининг стержени ва винтлари қўлланилди.

Натижалар. Операциядан кейинги даврда 5 та беморда сон суяги парчаланиб синганлиги учун гипсли иммобилизация қилинди. Қолган 82 та беморда актив ҳаракатлар 3–4 суткадан бошланди. Беморларга кичик юкламалар билан юришга 5–6 суткада, тўлиқ юкламалар билан юришга 30–35 кундан кейин рухсат берилди. Операциядан кейинги эрта даврларда юмшоқ тўқималарда яллиғланиш белгилари кузатилмади, 4 та ҳолатда сон суяги синишларда суст консолидация аниқланди ва бу стержень динамизацияси билан бартараф қилинди, 3 та ҳолатда винт миграцияси кузатилди, 85 та беморда БИОС усулида сон суяги асоратсиз тўлиқ битди, 2 та беморда сон суяги парчаланиб синишида винт миграцияси оқибатида қайта оператив даво ўтказилди.

Хулоса. Сон суяги диафизар синишларида миниинвазив остеосинтез усули, яъни БИОСни қўллаш энг самарадор усул эканлиги кузатилди. БИОС усулида даволашда юмшоқ тўқималар травматизацияси минимал даражада бўлади. Синиқ зонаси ёпиқ усулда остеосинтез қилинганлиги учун синган суякнинг қон билан таъминланиши бузилмайди ва бу суяк битишини тезлаштиради. БИОС қўлланилганда ташқи иммобилизация шарт бўлмайди. Бемор эрта реабилитация қилинганлиги учун бўғимларда контрактура кузатилмайди.

ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

А.В. Бондаренко, М.Н. Талашкевич, И.В. Круглыхин

Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи, г. Барнаул, Россия

Введение. Лечение переломов вертлужной впадины остается одной из острых проблем неотложной травматологии. В отличие от повреждений тазового кольца такие переломы не несут угрозу жизни, но в дальнейшем служат причиной тяжелой патологии тазобедренного сустава. Являясь следствием высокоэнергетической травмы, они часто сопровождаются повреждениями, лечение которых приоритетно по экстренным показаниям: переломами тазового кольца, длинных трубчатых костей, спинальной, черепно-мозговой, висцеральной травмой. По этим причинам оперативное лечение вертлужной впадины откладывается на сроки до 2–3 недель после травмы, что значительно снижает шансы на хорошие результаты. Ретракция мышц, фиброзные и периостальные разрастания, локальные расстройства гемодинамики, развившиеся осложнения затрудняют выполнение операции и ухудшают прогноз. Однако в большинстве случаев обойтись без операции нельзя, особенно при переломах задней стенки, как наиболее многочисленных, оскольчатый характер которых, наличие сопутствующей дислокации головки бедра, нестабильности в тазобедренном суставе требуют точной репозиции и надежной фиксации.

Цель исследования. Выяснить частоту, характер повреждений задней стенки вертлужной впадины, оценить госпитальную летальность, число осложнений и анатомо-функциональные результаты при консервативном и оперативном лечении.

Материал и методы. С 2011 по 2020 г. пролечено 386 пациентов с переломами вертлужной впадины. Мужчин было 282 (73,1%), женщин – 104 (26,9%). Возраст пациентов варьировал от 4 до 85 лет (медиана – 39 лет, интерквартильный размах – от 29 до 52 лет). Неработающих лиц – 161 (41,8%), работающих – 151 (39,1%), пенсионеров – 50 (12,9%), учащихся и студентов – 22 (5,7%), дошкольников – 2 (0,5%). Причинами травм служили: дорожно-транспортные происшествия – 272 (70,4%), падения с высоты – 94 (24,4%), сдавление таза – 16 (4,1%), прочее – 4 (1,1%).

При оценке переломов вертлужной впадины использовали классификацию R. Judet и E. Letournel'я. Переломы простых (элементарных) типов встречались у 220 (57,0%) пациентов, комбинированных – у 166 (43,0%), переломы вертлужной впадины, ассоциированные с повреждениями тазового кольца – у 76 (19,7%). Закрытые переломы наблюдались у 381 (98,7%), открытые – у 5 (1,3%). Из открытых переломов у 2 были переломы обеих колонн вертлужной впадины, ассоциированные с повреждениями тазового кольца и мочевыводящих путей, у 2 – Т-образные переломы вертлужной впадины с ранением прямой кишки, еще у одного – открытое повреждение Pipkin IV.

Переломы задней стенки без смещения отломков отмечены у 34 (24,8%) пациентов, задней стенки со смещением, но без дислокации головки бедра – у 35 (25,6%), со смещением и вывихом бедра – у 68 (49,6%), из них у 63 (46,9%) вывих устранили закрыто, у 5 (3,7%) вывих вправить не удалось. После вправления вывиха 64 (46,2%) пациентам наложено скелетное вытяжение, 4 (2,9%) – аппараты наружной фиксации (АНФ). При отсутствии вывиха у 36 (26,3%) пациентов на предварительном этапе для иммобилизации использовали положение по Волковичу, в 15 (10,1%) – скелетное вытяжение.

Окончательными методами лечения у 59 (43,6%) пациентов при переломах задней стенки без смеще-

ния являлись консервативные методы: положение по Волковичу – у 25 (18,8%), скелетное вытяжение – у 34 (24,8%). У 78 (54%) выполнена оперативная реконструкция вертлужной впадины на профильном клиническом этапе.

Результаты и обсуждение. Локальные осложнения отмечены у 8 (5,8%) пациентов, из них у 2 – инфекционные и у 6 – неинфекционные. Отдаленные анатомо-функциональные результаты отслежены у 88 пациентов в сроки от 3 до 10 лет, из них 32 (36,3%) пациента лечились консервативно, 56 (63,7%) – оперативно. В большинстве случаев преобладали хорошие и удовлетворительные результаты – 86,4%. Последними считали проявления у пациентов дегенеративного артроза с умеренным болевым синдромом при физических нагрузках и ограничение движений в тазобедренном суставе, не препятствующее ходьбе. У 12 пациентов с неудовлетворительными результатами выполнено эндопротезирование пораженного сустава в сроки до 7 лет после травмы, у 9 из них были тяжелые комбинированные переломы задней стенки, у 3 – простые. Статистическая значимость в отдаленных результатах у пациентов, леченных консервативно и оперативно – отсутствует (p>0,5). Однако, так как консервативному лечению подвергались пациенты с переломами вертлужной впадины без смещения отломков, а оперативному – с наиболее тяжелыми повреждения со смещением отломков и вывихом бедра, можно уверенно утверждать то, что оперативное лечение позволяет получить более приемлемые результаты и уменьшить риск развития дегенеративного артроза поврежденного сустава в большинстве случаев.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ

И.Н. Бондаренко, О.А. Герасимова, И.А. Плотников, Р.Г. Гусейнов

КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи», Барнаул, Россия

Рост травм от высокоэнергетических воздействий привел к появлению большого числа пациентов с несколькими тяжелыми повреждениями различных органов и систем организма. Такие повреждения называются политравмами (ПТ). Под термином «политравма» понимается повреждение одним или более механическим травмирующим агентом двух и более из шести анатомических областей тела человека, одно из которых обязательно является опасным для жизни и оценивается по шкале AIS в 4 балла, либо общая тяжесть травм по шкале ISS составляет 17 и более баллов.

Тяжесть состояния, сложности при оказании помощи, частое развитие сопутствующих осложнений у пострадавших с ПТ требуют длительного специализированного лечения, включающего в себя стационарный этап и период амбулаторного наблюдения с обязательной медицинской реабилитацией.

Ряд мероприятий по улучшению организации помощи пострадавшим с ПТ, проведенных в последние годы, позволил значительно улучшить результаты лечения пациентов на догоспитальном и госпитальном этапах. Однако, несмотря на это, отдаленные результаты лечения ПТ остаются неутешительными. Многие вопросы амбулаторного наблюдения, восстановительного лечения и медицинской реабилитации окончательно не решены, особенно при повреждениях опорно-двигательной системы (ОДС).

Отсутствие отлаженной системы восстановительного лечения и медицинской реабилитации, нужных специалистов, необходимого оснащения в большинстве лечебных учреждений амбулаторного звена отражается на результатах лечения пациентов. Следствием этого является увеличение общей продолжительности лечения, ухудшение функциональных и анатомических результатов, рост инвалидности, достигающей, по данным разных исследователей, от 20 до 80%.

Большинство используемых в настоящее время схем восстановительного лечения и медицинской реабилитации при травмах ОДС разработано с учетом применения в той или иной мере внешней иммобилизации (гипсовые повязки, аппараты наружной фиксации) и основано на средних ориентировочных сроках сращения переломов, в то время как в последние годы во многих лечебных учреждениях России при лечении переломов всё большее и большее место занимают современные малоинвазивные методы внутренней фиксации или остеосинтеза (МІО). В отличие от традиционных внешняя иммобилизация при них вообще не используется, а имплантат играет роль внутреннего протеза кости во время процесса консолидации. Это существенно сокращает сроки реабилитации, практически исключая иммобилизационный период и значительно уменьшая продолжительность постиммобилизационного периода лечения.

Кроме того, до настоящего времени не разработаны стандарты лечения пациентов с ПТ, не определено взаимодействие структурных подразделений, оказывающих помощь (травмоцентр, поликлиника, отделение реабилитации и восстановительного лечения и др.), отсутствует взаимодействие и преемственность в работе между врачами стационарного и амбулаторного звена, наблюдающими больного.

После выписки из стационара пациент с ПТ нуждается в наблюдении нескольких специалистов, он должен иметь возможность проходить реабилитационное лечение. Однако на практике

часто всей этой работой занимается только один хирург поликлиники, которому не под силу справиться с поставленной задачей. Это способствует развитию осложнений, как со стороны ОДС – рефрактур, переломов конструкций, несращений, неправильно сросшихся переломов, тугоподвижности суставов, нейродистрофическому синдрому, хронической гнойной инфекции, остеомиелиту и пр., так и других систем организма – дыхательной, пищеварительной, центральной и периферической нервной.

В последние годы появился ряд сообщений о необходимости изменений организации помощи и подходов к лечению пациентов с ПТ, как наиболее сложной категории травматологических больных. В то же время практически отсутствуют работы, касающиеся вопросов амбулаторного наблюдения, восстановительного лечения и медицинской реабилитации указанных пациентов.

Перечисленные обстоятельства определяют актуальность изучения данной проблемы, а также необходимость создания системы медицинской реабилитации и восстановительного лечения, включающей разработку комплекса организационных мероприятий и тактических подходов на этапе амбулаторного наблюдения, долечивания и реабилитации, направленной на снижение числа осложнений и неудовлетворительных исходов, улучшение ближайших и отдаленных результатов лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ С АУГМЕНТАЦИЕЙ КОСТНО-КОЛЛАГЕНОВЫМ АЛЛОТРАНСПЛАНТАТОМ

А.Ю. Ваза, А.М. Файн, Р.С. Титов, Н.В. Боровкова, С.Ф. Гнетецкий, Ю.А. Боголюбский, К.И. Скуратовская, И.Н. Пономарев

ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, ДЗ г. Москвы

Введение. Остеосинтез переломов проксимального метаэпифиза плечевой кости, сопровождающихся дефицитом костной ткани (ПОПК ДК), является сложной хирургической задачей. Количество послеоперационных осложнений (нагноение, асептический некроз головки плечевой кости, прорезывание винтов в сустав, вторичное смещение отломков) может достигать 50%. Нам удалось снизить количество осложнений, применяя аугментацию проксимального отдела плечевой кости костно-коллагеновым аллотрансплантатом из проксимальной части малоберцовой кости.

Цель. Изучить результаты костно-пластического хирургического лечения больных с ПОПК ДК.

Материал и методы. С 2018 по 2021 год прооперировано 55 пациентов. Под наблюдением остаются 48 пострадавших (14 мужчин и 34 женщины). Возраст – от 35 до 86 лет. Срок наблюдения – от 2 месяцев до 3 лет после операции. Из них сформирована группа, критериями включения в которую были: возраст не менее 18 лет, изолированная низкоэнергетическая травма, наличие 2–3–4-фрагментного перелома по Neer со смещением, сопровождающегося дефицитом кости, т.е. при МСКТ головка плечевой кости визуализируется в виде «серпа» и бугорковая зона головки разрушена, отсутствие когнитивных нарушений, использование во время операции разработанного костно-коллагенового аллогенного трансплантата из головки и верхней части диафиза малоберцовой кости и разработанной хирургической техники.

Всем больным выполняли рентгенографию оперированного плечевого сустава в прямой задней проекции и МСКТ на следующий день, через 6 недель, 3 месяца, 6 месяцев, через год после операции и далее, раз в год. Функциональные исходы оценивали по шкале Constant-Murley.

Результаты. Из 48 переломов срослись 46 (95,83%). У двух пациентов (4,17%) развился коллапс головки с прорезыванием винтов в полость сустава, что потребовало их удаления.

В одном наблюдении (2,08%) из-за нагноения пришлось удалить фиксаторы, головку плечевой кости, трансплантат и установить спейсер с антибиотиком. У двух пациентов (4,17%) произошел разрыв нити, удерживающей большой бугорок. У одной пациентки (2,08%) к исходу третьего года наблюдения развился коллапс головки оперированной плечевой кости с прорезыванием винтов и деструкцией головки.

При анализе послеоперационных рентгенограмм и МСКТ-грамм у всех пациентов отмечено удовлетворительное стояние отломков. При МСКТ плечевого сустава в группе пациентов со сроком послеоперационного наблюдения не менее года (35 человек) выявлено, что у всех пациентов в течение года объем головки уменьшился, но только у двоих это привело к прорезыванию винтов. У всех пациентов при МСКТ с течением времени отмечали истончение кортикального слоя трансплантата и исчезновение границы между губчатой частью трансплантата и костной тканью головки плечевой кости, что считали признаками перестройки и лизиса трансплантата.

Анализ функциональных исходов у пациентов этой группы выявил значительный разброс данных. Средний балл по шкале Constant-Murley составил 71,53 балла.

Выводы. При ПОПК ДК возможно проведение органосохраняющих операций с использованием разработанных костных трансплантатов. При этом трансплантат не только укрепляет область перелома, но и является материалом, обеспечивающим восстановление головки плечевой кости.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ОСТЕОСИНТЕЗУ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Э.Ю. Валиев, Д.Б. Туляганов, Б.У. Абдурахманов, Ш.Р. Шукуров

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Введение. Лечение пострадавших с переломами шейки бедренной кости является актуальной проблемой современной травматологии и ортопедии. Это связано с тем, что данные повреждения представляют собой в значительной степени гериатрическую травму и требуют особого подхода, поскольку необходимо адекватное лечение лиц пожилого и старческого возраста с указанной патологией.

По данным различных исследователей, в структуре травм опорно-двигательного аппарата от 15 до 45% приходится на долю переломов бедренной кости, среди них переломы шейки бедренной кости составляют от 50 до 55%. Такой большой удельный вес переломов шейки бедренной кости обусловлен увеличением количества лиц пожилого возраста.

Разработка тактики и методов хирургического лечения больных с переломами шейки бедренной кости старшей возрастной группы в условиях применения современных технологических решений является перспективным научным направлением и нуждается в более углубленном изучении.

Цель работы. Улучшение результатов лечения больных с переломами шейки бедренной кости путем внедрения малоинвазивных технологий.

Материал и методы исследования. Проведен анализ лечения 181 пациента пожилого и старческого возраста с переломом шейки бедренной кости за период 2019–2022 гг., находившихся на лечении в отделении взрослой травматологии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП). Учитывали анамнестические, клинико-инструментальные данные, также был изучен профиль сопутствующей соматической патологии. Лиц мужского пола было 40,8%, женщин – 59,2%, возраст колебался от 60 до 93 лет (средний возраст – 71,4±7,1 года). Практически у всех пролеченных больных были отмечены переломы шейки бедренной кости, возникших врезультате минимальной травмы. В зависимости от типа переломов (по Гардену) больные были распределены следующим образом: тип I – 33,3%; тип II – 21,4%; тип III – 17,4% и тип IV – 27,9%.

Нами в клинике широко применяются малоинвазивные методы стабилизации переломов, оптимальные сроки для выполнения операции – первые 3 дня, в период компенсации соматического статуса и до развития гипостатических и других осложнений. В зависимости от выбора метода остеосинтеза больные были разделены на две группы: остеосинтез шейки бедра компрессирующими винтами – 74,1% и блокируемый остеосинтез системой «Гамма» – 25,9%.

Результаты и обсуждение. При анализе сопутствующей соматической патологии отмечено, что практически у всех пациентов она имело место. В наибольшем количестве наблюдений – 44,5% была патология со стороны сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ИБС, ХСН, атеросклероз, последствия перенесенного ОНМК, венозная недостаточность и т.д.), затем по частоте следует легочная патология (ХОБЛ, бронхиальная астма) – 11,7% и патология ЖКТ (язвенная болезнь желудка и/или 12-перстной кишки, цирроз печени) – 10,8%. К прочим – 10,7% случаев – были отнесены болезни крови, коллагенозы, болезни органов чувств, остеоартрит и один случай СПИДа. С учетом этого нами были просчитаны индексы коморбидности по Чарлсону, который в среднем составил 9,12±1,05 балла, и индекс коморбидности CIRS, что составило 16,2±3,9 балла.

Следует отметить, что нами для определения тактики лечения был использован показатель – 5-балльная шкала определения степени двигательной активности пациентов в период до полученной травмы (от высокой до крайне низкой активности).

В основной контингент пролеченных больных 73,1% составили лица с высоким показателем уровня физической активности, что имело значение при выборе активной хирургической тактики лечения.

В нашем клиническом материале, согласно классификации, ASA тяжелых V класса больных не наблюдали, основной контингент больных – 69,6% – был отнесен к I; II; III классам уровня анестезиолого-операционного риска, у которых не отмечены значительные ограничения в выборе методов хирургической коррекции повреждений.

Нами были изучены результаты лечения в сроки до 3 лет. При этом положительные исходы были отмечены у 80,2% больных, консолидация переломов, полное восстановление двигательной активности. У 19,8% больных отмечен неблагоприятный исход. В 6% случаях отмечен летальный исход на первом году жизни после выписки из стационара. В 21% случаев отмечены несращение перелома, образование ложного сустава, с выраженными функциональными нарушениями, потребовавшими проведение длительного реабилитационного лечения, из них в 55% случаев было произведено тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава.

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

фикации Гардена. Остеосинтез компрессирующими винтами в плане технического выполнения является наименее травматичным и быстровыполнимым, при этом практически не оказывал отрицательного влияния на течение заболевания. Однако в плане стабильности фиксации он имел свои недостатки, препятствовавшие ранней активизации пострадавшим, длительность ортопедического режима в среднем составила 35±7,5 дня. Применение блокируемой системы «Гамма» позволило добиться более высокой стабильности в зоне повреждения, с сокращением ортопедического режима в 2,3 раза, однако при переломах типа III–IV по Гардену данный метод был малоэффективен.

Выводы:

1. При выборе методов лечения необходимо учитывать возраст пострадавшего, уровень коморбидности, степень физической активности до полученной травмы, степень операционно-анестезиологического риска и тип перелома.

2. На современном этапе развития травматологии наиболее перспективным методом лечения пострадавших с переломами шейки бедренной кости у лиц пожилого и старческого возраста является эндопротезирование тазобедренного сустава. Применение малоинвазивных методов остеосинтеза, выполненных в кротчайшие сроки после получения травмы, при адекватном технически выполнении является альтернативой методу эндопротезирования.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С НЕСТАБИЛЬНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ТАЗА В УСЛОВИЯХ РНЦЭМП

Э.Ю. Валиев, Д.Б. Туляганов, З.Р. Хасанов, Х.А. Тиляков, А. Яхёев

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы. Вопросы оказания помощи пострадавшим с нестабильными повреждениями таза являются одной из актуальных и сложных проблем в экстренной медицине, требующими мультидисциплинарного подхода. Учитывая высокоэнергетический характер травм, в большинстве своем повреждения таза наблюдаются у больных с сочетанными повреждениями и диагностируются в 17–39% случаев. Летальность при сочетанных повреждениях таза варьирует от 24,5 до 80%, причиной неблагоприятных исходов являются шок, кровопотеря, наличие повреждений со стороны внутренних органов. Несмотря на значительный прогресс по вопросам оказания помощи больным с повреждениями таза, всё еще на высоком уровне остаются неблагоприятные анатомо-функциональные результаты. Среди пациентов, перенесших травму таза, до 50% становятся инвалидами. Всё сказанное диктует более широкое применение хирургических методов лечения при нестабильных переломах таза.

Цель исследования. Проанализировать опыт оказания хирургической помощи больным с нестабильными повреждениями таза по материалу клиники РНЦЭМП.

Материал и метод. В отделении взрослой травмотологии РНЦЭМП за период 2016–2022 гг. хирургическое вмешательство выполнено 233 больным с нестабильными переломами таза. Преобладали лица мужского пола – 72,7%, в наиболее трудоспособном возрасте до 45 лет – 82,4%. Основными причинами повреждений служили травма в результате ДТП – 69,6% и кататравма – 22,4%. Всем больным при поступлении объем оказания помощи и диагностических мероприятий строго регламентирован алгоритмами и стандартами, разработанными в клинике. Практически у всех пострадавших имели место сочетанные повреждения. Наиболее частое сочетание наблюдали повреждения ОДА – 86,1%; ЧМТ – 44,5%; травмы груди – 19,8%; травмы живота, включая травмы мочеполовых органов – 17,5%. Средний балл тяжести состояния по шкале ISS составил 24,8±0,5.

Результаты и обсуждение. Накопленный опыт по ведению больных с нестабильными переломами таза, объем оказания травматологического пособия, сроки их выполнения всецело зависят от тяжести состояния на момент поступления, тяжести разрушения тазового кольца, а также от наличия сопутствующих повреждений. На раннем госпитальном этапе у больных с вертикальной и ротационной нестабильностью, смещением в задних отделах более 1 см и при наличии гемодинамической нестабильности нами в 48,5% случаях выполнена закрытая стабилизация таза аппаратами клиники на стержневой и спице-стержневой основе. Ранний остеосинтез таза с помощью АВФ способствовал уменьшению внутреннего тазового объема, снижению или остановке кровотечения из костей, уменьшению болевого фактора. Использование аппарата внешней фиксации клиники не препятствовало выполнению лапароскопии и лапаротомии. Погружной остеосинтез с использованием канюлированных винтов, реконструктивных мостовидных пластин выполнен в 28,3%, комбинированный остеосинтез – в 10,2%случаев.

Опыт клиники по ведению тяжелого контингента больных с нестабильными переломами таза показал значительное превосходство оперативных методов лечения. Однако, в особенности при типе С, не всегда общее состояние пострадавшего позволяло проводить внутреннюю фиксацию, нами предпринята тактика двухэтапного метода лечения с использованием на первом этапе средств внеочаговой фиксации, а после полной стабилизации состо-

яния – переход на внутреннюю фиксацию. При ротационно-нестабильных повреждениях фиксацию лонного симфиза, переломов ветвей лонных костей и повреждений вертлужной впадины нами использованы реконструктивные пластины, в том числе малоинвазивные методы через мини-доступы, которые вполне позволяли произвести репозицию переломов с помощью прямой и непрямой техники под контролем ЭОПа. При вертикально-нестабильных повреждениях таза крестцово-подвздошного сочленения и переломы крестца фиксировали канюлированными винтами, реконструктивными мостовидными пластинами.

Перспективным направлением в лечении нестабильных повреждений таза является сочетание методов внешней и внутренней фиксации в виде как одномоментного, так и последовательного их применения. Комбинированный остеосинтез сочетал в себе преимущества объединяемых методов лечения и минимизировал недостатки каждого из них. Стабильная фиксация как переднего, так и заднего полукольца таза позволяла проводить раннюю активизацию пациентов без риска потери репозиции, что наиболее актуально при политравме.

При изучении результатов лечения повреждений таза нами учитывались тяжесть состояния и повреждения при поступлении, наличие и характер сопутствующих повреждений, развитий осложнений течения травматической болезни, сроки и вид стабилизации переломов и степенью восстановления функции. Следует отметить, что нами в 72,4% наблюдений был получен положительный результат лечения, в 24,1% случаев отмечено развитие общих и местных осложнений, потребовавших проведения длительного реабилитационного лечения. Летальный исход отмечен в 6,9% случаев, причиной неблагоприятных исходов послужили осложнения раннего периода травматической болезни (декомпенсированный шок, острая кровопотеря, тяжелые повреждения головы, груди и живота).

Заключение. Вопросы диагностики и лечения пациентов с повреждением таза, применяемые методы требуют стандартизации с учетом тяжести повреждения и тяжести состояния, нуждаются в четком определении показаний и противопоказаний к выбору того или иного метода лечения, определении четких показаний к оперативным способам лечения и сроков по их выполнению. Широкое применение стабилизации повреждений таза с использованием АНФ на раннем госпитальном этапе и дальнейшая разработка новых, современных методов хирургического лечения данной категории пострадавших позволит улучшить анатомо-функциональные результаты лечения.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ КОСТНО-СОСУДИСТЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ РНЦЭМП

А.М. Хаджибаев, Э.Ю. Валиев, Ш.М. Муминов, А.Дж. Исмоилов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы. Современный травматизм характеризуется увеличением доли травм в результате высокоэнергетических воздействий, в частности, проблема лечения открытых переломов костей нижних конечностей в сочетании с повреждениями магистральных сосудов стоит достаточно остро. Основными причинами подобных травм являются дорожно-транспортные происшествия, кататравмы и повреждения, связанные с производством. При этом повреждения сосудов при переломах костей отмечаются в 0,6–10% случаев, составляя в среднем 4–5%.

Нами, с учетом многолетнего опыта ведения тяжелого контингента больных с костно-сосудистыми повреждениями нижних конечностей, а также опыта ведущих клиник, разработан комплекс лечебно-тактических мероприятий.

Цель работы. Проанализировать опыт оказания специализированной помощи пострадавшим с сочетанными костно-сосудистыми повреждениями нижних конечностей.

Материал и методы. За период с 2001 по 2021 год в отделениях взрослой, детской травматологии и хирургии сосудов с микрохирургией РНЦЭМП был пролечен 151 больной с открытыми и закрытыми сочетанными костно-сосудистыми травмами нижних конечностей. Взрослых мужчин было 74,8%, женщин – 15,3%, детей обоего пола до 18 лет – 9,9%. Основной контингент больных – 84,1% – был доставлен в течение ближайших 1–6 часов после травмы, то есть в сроки, благоприятные для проведения операций.

Результаты и обсуждение. При разработке алгоритма нами учитывались следующие моменты: изолированные костно-сосудистые травмы, состояние больного при этом относительно стабильное, сопутствующие повреждения не представляют угрозу жизни; сочетанные травмы, когда имеет место повреждение жизненно важных органов, приоритетной задачей является сохранение жизни больного, ввиду чего операции на внутренних органах и головном мозге являлись первоочередными; операции на конечностях проводили после стабилизации состояния больного. Основой для составления алгоритмов явились, прежде всего, уровень и механизм повреждения, отсутствуют общие и местные противопоказания к реконструктивным операциям, время аноксии (ишемии) не превышает

допустимые сроки, вопрос о выборе метода остеосинтеза и выполнения реконструктивной операции на сосудах решается оперирующей бригадой, индивидуально для каждого случая.

При этом больные условно были поделены на четыре основные группы: полные ампутации; неполные ампутации; открытые переломы (вывихи) с нарушением кровообращения; закрытые переломы (вывихи) с нарушением кровообращения.

В нашем клиническом материале (в обеих группах) было отмечено 11 (8%) пострадавших с полной ампутацией сегмента нижней конечности. По уровню и локализации повреждений имело место следующее распределение: на уровне бедра – 3 (27%); на уровне голени – 7 (64%), стопы – 1 (9%). Причем только в 5 случаях нам удалось выполнить операцию по реплантации поврежденного сегмента.

Было отмечено 14 (10,1%) пострадавших с неполной ампутацией сегмента нижней конечности. По уровню и локализации повреждений имело место следующее распределение: на уровне бедра – 4(29%); на уровне голени – 8 (57%), стопы – 2 (14%).

В решении вопроса о возможности выполнения восстановительной операции учитывали время ишемии конечности, особенно период, когда она находилась в состоянии декомпенсации кровообращения. Характеризуя индивидуальный подход, имели в виду оценку общего состояния пострадавшего, наличие сопутствующих заболеваний и другие факторы, которые могли бы повлиять на прогноз хирургического вмешательства. Основным условием выполнения реконструктивной операции являлось состояние дистального сосудистого русла. При наличии тромбов их удаляли, особенно из артериального русла. Тщательность и эффективность проведения этого этапа являлись условием адекватности хирургического вмешательства.

Несколько иная тактика была у лиц после сочетанно-множественной травмы при сопутствующем повреждении головного мозга, позвоночника, груди, живота и таза, при этом в клинике мы применили принцип контроля состояния («damage control»). Этот принцип распространили на всех больных с политравмой и, в частности, лиц с сочетанной КС-травмой. Благодаря его применению уровень летальности значительно снизился.

Наибольшая группа пострадавших, находившихся в клинике, была с открытыми переломами, осложненными нарушением кровоснабжения – 98, среди них преобладали больные с переломами костей голени – 86 (87,7%), затем идут пострадавшие с повреждением стопы – 4 (4%) и бедренного сегмента – 8 (8%).

Первичную хирургическую стабилизацию перелома у большинства пострадавших проводили с помощью АНФ. Причем аппарат устанавливали в большинстве случаев как временную меру иммобилизации костных отломков. При улучшении общего состояния пострадавшего и отсутствии признаков нагноения раны в отсроченном порядке проводили демонтаж АНФ и выполняли погружной остеосинтез, т.е. осуществляли 2-этапное лечение переломов у этой тяжелой категории больных. На 1-м этапе сама установка АНФ не сопровождалась существенной кровопотерей и не отягощала общего состояния пострадавшего. На 2-м этапе, после выведения пострадавших из тяжелого состояния, восстановления основных показателей гомеостаза и оживления ран после открытых переломов, по показаниям проводили накостный или внутрикостный стабильно-функциональный остеосинтез.

В нашем материале больных с закрытыми переломами костей нижних конечностей с повреждением сосудисто-нервных структур было отмечено 15 (11%) случаев.

Заключение. Предложенный алгоритм является, прежде всего, ориентиром врача при выборе правильной тактики лечения. При этом предложенные методы лечения предполагают относительно стабильное состояние больного, когда сопутствующие повреждения не представляют угрозу жизни; отсутствуют общие и местные противопоказания к реконструктивным операциям; время аноксии (ишемии) не превышает допустимые сроки. При этом вопрос о выборе метода остеосинтеза и выполнения реконструктивной операции на сосудах решается оперирующей бригадой, индивидуально для каждого случая.

ВОПРОСЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ВНУТРИФАСЦИАЛЬНОГО ГИПЕРТЕНЗИОННОГО СИНДРОМА В КОНЕЧНОСТЯХ ПРИ СОЧЕТАННЫХ КОСТНО-СОСУДИСТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

А.М. Хаджибаев, Э.Ю. Валиев, А.Дж. Исмаилов, Д. Жабборов, И. Садыков

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы. В последние десятилетия отмечается возрастание интереса исследователей и клиницистов к проблеме сочетанных костно-сосудистых травм. Основной причиной этого является неуклонный рост травматизма с тяжелыми последствиями, увеличение числа дорожно-транспортных происшествий. Количество множественных переломов костей нижних конечностей неуклонно растет и составляет 6,6–49,8% общего числа повреждений. Голень по своей топографо-анатомической структуре является сложным сегментом нижней конечности. Закрытые переломы

костей голени – частый вид травм, отмечающийся у 20–25% травмированных. При повреждении костей голени развивается отек тканей, охватывающий циркуляторно конечность и повышающий давление в закрытом фасциальном пространстве. Имеющиеся фасциальные футляры являются причиной расстройств регионарного кровообращения, тем самым дополнительно провоцируя синдром острой внутритканевой гипертензии. Развившийся отек ухудшает кровоснабжение и лимфоотток из регенерирующих тканей с выраженным болевым синдромом, развитием местной воспалительной реакции, а при сочетании с повреждениями сосудисто-нервных образований данная проблема становится ещё более актуальной.

Цель исследования. Улучшить результаты диагностики и лечения при сочетанных костно-сосудистых повреждениях нижних конечностей, осложненных посттравматическим внутри фасциальным гипертензивным синдромом.

Материал и методы исследования. Обследовано и проведено хирургическое лечение 33 больных с закрытыми сочетанными костно-сосудистыми переломами костей голени и травматическим шоком, находившимся на лечении в РНЦЭМП, в период 2019–2022 гг.

Всем больным при поступлении, помимо стандартных исследований, проводили пульсоксиметрию на периферии конечности, по показаниям – цветное дуплексное сканирование магистральных сосудов голени. Также для выявления ПВГС применяли визуальную оценку отека с сопоставительной антропометрией конечности. Для объективного измерения внутрифасциального давления использовали прибор «Intra-Compartmental Pressure Monitor System» фирмы «Stryker». Измерения проводили во всех четырех фасциальных футлярах голени. Исследования проводили в момент поступления, каждый час в течение первых 4 ч, через 6 и 12 ч; на 1-е, 5-е, 7-е и 10-е сутки. Из них посттравматический внутрифасциальный гипертензионный синдром (ПВГС) отмечен у 27 (81,8%) пациентов.

Пострадавшим выполнены хирургические вмешательства по восстановлению костных структур и кровообращения. Больных потактике ведения распределили на две группы, группа контроля (n=13) получала стандартную противоотечную терапию с применением диуретиков, антиагрегантов, кристаллоидных препаратов, нестероидных противовоспалительных препаратов, в основной группе (n=20) в составе комплексного лечения с целью профилактики развития и устранения отечного синдрома использовали 0,1% раствор L-лизина эсцината в дозе 5–10 мл 2 раза в сутки в течение 7 дней и раствора сукцинасола.

Результаты и их обсуждение. Легкую степень ПВГС (уровень подфасциального давления на 30–40 мм рт. ст. ниже диастолического) наблюдали у 33,3%, среднюю (уровень подфасциального давления равен диастолическому) – у 37,8%, тяжелую (уровень подфасциального давления выше диастолического) – у 28,9% пострадавших. Ранняя фасциотомия в типичных точках произведена у 12 (36,4%) пациентов.

У больных основной группы отмечено уменьшение пастозности и отека поврежденной конечности уже через 1 сут., с полным исчезновением к 5-м суткам посттравматического или послеоперационного периода, в контрольной группе – только к 7–8-м суткам. У больных, получавших сукцинасол, отмечено более успешное улучшение показателей гемодинамики по сравнению с контрольными группами, применявшими традиционную терапию. Также отмечены достоверное увеличение часового диуреза, улучшение кислотно-основного состояния, снижение тахикардии и стабилизация артериального давления. Результаты исследования показали, что применение инфузионной формы сукцинасола способствует восстановлению объема циркулирующей крови и интерстициальной жидкости, повышению энергетического потенциала организма в экстремальных условиях. Сочетанное применение сукцинасола и L-лизина эсцината в комплексной интенсивной терапии как при средней тяжести, так и при критических состояниях, сопровождающихся шоком и отеком конечностей, обусловило более выраженный клинический эффект. Это проявилось в ускорении образования поверхностных морщин конечностей, уменьшении объема конечностей, а также снижении показателей внутритканевого давления.

Заключение. Одним из перспективных направлений противоотечной терапии является сочетанное применение L-лизина эсцината и сукцинасола. Их включение в комплекс интенсивной терапии оказывает выраженное противоотечное действие путем стабилизации сосудистой проницаемости. При этом сукцинасол уменьшает повреждающее действие гипоксии и нарушения кровотока.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У БОЛЬНЫХ ПОЛИТРАВМОЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ УНИВЕРСАЛЬНОГО СТЕРЖНЕВОГО АППАРАТА НАРУЖНОЙ ФИКСАЦИИ НА РАННЕМ ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

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

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Актуальность. В настоящее время для лечения раненых и пострадавших с политравмой и тяжелыми боевыми повреждениями конечностей и таза успешно применяется многоэтапная хирургическая

тактика «damag econtrol surgery». Сутью этой тактики является сокращение объема и травматичности первого хирургического вмешательства с целью стабилизации жизненно важных функций организма. Использование аппаратов наружной фиксации на первых этапах реализации данной тактики соответствует её целям и задачам и позволяет снизить риск возникновения тяжелых осложнений.

Цель исследования. Изучить результаты двухэтапного лечения повреждений опорно-двигательного аппарата у больных с политравмой с применением разработанного универсального стержневого аппарата.

Материал и методы. За 2021–2022 гг. в РНЦЭМП был проведен анализ лечения 46 пациентов с сочетанными, множественными повреждениями и политравмой.

46 больным было проведено двухэтапное лечение повреждений ОДА с применением малоинвазивных технологий на основе разработанного универсального стержневого аппарата внешней фиксации. Среди них преобладали лица мужского пола – 27 чел., все молодого трудоспособного возраста (21–50 лет). Среди причин травм превалировал дорожно-транспортный травматизм – 27 чел., кататравма (падение с высоты) была отмечена у 9 пострадавших.

Результаты и их обсуждение. Сочетание повреждений внутренних органов с повреждениями ОДА отмечалось у 7 больных, у 3 больных – сочетание повреждений ОДА + органов грудной клетки, у 4 больных – сочетание повреждений ОДА + черепно-мозговой травмы, у 4 больных – множественные переломы, у 27 больных отмечалось сочетание повреждений более двух анатомических областей. Шкала ISS, которая показывает тяжелое и крайне тяжелое состояние больных,составилаот 25 до 35 баллов.

12 больным были выполнены оперативные вмешательства по поводу повреждений внутренних органов: 8 больным выполнена торакоскопия, 2 больным – торакотомия по поводу повреждений легких, 6 больным – лапароскопия по поводу повреждений органов брюшной полости, 3 больным – резекционная трепанация черепа по поводу внутричерепной гематомы.

Учитывая тяжелое и крайне тяжелое состояние больных и нестабильную гемодинамику после выполнения оперативных вмешательств по поводу доминирующих патологий, переломы длинных костей первым этапом, по принципу «damage control», были стабилизированы с использованием разработанного аппарата внешней фиксации. В 21 случае выполнена стабилизация костей таза, в 6 случаях выполнена стабилизация бедренной кости, в 9 случаях были стабилизированы переломы костей голени, в 10 случаях – разные сочетания переломов костей таза, бедренной кости и костей голени.

После респираторной и гемодинамической стабилизации больных (в среднем через 8 сут.) больным был выполнен второй этап оперативного лечения – окончательный остеосинтез. В 20 случаях был применен интрамедуллярный блокируемый остеосинтез, в 8 случаях – экстрамедуллярный остеосинтез пластинами, в 25 случаях (в 20 случаях при переломах костей таза, в 2 – при переломах бедренных костей, в 3 случаях – при переломах костей голени), учитывая удовлетворительное стояние костных отломков и стабильную фиксацию, аппарат внешней фиксации применен как окончательный метод лечения, в одном случае аппарат заменен на аппарат Илизарова, ввиду нагноения послеоперационной раны с тяжелым открытым переломом дистального отдела бедренной кости.

Осложнения: практически у всех больных (44) наблюдалась постгеморрагическая анемия, которая корректирована гемотрансфузией и введением ферропрепаратов.

У 5 больных отмечали развитие посттравматической пневмонии, после проведения соответствующих лечебно-диагностических мероприятий состояние их улучшилось, пневмония разрешилась.

У 2 больных отмечалось нагноение послеоперационной раны (после открытого у 1 больного и закрытого перелома у 1 больного), проводили рациональную антибактериальную терапию. Процесс – с купированием.

Летальные исходы отмечены у 3 больных (6,5%): у 2 больных – в результате тяжелой черепно-мозговой травмы, у одного – в результате развития осложнения течения травматической болезни от полиорганной недостаточности.

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

ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ПОЛИТРАВМОЙ В УСЛОВИЯХ РНЦЭМП

Э.Ю. Валиев, Б.Р. Каримов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Актуальность работы. Во всем мире наблюдается удельный рост пациентов с переломами длинных костей пациентов при политравме, в структуре общего травматизма, что приводит к инвалидности

и даже летальным исходом, поэтому эта проблема сохраняет социальную и экономическую актуальность. Удельный вес пациентов с политравмой колеблется от 16,7% до 49,8% среди всех травм опорно-двигательного аппарата.

Цель работы. Провести анализ организационных, клинических и научных изысканий по вопросам оказания помощи пострадавшим с сочетанными повреждениями и политравмой в период функционирования Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Материал и методы. С 2001 г. по 2022 г. в РНЦЭМП было пролечено 17 345 – пациенты с сочетанными, множественными, комбинированными повреждениями и политравмой. Нами проведен анализ этой группы больных. Среди них преобладали лица мужского пола – 11933 (68,8%) чел., молодого трудоспособного возраста (21–50 лет) – 11690 (67,4%). Среди причин травм превалировал дорожно-транспортный травматизм – 11517 (66,4%) чел., кататравма (падение с высоты) была отмечена у 3416 (19,7%) пострадавших.

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

В группу больных с множественной травмой были включены 2827 (16,3%) пострадавших с двумя и более переломами длинных костей без повреждений других областей тела. У 25,5% из них доминировали переломы костей таза, у 13,4% – повреждение позвоночника.

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

Нами в качестве оценочной шкалы тяжести травмы использована шкала ISS (Injure Severity Score), согласно которой тяжелое и крайне тяжелое, жизнеугрожающее состояние на момент поступления в стационар (ISS 16–25 бал. и выше) было отмечено у 11917 (68,7%) пострадавших.

Результаты и обсуждение. Для реализации организационных и тактических аспектов на всех этапах ведения больных с политравмой нами был предложен целый ряд научно обоснованных разработок, последние сыграли положительную роль при практическом применении на большом клиническом материале.

Нами материал был разделен на три группы (А, В, С): первая основная – 39,2% пострадавших, которым операция остеосинтез переломов (одного, нескольких или всех) произведена в экстренном или срочном порядке(по принципу early total care); вторая группа контроля – 25,5% пациентов, которых в остром периоде лечили методами временной стабилизации переломов – аппаратами внешней фиксации или консервативными методами, а операцию остеосинтеза выполняли в отсроченном порядке (по принципу damage control orthopaedics), и третья группа контроля – 35,2% больных, которым лечение костей конечностей проводили только консервативными методами.

Повреждение таза было установлено у 24,3% больных. Нами были разработан алгоритм лечебно-диагностических мероприятий при повреждениях таза.

Тактику лечения костных повреждений тазового кольца определяли с учетом тяжести состояния при поступлении (по шкале IIS), наличия доминирующего повреждения и типа перелома (А, В, С согласно классификации АО) с применением всех имеющихся в арсенале травматологов методов репозиции, стабилизации и фиксации повреждений. Для лечения больных с нестабильными повреждениями таза мы применили малоинвазивные методы стабилизирующих операций на основе разработанного нами аппарата внешней фиксации.

Применение разработанной методики позволило эффективно стабилизировать повреждения таза при сокращении длительности операции до 15–20 минут.

Переломы бедер мы наблюдали у 31,5% больных, сложные переломы типа В и С были отмечены в 59,3% случаев. Метод открытой репозиции с интрамедуллярным остеосинтезом штифтами (без рассверливания костномозгового канала) использован в 68,8% случаев, накостный остеосинтез – пластинами 12,5%, чрескостный остеосинтез – аппаратами внешней фиксации у 5,4% больных.

Переломы костей голени наблюдали у 42,5% больных, двусторонние переломы были у 16,9% чел. Преобладали сложные переломы типа В и С – 50,3% чел. Переломы чаще всего стабилизировали интрамедуллярным методом остеосинтеза – 45,3%, погружным накостным остеосинтезом –10,4% чел.; при открытых и сложных (тип С) переломах применяли чрескостный остеосинтез аппаратами внешней фиксации(на спицевой и стержневой основе) – 38, 7% чел.

Открытые переломы различной локализации выявлены у 28,4%. При I степени повреждения мягких тканей способ остеосинтеза не отличался от закрытых повреждений, предпочтение отдавали погружному (интра-, экстрамедуллярному) остеосинтезу, при обширных повреждениях мягких тканей II и III степени методом выбора служил чрескостный остеосинтез аппаратами внешней фиксации.

При анализе клинического материала у 19,3% пострадавших с тяжелой сочетанной травмой ОДА были выявлены повреждения внутренних органов

(грудь, живот). Из них повреждения конечностей доминировали только у 13,5%.

При лечении повреждений конечностей при сочетанной травме предпочтение отдавали малоинвазивным методам остеосинтеза с применением стандартных и предложенных в клинике аппаратов внешней фиксации.

Основный принцип лечения пострадавших с сочетанной краниоскелетной травмой заключается не только в активной тактике по отношению к черепно-мозговым повреждениям, но и к переломам костей конечностей с применением стабильных и малотравматичных методов остеосинтеза.

Лечебно-диагностические мероприятия при сочетанной травме внутренних органов и ОДА мы выполняли по разработанному алгоритму, определяющему порядок и виды необходимых исследований. Окончательный диагноз устанавливали с помощью диагностической и разработанной в клинике тактики страховочной лапароскопии. При ее выполнении только в 18,5% не было выявлено признаков внутрибрюшной травмы, в 61,5% наблюдений повреждения не требовали выполнения лапаротомии, в 44,9% случаев были выявлены и повреждения паренхиматозные органы: печень, почка, селезенка. Травма грудной клетки была диагностирована у 14,1% пострадавших.

В Центре разработан алгоритм диагностики и оказания неотложной помощи больным с повреждением груди. При диагностике повреждений и выполнении лечебных манипуляций наиболее эффективной явилась видеоторакоскопия.

При раннем остеосинтезе множественных и сочетанных переломов число хороших результатов было несколько выше, а неудовлетворительных – ниже, чем в группе больных, оперативные вмешательства которым были проведены в поздние сроки (74,6 и 66,1%, и 25,4 и 33,9% соответственно). При консервативном лечении переломов хорошие и неудовлетворительные результаты составили 66,9% и 33,1% соответственно.

Госпитальная летальность составила 9% от всех больных с сочетанной травмой. Большинство 56,9% пострадавших с сочетанной травмой погибали в первые 3 суток после поступления в стационар. Смертельные исходы, как правило, связаны с тяжестью полученной травмы, в более поздние сроки летальность происходила из-за различного рода осложнений.

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

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

НАШ ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КОСТЕЙ ТАЗА И ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ

Э.Ю. Валиев[1], А.С. Яхёев[2], Т.Я. Мусоев[2], А.Ш. Муминов[2]

[1]Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
[2]Бухарский филиал РНЦЭМП

Лечение переломов костей таза, сочетающихся с перелом вертлужной впадины, является одной из актуальных проблем современной травматологии. Сочетанные повреждения таза с переломом вертлужной впадины относятся к одному из самых тяжёлых и проблемных видов травмы. В структуре сочетанных и множественных повреждений они регистрируются с частотой от 4,3 до 13,1%. Причиной этих повреждений в основном являются дорожно-транспортная травма и кататравма.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения пострадавших с сочетанными повреждениями таза и вертлужной впадины путём разработки тактических и технических аспектов с учётом тяжести повреждения и тяжести состояния.

Материал и методы. Нами проведен анализ результатов лечения 57 пациентов с сочетанными повреждениями таза и переломами вертлужной впадины, находившихся на лечении в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) и его Бухарского филиала (РНЦЭМПБФ). За период 2021–2022 гг. всем больным были выполнены различные по объему и сроку оперативные вмешательства. Превалировали

пострадавшие мужского пола – 36, женщин было 21. У 17 (29,8%) больных возраст варьировал от 14 до 25 лет, 19 (33,3%) пострадавших были возрасте от 21 до 57 лет, 21 (36,8%) – старше 57 лет. Основной причиной повреждения явилось дорожно-транспортное происшествие у 23 (40,3%) пострадавших, затем идут кататравма – у 11 (19,3%) и несчастные случаи в быту – у 13 (22,8%). Состояние алкогольного опьянения отмечено у 10 (17,5%) больных. Изолированную травму наблюдали у 21 (36,8%), сочетанный характер повреждения отмечен у 36 (63,1%) пациентов. Наиболее частым характером было сочетание перелома костей таза с костями нижней и верхней конечностей. Переломы костей таза и вертлужной впадины в сочетании с повреждениями внутренних органов выявлены у 8 (14,0%) пострадавших.

У 19 (33,3%) пострадавших переломы вертлужной впадины локализовались в задней колонне, у 16 (28,0%) – в передней колонне, у 14 (24,5%) – переломы дна с центральным вывихом головки бедра, у 11 (19,3%) отмечены полифокальные переломы таза. В зависимости от тактики лечения больные были разбиты на три группы.

Результаты. При выборе тактики лечения нами учитывались тяжесть повреждения костных структур таза и тяжесть состояния, наличие и тяжесть сопутствующих повреждений. У пострадавших 1 группы – 24 (42,1%) – при стабильном или условно стабильном состоянии для стабилизации повреждений вертлужной впадины использовали погружной экстрамедуллярный остеосинтез (в течение первых 3 сут.). У пациентов 2 группы в декомпенсированном состоянии (шок 3–4 степени) – 11 (19,2%) – применяли менее травматичные методы на основе чрескостного остеосинтеза с использованием разработанных в клинике стержневых аппаратов, которые включали комплекс противошоковых мероприятий и остановки кровотечения из костей таза. После выведения больных из шока и стабилизации состояния больных переломы вертлужной впадины и таза стабилизировали с использованием методов погружного остеосинтеза. При лечении наиболее тяжёлых больных 3 группы – 22 (38,6%) – на раннем этапе использовали консервативные методы, и при стабилизации состояния в последующие 3–10 суток осуществляли стабилизацию таза и вертлужной впадины с использованием малоинвазивных методов и погружных методов остеосинтеза с учетом вида и характера повреждения.

Исходы лечения изучали в сроки до 3 лет, при этом учитывали анатомо-функциональные результаты, оценку проводили по традиционной трехбалльной системе. Хорошие результаты получены у 38 (66,6%) больных, удовлетворительные – у 18 (31,6%) и неудовлетворительные – у 1 (1,8%) пациента.

Заключение. Переломы таза и вертлужной впадины являются одной из наиболее тяжёлых сочетанных травм опорно-двигательного аппарата. Ранняя стабилизация переломов даёт возможность ранней активизации больного, предупреждает развитие осложнений общего и местного плана на всех этапах лечения. При выборе тактики и методов лечения необходимо учитывать тяжесть повреждения костных структур и общего состоянии пострадавших и наличие сопутствующих повреждений. Активная хирургическая тактика позволяет совместить сроки консолидации и реабилитации, что способствует получению положительных функциональных результатов и значительно сократить число последствий и осложнений.

ТАКТИКА ВЫБОРА ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА И ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ

Э.Ю. Валиев[1], А.С. Яхёев[2], А.Ш. Муминов[2]

[1]Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
[2]Бухарский филиал РНЦЭМП

Стремительное увеличение автомобилизации страны приводит к росту транспортного травматизма и значительному увеличению количества больных с переломами костей тазового кольца и вертлужной впадины. Эти высокоэнергетические травмы в 30% случаев бывают гемодинамически нестабильными и нуждаются в интенсивной терапии и реанимации. Одним из важных противошоковых мероприятий является экстренная хирургическая стабилизация тазового кольца. Неудовлетворенность результатами консервативного лечения, длительный постельный режим пациентов и неадекватное анатомо-функциональное восстановление поврежденных структур таза вынуждают травматологов прибегать к более активной хирургической тактике.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения пострадавших с переломами костей таза и вертлужной впадины путём выбора оптимального хирургического доступа с учётом локализации перелома костей таза и вертлужной впадины.

Повреждения костей таза невозможно лечить, применяя единственный доступ. Изучив рентгенологические снимки и компьютерные томограммы, хирург должен получить точное представление о переломе, который он планирует оперировать. Выбранный хирургический доступ должен позволить осуществить все необходимые манипуляции по репозиции и фиксации отломков. Выбор хирургического доступа определяется типом перелома. M. Tile, 1988 г., описывает несколько доступов:

Передние:

А) Подвздошно-бедренный; Б) Подвздошно-паховый.

Задние:

А) Задний по Kocher-Langenbeck; Б) Задний чрезвертельный.

Расширенные:

А) Y-образный чрезвертельный; Б) Расширенный подвздошно-бедренный; С) Комбинированные доступы.

Передние доступы: Подвздошно-бедренный.

Расширенный подвздошно-бедренный доступ был разработан Эмилем Letournel для максимальной визуализации обеих колонн вертлужной впадины одновременно.

Материалы и методы. За последние 3 года с 2019 года до 2022 год в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) и его Бухарском филиале (РНЦЭМПБФ) было прооперировано 53 пациента с повреждением костей таза и вертлужной впадины. Средний возраст больных составил 36,4 года. Среди них мужчин было 29 человека (54,7%), женщин – 24 (45,3%). Перелом типа B (по Tile) встречался у 22 (41,5%), типа C – у 31 (58,5%) пациента. Сроки госпитализации с момента травмы распределились следующим образом: до 1 недели – 5 (9,4%), от 1 недели до 3 месяцев – 37 (69,8%), и свыше 3 месяцев – 11 (20,7%) пациентов. Большинство пациентов были доставлены в Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи с первых часов с момента травмы.

Для полноценного предоперационного планирования, наряду с рентгеновским исследованием, выполнялась МСКТ.

Показанием к операции были: разрывы лонного и крестцово-подвздошных сочленений, нестабильные переломы переднего и заднего полуколец (тип B), переломы/вывихи в тазобедренном суставе, переломы таза вертлужной впадины с вертикальной нестабильностью (тип C), наличие сопутствующих повреждений нижних конечностей.

При трансвертлужных переломах применялась открытая репозиция из внутритазового доступа с остеосинтезом реконструктивными пластинами, конюлированными винтами. Особую сложность представляли переломы с полным нарушением непрерывности переднего и заднего полуколец таза, которые требовали репозиции и фиксации обоих полуколец. В 21 (39,6%) случае остеосинтез был выполнен из трансоссального подвздошно-пахового доступа.

Результаты и их обсуждение. Данные выполненных исследований позволили заключить, что трансоссальный подвздошно-паховый доступ имеет значительные преимущества при обзоре задних отделов тазового кольца (30° и более), сохраняющиеся и в области подвздошно-лобкового возвышения (до 10°). При этом длина разреза короче на 15%, по сравнению с подвздошно-паховым доступом. Последний обеспечивает лучший обзор зоны лобковой кости, благодаря рассечению пахового канала и выделению его элементов.

Отмечались следующие осложнения: нагноение раны – у 1 пациентов, нейропатия седалищного нерва – у 2, лигатурный свищ и флегмона таза – в одном случае.

Осложнения, связанные с трансоссальным доступом, имели место у двоих больных: после ревизии внутритазовой гематомы и активизации пациентов произошла миграция винтов из крыла подвздошной кости. Был выполнен реостеосинтез.

Применялся трансоосальный подвздошно-паховый доступ, что позволило получить хороший обзор всех переломов и выполнить точную анатомическую репозицию и остеосинтез.

Выводы. 1) Трансоссальный подвздошно-паховый доступ обеспечивает хороший обзор и делает возможным осуществление остеосинтеза нескольких сегментов таза без выполнения дополнительных разрезов.

2) Предложенная нами модификация подвздошно-пахового доступа имеет ряд преимуществ по сравнению с классическим подвздошно-паховым доступом: сращение между костными отломками (крыла и тела подвздошной кости) после операции по предложенной нами методики происходит быстрее и надежнее, чем фиксация сухожилия к кости после выполнения доступа по Letournel.

3) Важным моментом является, что при выполнении трансооссального подвздошно-пахового доступа не обнажаются элементы пахового канала, что также обеспечивает меньшую травматичность, снижает кровопотерю и сокращает время операции.

КОРРЕКЦИЯ ГИПЕРНАТРИЕМИИ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

А.Х. Валижанов, Ш.Ш. Солижанов, И.И. Отабоев, А.М. Бокиев

Наманганский филиал РНЦЭМП

Материалы и методы. Были изучены 24 пациента с тяжелой сочетанной травмой и ЧМТ, у которых после инфузии гипертонических растворов (ГР) сохранялась гипернатриемия, и 9 пациентов с ЧМТ и развитием несахарного диабета. ГР с коллоидом использовался для стабилизации гемодинамики у пациентов с тяжелой сочетанной травмой и ЧМТ, сопровождавшимися эпизодами гипотензии, олигурией, рефрактерными к проводимой инфузионной терапии. Коррекция гипернатриемии включала инфузию 1500–2000 мл сбалансирован-

ных инфузионных растворов с пониженным содержанием натрия, дополнительно при недостаточном выведении натрия почками применялся фуросемид и верошпирон.

У 9 пациентов с ЧМТ, осложнившейся центральным несахарным диабетом, применялись инфузия сбалансированных инфузионных растворов с пониженным содержанием натрия и десмопрессин.

Результаты. Введение ГР сопровождалось восстановлением артериального давления и диуреза с сохраняющейся к 6 часам терапии гипернатриемией (166 ± 8,1 ммоль/л). Инфузия 1500 мл кристаллоидов приводила к возрастанию диуреза и нормализации концентрации натрия в крови к 24 часам (148,2 ± 5,6 ммоль/л). Однако у 8 больных коррекция гипернатриемии потребовала применения 20–40 мг фуросемида в комбинации с 400 мг верошпирона. При медленном снижении уровня натрия не более 10 ммоль/л/сут отрицательной неврологической динамики не отмечалось.

У пациентов с ЧМТ при развитии у них несахарного диабета, гипернатриемией 176 ± 8,6 ммоль/л и полиурией инфузии 2000 мл сбалансированных инфузионных растворов с пониженным содержанием натрия было недостаточно как для коррекции дегидратации, так и для гипернатриемии. Поэтому к ним применялся синтетический аналог АДГ – десмопрессин (0,1–0,2 мг через зонд 2–3 раза в сутки) до нормализации диуреза. При этом наблюдалось постепенное снижение гипернатриемии на протяжении 3–4 суток на фоне продолжения инфузий кристаллоидов.

Заключение. В основе коррекции гипернатриемии лежит применение сбалансированных инфузионных растворов с пониженным содержанием натрия (например, Нормофундин Г-5) и использование в зависимости от патогенетических механизмов гипернатриемии диуретиков или аналогов антидиуретического гормона.

БОЛДИРЛАРАРО ДИСТАЛ СИНДЕСМОЗ БОЙЛАМИНИНГ УЗИЛИШИ БИЛАН КЕЧУВЧИ ТЎПИҚЛАР СИНИШЛАРИНИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШ

Гафуров Ф.А., Ходжанов И.Ю.

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд шаҳри

Долзарблиги. Травматолог-ортопедларнинг амалиётида энг кўп учрайдиган патологиялардан бири ошиқ-болдир бўғимининг шикастланишидир, бу эса таянч-ҳаракат тизимидаги шикастланишларнинг 20% гача бўлган қисмини ташкил этади. Меҳнатга лаёқатли ёшдаги одамлар орасида ошиқ-болдир бўғимининг шикастланиш даражаси 12% дан 40% гача, дельтасимон мушак шикастланиши билан болдир суякларининг оғир синишлари ва дистал болдирлараро синдесмоз ажралиши 30% ҳолларда қониқарсиз натижалар билан тугайди. Болдирлараро синдесмоз (БАС) ажралиши билан бирга тўпиқлари синган беморларни консерватив даволашда қониқарсиз натижалар 6,6 дан 23,4% гача бўлади. Чунки тўпиқ синиқ бўлакларининг қўлда ёпиқ репозицияси ва гипс билан ташқи фиксациясидан сўнг, кўпинча БАС соҳасидаги парчалар силжиши ва болдир суяклари орасидаги диастаз қолади. Маҳаллий ва хорижий муаллифлар БАС ажралиши билан тўпиқ синишларини жарроҳлик даволашдан сўнг БАСда болдир суяклари ўртасидаги диастаз ҳолатларини 24–52% ҳолатларда бартараф этишнинг имкони бўлмайди, кузатувларнинг 2,1 дан 20% гача қайта операция зарурати пайдо бўлади. Ҳозирги вақтда дистал БАС бойламлари ажралиб кетганда ошиқ-болдир бўғими функциясини тиклаш учун ташқи фиксация мосламаларидан фаол фойдаланилмоқда, бу эса яхши натижаларга эришишга имкон беради. Шу билан бирга, суякларараро остеосинтез усули жароҳатлардан кейин ўтган вақт бўйича маълум бир чекловга эга, у 2 ойдан ошмаган жароҳатлар учун қўлланилади.

Тадқиқот мақсади. Тўпиқлар синиши ва болдирлараро дистал синдесмоз бойламининг узилишида турғун-остеосинтез натижаларини таҳлил қилиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. 2021–2022 йиллар РИТОИАТМ Самарқанд филиалининг ўткир шикастланишлар оқибатлари бўлимида тўпиқлар синиши ва дистал болдирлараро синдесмоз бойлами узилиши билан 62 нафар бемор даволанган, уларда жарроҳлик муолажаси ўтказилган. Улардан 32 нафари (51,6%) эркак, 30 нафари (48,4%) аёл. 35 (56,5%) нафар беморда чап томонлама жароҳатлар ва 27 (43,5%) беморларда ўнг томонлама жароҳатлар аниқланган. Беморларда қуйидаги тадқиқот усуллари қўлланилди: клиник, рентгенологик ва УТТ.

Тўпиқлар синиши ва болдирлараро синдесмозни тиклаш учун суякичи фиксатори ва пластина билан остеосинтез қўлланилди. Бемор ўтказувчан «спинал» оғриқсизлантириш остида ошиқ-болдир бўғими соҳасида юмшоқ тўқималар асосини кичик болдир суягига қаратиб ёйсимон шаклида кесилади, қаватма-қават тери-тери ости, суяк усти пардаси кесилиб кичик болдир суягининг дистал қисми очилади. Олдин синдесмоз соҳасида суяк ичига ўрнатиладиган стерженга эга фиксаторни киритиш учун бурғу билан жой бурғуланади, сўнгра синдесмоз проекциясида тўпиқнинг метафиз қисмига стерженнинг кесикли қисми ва ўткир бошчаси ўрнатилади, бу эса стабиллаштиришни яхшилайди, сўнгра кесикли қисмига втулка киритилади ва гайкалар фиксаторнинг кесикли иккинчи учига киритилган калит ёрдамида буралади ва фиксаторнинг барқарор фиксациясини ошириш учун мустаҳкамланади. Втулкадаги кесик суяк

бўлаклари силжишининг олдини олади. Суякичи гайкаси учун биринчи фиксатор маҳкамланганда суяклар бир-бирига яқинлашади, болдирлараро диастаз тикланади. Кейин ташқи тўпиқ бўлакларини барқарорлаштириш, силжишларни йўқотиш ва суяк бўлакларини компрессияси учун пластинка қўйилиб, маҳкамланади. Жароҳат қаватма-қават тикилади.

Натижалар ва уларнинг таҳлили. Даволаш натижаларини таҳлил қилиш клиник, рентген ва УТТ усуллари ёрдамида амалга оширилди. Натижалар оғриқ синдромининг кучайишига, ошиқ-болдир бўғимдаги ҳаракатланиш амплитудасига, бўғимнинг ҳолатига ва кундалик ҳаёт фаолияти даражасига қараб баҳоланди. Ушбу ўлчов бўйича максимал балл (100) соғлом ошиқ-болдир бўғимига тўғри келади. 6–12 ойдан сўнг (>70 балл) яхши ва аъло натижалар 45 беморда олинди, бу 72,6% ни ташкил этди, қониқарли натижалар (50–69 балл) 17 (27,4%) беморда кузатилди.

Хулоса. Суякичи остеосинтези учун фиксатор ёрдамида ташқи тўпиқ синишини ва дистал болдирлараро синдесмозни кам инвазив даволаш, ошиқ-болдир бўғими функциясининг тикланишини ва беморларнинг иш жойига, шу жумладан жисмоний меҳнатга қайтиши билан шикастланган оёқнинг таянч қобилияти тикланишини таъминлайди. Фиксатордан фойдаланиш операция давомида синдесмоз ажралишини бартараф қилиш жараёнини бошқаришга имкон беради, рецидивлар пайдо бўлишининг олдини олади ва операция қилинган оёқнинг эрта функционал тикланишини таъминлайди.

ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

С.Ф. Гнетецкий[1,2], А.М. Файн [1,2], А.Ю. Ваза[1], Р.С. Титов [1], Ю.А. Боголюбский[1], А.Ю. Сергеев[1], К.И. Скуратовская[1], Г.И. Чемянов[2]

[1]ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы
[2]ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова МЗ РФ

Коронавирусная пандемия внесла коренные изменения в повседневную жизнь людей и в характер оказания специализированной медицинской помощи. С первых дней пандемии в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского реализован план организации инфекционных подразделений трех уровней: реанимации и интенсивной терапии, обсервационного и госпитального отделения, куда направлялись пациенты с коронавирусной инфекцией, поступающие по каналу скорой помощи, переведенные из других ЛПУ, и пациенты НИИ скорой помощи с выявленным в период пребывания в стационаре COVID-19.

В специально оборудованном корпусе были созданы условия для лечения самых тяжелых групп пациентов, имевших, помимо инфекции COVID-19, острые хирургические заболевания, термо-ингаляционную травму и повреждения опорно-двигательного аппарата. Всем без исключения госпитализированным в травматологические отделения выполняли ПЦР-пробы и анализ уровня IgM и IgG в крови. При положительном результате ПЦР, а также после консультации с инфекционистом в случае превышения показателей IgM и IgG референсных значений пациента переводили в инфекционный корпус. При оперативном вмешательстве в качестве анестезии методами выбора являлись спинномозговые, проводниковые анестезии и проведение блокад для уменьшения распространения аэрозольной взвеси при интубации/экстубации. Операционная бригада применяла все СИЗ, используемые в стационаре, строго соблюдая протокол дезинфекции.

В процессе оказания хирургической помощи в стационаре в первую очередь рассматривались неотложные операции, во вторую – которые можно отсрочить. В условиях НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского применен следующий алгоритм оказания травматологической помощи пациентам с COVID-19: При стабильном состоянии пациента (состояние определяется количеством баллов шкалы NEWS-2 и степенью тяжести поражения легких по КТ) и наличии у него открытого перелома, перелома с угрозой перфорации кожи и повреждением магистрального сосуда применялась такая же хирургическая тактика, как при изолированной травме, т.е. выполнялся остеосинтез доступными средствами. При закрытых переломах предпочтение отдавалось гипсовым повязкам, бандажам и ортезам. При необходимости оперативного лечения его выполняли после выздоровления пациента от COVID-19 при наличии двух отрицательных ПЦР-тестов. Переломы диафиза плечевой, бедренной или большеберцовой кости фиксировали блокируемыми штифтами. При переломе шейки бедренной кости у пациента старше 60 лет выполняли эндопротезирование тазобедренного сустава, а тем, кто моложе – остеосинтез канюлированными винтами. Вколоченные переломы лечили консервативно. При вертельных переломах выполняли остеосинтез блокируемым штифтом. Переломы костей таза в зависимости от характера перелома фиксировали С-рамой, аппаратом наружной фиксации или проводили погружной остеосинтез штифтами, винтами. При промежуточном состоянии пациента и наличия у него открытого перелома, перелома с угрозой перфорации кожи и повреждением магистрального сосуда выполняли стабилизацию отломков аппаратом наружной фиксации. Закрытые переломы у таких пациентов иммобилизировали гипсовыми повязками, бандажами, ортезами. Пациентам старше 60 лет с переломами шейки бедренной кости

после выздоровления выполнялось эндопротезирование тазобедренного сустава. Пациентам моложе 60 лет выполняли остеосинтез канюлированными винтами. Вколоченные, вертельные переломы и переломы костей таза лечили так же, как и при стабильном состоянии пациента. Внутрисуставные переломы оперировали после выздоровления от COVID-19. При нестабильном состоянии пациента переломы фиксировали гипсовыми повязками, ортезами, бандажами. У большинства заболевших хирургическое лечение проводили после выздоровления от COVID-19.

Анализируя промежуточные итоги лечения 157 травматологических пациентов с коронавирусной инфекцией, вызванной COVID-19, наблюдавшихся в инфекционном отделении ГБУЗ им. Н.В. Склифосовского, следует отметить, что из 115 хирургических вмешательств самыми распространенными оказались операции установки АНФ – 42, остеосинтеза бедра – 28 и ПХО ран – 26. При этом отмечен высокий показатель развития инфекционных осложнений 41 (35,7%), что потребовало выполнения дополнительных вмешательств. Консервативное лечение травм проведено 65 пациентам (41,4%). Среди пролеченных консервативно умерли 9 (летальность – 13,8%). Оперативное лечение травм проведено у 92 (58,6%) – из них умерли 34 пациента (летальность – 36,9%). Структура травматизма пациентов с COVID-19 осталась прежней. Анализ данных говорит о том, что количество воспалительных послеоперационных осложнений у травматологических пациентов с новой коронавирусной инфекций выше, чем у аналогичных пациентов без нее. Выше и смертность, которая обусловлена тяжестью течения COVID-19, а не тяжестью травмы.

Заключение. Травматологи обязаны неукоснительно следовать строгим требованиям санитарно-противоэпидемических методических рекомендаций «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции COVID-19» в сочетании с установлением приоритетов в работе с травматологическими пациентами. Это позволит в полном объеме оказывать необходимую специализированную помощь.

ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ ДИАФИЗА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ МЕТОДОМ КОМБИНИРОВАННОГО ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОГО БИЛОКАЛЬНОГО И БЛОКИРУЮЩЕГО ОСТЕОСИНТЕЗА

Гусейнов Ряшад Гияс-оглы

Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи, г. Барнаул, Россия

Введение. В структуре инвалидности, вызванной последствиями травм конечностей, переломы голени занимают ведущее место. Наибольшие трудности для лечения представляют инфицированные дефекты диафиза после тяжелых открытых переломов. В середине XX века выдающимся отечественным травматологом-ортопедом Г.А. Илизаровым предложен метод билокального комбинированного компрессионно-дистракционного остеосинтеза при замещении дефектов диафиза, заключающийся в формировании дистракционного регенерата при перемещении остеотомированного фрагмента одного из отломков через зону дефекта. Однако, как показали исследования, главной причиной отсутствия консолидации являлось закономерное угасание или полное прекращение репаративной реакции в месте контакта отломков.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ использования комбинированного последовательного билокального остеосинтеза и традиционной методики чрескостного компрессионно-дистракционного остеосинтеза при лечении посттравматических дефектов диафиза большеберцовой кости.

Материал и методы. В период с 2009 по 2018 г. в отделении тяжелой сочетанной травмы КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Барнаула проходили лечение 23 пациента с политравмой (ПТ) тяжестью от 26 до 40 баллов по шкале ISS, одним из компонентов которой был открытый оскольчатый иррегулярный перелом диафиза большеберцовой кости с дефектом костной ткани. В процессе исследования методом случайного распределения были сформированы две группы – основная и контрольная. В основную группу вошли 14 пациентов, в ходе лечения которых использовали оригинальный способ лечения, заключающийся в комбинированном последовательном применении, после удлиняющей остеотомии одного из отломков, чрескостного остеосинтеза аппаратом Илизарова и гвоздя с блокированием (UTN). Величина дефекта большеберцовой кости у пациентов основной группы колебалась от 2 до 7 см, в среднем 3,9±0,9 см. Группу сравнения (контрольную) составили 9 пациентов, в ходе лечения которых использовали традиционную методику билокального чрескостного компрессионно-дистракционного остеосинтеза по Илизарову. Величина дефекта большеберцовой кости у пациентов контрольной группы колебалась от 2 до 7 см, в среднем 3,6±1,6 см. Статистически значимых отличий по основным параметрам (пол, возраст, тяжесть ПТ, величина дефекта и др.) между группами не отмечалось.

Результаты и обсуждение. Меньшая продолжительность наружной фиксации в основной группе позволила уменьшить частоту локальных осложнений, сократить общие сроки лечения, значительно улучшить качество жизни пациентов на этапе перестройки дистракционного регенерата. Замена аппарата на интрамедуллярный гвоздь с блокиро-

ванием в период формирования дистракционного регенерата и сращения отломков в месте стыковки позволила добиться прочного сращения отломков на стыке, исключив дополнительные оперативные вмешательства, обеспечить оптимальные условия качества жизни в период перестройки дистракционного регенерата.

Заключение. Использование при билокальном остеосинтезе в период перестройки костного регенерата гвоздя с блокированием статистически значимо сокращает число локальных осложнений ($p<0,05$), в 6,5 раза снижает сроки фиксации в аппарате после окончания перемещения фрагмента, что значительно улучшает качество жизни, уменьшает общие сроки лечения в 1,4 раза.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Д.А. Еримбетов, Д.Д. Наубетов, Н.Б. Реймов, С.Д. Наубетов

Каракалпакский филиал РНЦЭМП, г. Нукус

Актуальность. В последние годы в результате развития промышленности, в частности автомобильного и высотного строительства, во всем мире качественно изменилась структура травматизма – значителен рост числа и тяжести сочетанных травм. Заметно участившиеся автодорожные и железнодорожные травмы, падение с высоты являются основными причинами тяжелых сочетанных травм (СТ), которые в 15–40% случаев приводят к летальному исходу и в 12–15% – к инвалидности.

Цель исследования. Целью настоящей работы явилось сравнительный статистический анализ результатов лечения переломов костей у больных СТ.

Материал и методы. В отделении сочетанных и осложненных травм Каракалпакского филиала РНЦЭМП за 2019–2020 гг. пролечились 92 пациента с СТ, из них 72 – взрослые и 20 – дети. Возраст пациентов колебался от 10 до 76 лет.

Результаты. Структура, вид СТ у пострадавших: бытовая травма – 20 (21,7%), дорожно-транспортное происшествие – 65 (70,7%), кататравма – 7 (7,6%). Пациенты обращались в стационар: самотёком – 50 (54,3%) и по линии скорой медицинской помощи – 42 (45,7%). Травматический шок наблюдался при поступлении у 80 (86,9%) пострадавших с СТ, из них: с лёгкой степенью тяжести – 17 (21,2%), средней – 25 (31,3%), тяжёлой – 38 (47,5%). Зачастую пострадавшие с СТ поступали в стационар в тяжёлом шоковом состоянии, отсутствие сознания и вынужденное положение пациентов затрудняло выяснение обстоятельств и механизмов травм, проведение тщательного медицинского обследования.

Согласно принятому стандарту лечения СТ, при оказании экстренной медицинской помощи к пострадавшим применялась индивидуальная тактика, учитывающая возраст пациента и тяжесть их состояния. В большинстве случаев применялись атравматические методы лечения. У 85 (92,4%) пациентов диагностированы переломы костей конечностей, из них одного сегмента – у 29 (34,1%), у двух и более – у 43 (50,6%), у 7 (8,2%) – переломы костей таза и у 6 (7,1%) – различные виды внутричерепных гематом. У 16 (17,4%) пострадавших наблюдались переломы костей верхних конечностей: ключицы – у 7 (7,4%), плечевой кости – у 5 (5,4%) и костей предплечья – у 4 (4,3%). У большинства пациентов применялись атравматические оперативные методы лечения под контролем электронно-оптического преобразователя (ЭОП). При переломах хирургической шейки плечевой кости производилась репозиция костных отломков под контролем ЭОП с остеосинтезом пучок спицами.

Однако при оскольчатых переломах обеих бедренных костей была произведена одномоментная операция под интубационным наркозом – открытая репозиция костных отломков с интрамедуллярным остеосинтезом обеих бедренных костей штифтом и дополнительной их фиксацией серкляжными проволоками. У 5 больных с оскольчатыми переломами диафиза бедренной кости и обеих костей голеней была произведена открытая репозиция бедренной кости с интрамедуллярным остеосинтезом штифтом, внеочаговый компресионно-дистракционный остеосинтез костей одной голени аппаратом Илизарова и закрытая ручная репозиция костных отломков костей другой голени под контролем ЭОП с остеосинтезом пучок спицами. У 2 больных с двойным переломом бедренной кости, переломом надколенника и переломом обеих костей предплечий произведены операции – закрытая репозиция костных отломков с интрамедуллярным остеосинтезом штифтом ЦИТО бедренной кости через коленный сустав, закрытая репозиция костных отломков с остеосинтезом шейки бедренной кости пучком спиц, закрытая репозиция костных отломков с интрамедуллярным остеосинтезом обеих костей предплечья спицами под контролем ЭОП и открытая репозиция костных отломков со сшиванием надколенника п-образными кисетными швами.

При изучении отдалённых результатов лечения пациентов с переломами шейки и диафиза бедренной кости, обеих костей предплечий через год после оперативного лечения отмечалось полное срастание переломов костей. Этим пациентам произведена операция – удаление металлофиксатора (штифтов и спиц).

Различные виды внутричерепных гематом подтверждены у 5 пациентов при помощи компьютерной томографии, и им произведена трепанация черепа в экстренном порядке т.е. в первые 6 часов после получения травмы.

Все пациенты активизировались на 5–7 сутки после операции и, как правило, начинали двигаться

при помощи средств опоры на 14–21 день и выписывались на амбулаторное лечение. У оперированных больных пролежней, пневмоний, тромбоэмболий легочной артерии не отмечено, а флеботромбозы были только у 2 больных.

Выводы. Таким образом, активное дифференцированное хирургическое лечение пострадавших с СТ в зависимости от их возраста, характера переломов и сроков с момента получения травм позволило значительно улучшить результаты лечения и уменьшить общую летальность.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Д.А. Еримбетов, Д.Д. Наубетов, Н.Б. Реймов, С.Д. Наубетов

Каракалпакский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Увеличение числа пожилых людей в возрастной структуре населения поднимает вопрос оказания им специализированной помощи на уровень социальной проблемы. Многолетние наблюдения за пациентами с инвалютивными типами переломов убедили травматологов расширить показания к оперативному лечению переломов конечностей. Возраст пациента, сопутствующие заболевания, тип перелома стали основой разработки индивидуальной тактики оперативного вмешательства. Сегодня перед травматологами стоит задача меньшим объемом хирургического вмешательства и, естественно, меньшими экономическими затратами восстановить здоровье и улучшить качество жизни больного пожилого возраста. Актуальность этой проблемы ещё связана не только с активизацией образа жизни пожилых людей, приводящей к увеличению травматизма в пожилом возрасте, но и с тем, что исход лечения тяжелых трав в этом возрасте значительно хуже, чем у пострадавших молодого и среднего возраста.

Цель исследования. Изучение особенностей клинического течения и обоснование атравматичных методов лечения переломов длинных трубчатых костей у больных пожилого возраста.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в период с 2016 по 2020 года в отделении сочетанных и осложненных травм Каракалпакского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи пролечились 90 больных пожилого возраста с переломами длинных трубчатых костей. Всем пациентам проводились стандартные клинические, рентгенологические и лабораторные методы обследования.

Результаты. Из 90 обследованных нами больных 60 (66,7%) составили мужчины и 30 (33,3%) – женщины. Из них 81 (90%) составили жители города, 9 (10%) – села. Распределение больных по локализации переломов следующее: плечевая кость – 8 (8,9%) больных, кости предплечья – 14 (15,5%), бедренная кость – 26 (28,9%), кости голени – 42 (46,7%) больных.

Среди больных с переломами длинных трубчатых костей у 60 (66,7%) проведено оперативное лечение, у 30 (33,3%) – консервативное лечение. На основании результатов клинического наблюдения, рентгенологических и лабораторных исследований нами обосновано применение атравматичных методов лечения переломов длинных трубчатых костей у больных пожилого возраста.

У 60 прооперированных больных проведены следующие оперативные вмешательства: при переломе костей голени у 36 (60%) проведен чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова, при переломе плечевой кости у 3 (5%) больных наложен аппарат Илизарова, у 14 (23,3%) больных с переломом бедренной кости – закрытая репозиция, остеосинтез штифтом, при переломе костей предплечья – у 7 (11,7%) больных – закрытая репозиция, остеосинтез спицами.

В ходе лечения больных пожилого возраста с переломами длинных трубчатых костей в послеоперационном периоде назначались курсы физиотерапевтического лечения. Применение этих процедур способствовало устранению и уменьшению болевых ощущений при лечении переломов костей.

Отдаленные результаты лечения изучены у 76 (84,4%) больных: хорошие результаты достигнуты у 64 (84,2%), удовлетворительные – у 10 (13,1%), неудовлетворительные – у 2 (2,7%).

Выводы. Таким образом, при лечении больных пожилого возраста с переломами длинных трубчатых костей метод лечения необходимо выбирать в зависимости от общего состояния больного, от вида и характера перелома; при лечении больных пожилого возраста с переломами длинных трубчатых костей необходим строгий дифференцированный подход к выбору методики лечения; при лечении переломов длинных трубчатых костей у больных пожилого возраста не следует сужать показания к применению малотравматичных, малозатратных, щадящих их организм хирургических методов лечения.

ТРАВМАТИЧЕСКАЯ КОАГУЛОПАТИЯ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ

А.И. Жуков, П.А. Иванов, Е.В. Клычникова, А.С. Богданова, Е.В. Тазина, С.А. Бадыгов, Н.Н. Заднепровский

Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия

Актуальность. Вопросы снижения смертности пострадавших с политравмой не теряют своей актуальности. Современные подходы к лечению

тяжелых травм основаны на учете патофизиологических реакций, происходящих в организме пациентов. Одним из звеньев в танатогенезе у пострадавших с тяжелыми травмами является коагулопатия, прогрессирование которой опасно развитием эндотелиальной дисфункции с формированием стойкой гипотензии, а также усугублением геморрагического синдрома. Отсутствие отечественных данных и перспективы развития лечения на основе патофизиологии повреждений требуют проведения исследований по данной тематике.

Цель исследования. Оценить зависимость развития травматической коагулопатии от тяжести повреждений.

Материалы и методы. Объектом ретроспективного исследования стали 59 пострадавших с политравмой, которые проходили лечение в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского с 2022 года по март 2023 года. Критериями включения в исследование являлись показатели Берлинского определения политравмы: травма двух и более областей с балльной оценкой тяжести травмы по AIS>3 и одного из пяти следующих параметров: гипотония <90 мм рт. ст., нарушение сознания ШКГ < 8, ацидоз BE<-6, коагулопатия ПТВ > 40 сек/МНО > 1,4, возраст > 70 лет. Критериями исключения из выборки являлись: возраст менее 18 лет и пострадавшие с комбинированной травмой. В выборку также не были включены пациенты, переведенные из других медицинских организаций. Для анализа внешнего и внутреннего путей коагуляции в исследовании использованы рутинные тесты оценки гемостаза при поступлении: протромбин (по Квику), протромбиновое время, тромбиновое время, фибриноген (по Клаусу), МНО и АЧТВ, а также результаты клинического анализа крови по содержанию тромбоцитов. Показатели тромбоэластограммы не учитывались ввиду нерутинного их применения. Оценка тяжести травмы у пострадавших проведена по шкалам AIS/ISS (Abbreviated Injury Scale/Injury Severity Score). Статистический анализ проводился с использованием коэффициента корреляции Спирмена с критерием значимости p<0,05.

Результаты. Среди пострадавших преобладали мужчины – n=47 (79,6%) со средним возрастом 42,5±16,4 года. Доминирующей причиной травмы были падения с высоты (n=27; 45,6%) и ДТП (n=12; 20,3%), реже встречались производственная (n=7; 11,8%), поездная – n=5 (8,4%) травма и ранения – n=5 (8,4%). В единичных случаях тяжелая травма получена при падении на улице.

При анализе первичных лабораторных данных у двух пострадавших не было коагуляции и у пятерых – анализа коагулограммы при поступлении. Среди оставшихся 52 пациентов в 64,6% случаев выявлено снижение концентрации протромбина со средним значением 68,8±19,3%, повышение МНО было в 79,1% со средними значениями 1,47±0,49 нмоль/мл, в то время как АЧТВ было повышено лишь у 10,4% больных (28,2±16,3 сек.). Протромбиновое (16,9±4,5 сек.) и тромбиновое (20,2±5,1 сек.) время были увеличены у 81,5% пострадавших. Среднее значение концентрации фибриногена составило 1,64±0,7 г/л, и снижение его наблюдалось в 70,8% случаев. Несмотря на тенденцию к гипокоагуляции по данным коагулограммы, концентрация тромбоцитов была ниже порогового значения у лишь 18,7% пациентов со средним значением 199,8±85,0 Ед/мкл.

Средний балл тяжести травмы у пострадавших по ISS составил 33,7±7,1. При корреляционном анализе обнаружено увеличение МНО (p=0,10), ПТВ (p=0,07), тромбинового времени (p=1,20) и АЧТВ (p=0,09) в зависимости увеличения балльной оценки тяжести травмы без статистически значимых результатов. В то же время, по мере увеличения балла по ISS, отмечается уменьшение концентрации протромбина (p=0,07), фибриногена (p=0,03) и тромбоцитов (p=0,08).

Пострадавшим проводилась интенсивная терапия, выполнялись оперативные вмешательства, однако, несмотря на проведенное лечение, 26 (44%) пациентов умерли. Стоит отметить, что среди скончавшихся пациентов, по сравнению с выжившими, показатели коагулограммы смещены в сторону гипокоагуляции. Средние значения протромбина составили 61,3% vs 74,6%; МНО – 1,65 нмоль/мл vs 1,31 нмоль/мл; ПТВ – 15,5 сек.vs 18,7 сек.; АЧТВ – 24,4 сек. vs 33,3 сек.; фибриноген – 1,78 г/л vs 1,45 г/л. Средняя концентрация тромбоцитов – 199,6 vs 200,1 Ед/мкл и показатели тромбинового времени – 20,0 vs 20,3 сек. в группе выживших и умерших не отличались.

АВТОАВАРИЯЛАРДАН БОШ МИЯНИНГ ЁПИҚ ЖАРОҲАТИ

Жуманиёзов К.Й., Жуманиёзова Г.С., Олимова М.М.

ТТА Урганч филиали

Дунёда ҳар йили автоҳалокатлар сабабли 1,35 миллионга яқин одамлар бевақт ҳаётдан кўз юмади, шунингдек 50 миллиондан ортиқ киши жароҳат олади. Жароҳатланиш, ногиронлик ва ўлимдан ташқари автоҳалокатлар мамлакатларнинг иқтисодиётига ҳам сезиларли зарар келтириб, йилига бу 65 дан 100 миллиардгача долларни ташкил қилади. Кўпчилик мамлакатларда ушбу миқдор ялпи ички маҳсулотдан келадиган даромаднинг 3% ини ташкил этади. Дунёда автоҳалокатлардан ўлимнинг тахминан тўртдан уч қисми (73%) 25 ёшгача бўлган

эркакларга тўғри келиб, аёлларга нисбатан деярли 3 баробарга юқори. Эътиборли жиҳати шундаки, автомашинанинг тезлиги 1% га оширилса, ўлим хавфи билан содир бўладиган автоҳалокатнинг хавфи 3–4% га ошади.

Тадқиқотнинг мақсади. 2018 йилда Хоразм вилоятида ҳудудида содир этилган йўл-транспорт ҳодисалари туфайли жароҳатланганларнинг бош мия ёпиқ жароҳати олганларнинг сонини таҳлил қилиш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Материаллар ва усуллар. Хоразм вилояти йўл-патруль хизматининг маълумотига кўра, 2018 йилда 259 та автоҳалокатлар қайд этилган. Ушбу автоҳалокатлар туфайли Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Хоразм филиалига 2018 йилда 370 нафар шикастланганлар мурожаат қилганлик ва даволанганлик тўғрисидаги ҳисоботлар доирасида ўрганилди. Олинган маълумотларни статистик таҳлил қилишда ижтимоий-гигиеник ва санитария статистик усуллардан кенг фойдаланилди.

Натижа ва муҳокама. 2018 йилда жами содир этилган 259 та йўл-транспорт ҳодисаси туфайли Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Хоразм филиалига жами 370 нафар жароҳат олган беморлар мурожаат қилишган. Бу, ўз навбатида, ўртача ҳисобда ҳар бир йўл-транспорт ҳодисаси туфайли деярли 1,5 одам жароҳат олганини кўрсатади. Жароҳат олганларга: қўш жароҳат; бош миянинг ёпиқ жароҳати; қосиқ ва тос суякларининг синиши; ўнг болдир суяги ёпиқ майдаланиб синиши; чап сон суягининг ёпиқ синиб силжиши; ўнг қўл 4–5 бармоқларнинг кесилган жароҳати; чап ва ўнг елка суягининг ёпиқ синиб силжиши; ўнг ва чап болдир суяги ёпиқ синиб силжиши; чап тизза қопқоғининг ёпиқ синиб силжиши каби ташхислар қўйилган. Қайд этилган ташхислар билан 2018 йилда 370 та автоавариялар туфайли Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Хоразм филиалига мурожаат қилганларнинг 186 нафарига шифокорлари томонидан «Бош миянинг ёпиқ жароҳати» ташхиси қўйилган. Бу ҳар 2 та автоавариядан битта инсоннинг бош миясини ёпиқ жароҳатга учраганини кўрсатади.

Хулоса ўрнида таъкидлаш мумкинки, автоавариялардан жароҳатланиш барча жароҳатланишлар ичида салмоқли ўринни эгаллайди ва у инсон ҳаётига жиддий хавф солучи омилдир. Автоавариялардан қўйилаётган ташхислар ичида «Бош миянинг ёпиқ жароҳати» ташхиси эса автоавариялар барча қўйилаётган ташхисларнинг қарийб 50% ни ташкил қилади.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОМБИНИРОВАННОЙ ТРАВМЫ В КРУПНОМ ГОРОДЕ

Н.И. Завсеголов, А.В. Бондаренко, И.А. Плотников, О.А. Герасимова

Алтайский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, Алтайский край, г. Барнаул

Цель. Определить частоту, распространенность, структуру комбинированных травм в Барнауле – крупном по величине городе, наметить пути снижения.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 134 пострадавших с тяжелыми комбинированными травмами (КомбТ) в г. Барнауле за 16 лет (2005–2021 гг.).

Всего у 134 пострадавших было отмечено 469 повреждений: 93 термических и 6 химических ожогов, 46 отморожений, механических повреждений опорно-двигательной системы (ОДС) – 158, черепно-мозговых травм (ЧМТ) – 89, повреждений внутренних органов (ВО) – 69.

Поверхностные ожоги (I–IIIA) отмечены у 62 (46,3%), глубокие (IIIБ–IV) – у 31 (23,1%). Поверхностные отморожения (I–II) – у 27 (20,2%), глубокие (III–IV) – у 19 (14,2%).

ЧМТ отмечены у 89 (66,4%), из них закрытые – у 80, открытые – у 9, сотрясения головного мозга – у 42, ушибы головного мозга – у 47.

Из повреждений ВО встречались: контузия легких и почек – по 16 случаев, ингаляционное поражение – 12, повреждения кишечника и большого сальника – по 6, разрыв мочевого пузыря и уретры – 5, разрыв селезенки и брыжейки тонкой кишки – по 4.

Травмы ОДС наблюдались у 93 (69,4%).

Всего отмечено 146 переломов и 12 вывихов. У 28 они были открытыми, у 65 – закрытыми. Переломов ребер – 23, грудины – 1, бедер – 18, голеней – 33, лучевой и локтевой костей – 12, плеча – 6, таза – 20, позвоночника – 14, костей кисти – 6, стопы – 5, ключицы – 5, лопатки – 2, надколенника – 1. Вывих бедра – 4, предплечья – 3, ключицы, плеча, кисти, пальца, таранной кости – по 1.

При оценке тяжести политравмы по шкале ISS: нетяжелая травма (менее 17 баллов) наблюдалась у 20 (15%), тяжелая, без угрозы для жизни (17–25 баллов) – у 33 (24,6%), тяжелая, с угрозой для жизни (26–40 баллов) – у 63 (47%), критическая (41 и более баллов) – у 18 (13,4%). Тяжелая политравма преобладала в большинстве случаев – у 114 (85%).

Результаты. Отмечено 152 соматических осложнения у 61 (45,5%) пациента. Пневмония отмечалась в 26 случаях, пневмоторакс – в 18, из них в 3 – гемопневмоторакс, тромбоз глубоких вен нижних

конечностей и травматический шок различной степени тяжести – по 12, постгеморрагическая анемия различной степени тяжести – в 11, ОДН, посттравматический плеврит, подкожная эмфизема, сепсис, неврологические осложнения, ожоговый шок различной степени тяжести – по 6, ОПН, ожоговая болезнь – по 5, отек головного мозга – 4, гемоперитонеум, гиповолемический шок, гнойный трахеобронхит, перитонит и панкреонекроз – по 2, ушиб спинного мозга, ТЭЛА, острая печеночная недостаточность, ДВС, СН, ХЛВН, абсцесс органов брюшной полости, толстокишечный свищ, панкреатит и пневмомедиастинум, гематома печени, полиорганная недостаточность, фибрилляция желудочков сердца – по 1.

Отмечено 24 локальных осложнения у 10 (7,5%) пациентов. Из осложнений отмечено: ложный сустав – в 4 случаях, пролежни – в 4, из них 2 поверхностных и 2 глубоких, хронический посттравматический остеомиелит, контрактура смежных суставов – по 3, воспаление в области послеоперационной раны, п/к абсцесс области открытого перелома – по 2, флегмона сегмента н/к, замедленная консолидация, миграция МОС, перелом МОС, асептический некроз головки бедренной кости и посттравматический артроз – по 1.

При анализе летальности нами решено оценивать госпитальную и догоспитальную летальность в совокупности. В стационаре умерло 16 пациентов, на догоспитальном этапе – еще 5. На госпитальном этапе в течение 1-х суток погибли 6 человек, до 3 суток – 2 человека, до 7 суток – 3 человека, до 21 – 3 человека, свыше 21 – 2 человека. Большинство пациентов погибли в течение первой недели после травмы – 76,2%. На догоспитальном этапе структура летальности представлена следующим образом: глубокий термический ожог – 4 случая, травматический шок – 1 случай. Причиной смерти в первую неделю являлись тяжелые ожоги и повреждения нескольких органов и систем, способствующих развитию отека головного мозга – в 3 случаях, травматического шока – в 5 случаях. Причиной смерти свыше 7 суток являлись септические осложнения в 5 случаях, ОПН, ТЭЛА, отек головного мозга – по 1 случаю. Летальность при КомбТ составила 15,6%, смертность – 0,9 на 100000 населения в год.

Заключение. Таким образом, комбинированные термомеханические повреждения представляют собой редкую травму в мирное время. Лечение пострадавших с данной патологией следует проводить в отделении сочетанной и множественной травмы.

У пострадавших с комбинированной травмой летальность составляет 15,6%. Основной причиной смерти является развитие ожогового шока, сепсиса.

ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЗАДНЕГО КРАЯ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ

А.К. Исмаилов, Р.С. Кадиров, Ш.Р. Курбонов, Р.Р. Соипов, О.В. Карабаев

Ташкентский областной филиал РНЦЭМП

Актуальность. Переломы заднего края вертлужной впадины включают большой спектр травматических повреждений, таких как размер отломков, их количество, повреждение хрящевых поверхностей сустава, наличие вдавленных дефектов суставных поверхностей, наличие внутрисуставных отломков, сопутствующего перелома головки бедра, повреждение седалищного нерва. На сегодняшний день методом выбора является открытая репозиция и внутренняя фиксация отломков вертлужной впадины. При наличии сопутствующего перелома головки бедра (Pipkin IV) или свободных внутрисуставных отломков необходимо выполнение стабильного остеосинтеза головки бедра и/или удаления свободных отломков из полости сустава. Неполная диагностика либо отказ от оперативного лечения могут создавать предпосылки для развития артроза тазобедренного сустава и аваскулярного некроза головки бедра, которые, в свою очередь, влияют на неудовлетворительные исходы травмы.

Цель исследования. Оценка хирургической тактики у пострадавших с переломами заднего края вертлужной впадины, применяемых ТОФРНЦЭМП.

Материалы и методы. За период с 2020 по 2023 г. в ТОФРЭНЦМП было пролечено 15 (100%) больных с переломами заднего края вертлужной впадины. Из них 12 (80,0%) больным выполнено хирургическое вмешательство. Средний возраст пострадавших составил 45±10 лет. Пострадавшим с сопутствующим вывихом бедра выполняли экстренное вправление вывиха в условиях седации с последующим скелетным вытяжением за нижнюю конечность при наличии повторяющихся спазмов мышц нижних конечностей. Для диагностики проводились рентгенологические исследования и КТ. У оперированных больных диагностированы переломы со смещением более 5 мм – 12 (100%) больных, сохраняющийся подвывих головки бедра – 11 (91,7%) больных, наличие внутрисуставных отломков – 2 (16,6%) больных, наличие значительного импрессионного участка суставной поверхности вертлужной впадины – 10 (83,4%) больных. Во всех случаях применяли доступ Kocher-Langenbeck – 12 (100%) больных. При переломах заднего края вертлужной впадины был проведен остеосинтез стягивающими винтами и нейтрализующей тазовой пластиной. Признаком сохранения кровоснабжения головки бедра служило наличие кровотечения из выполненного сверлом отверстия на уровне перехода хряща в кость. При мелких фрагментах

края впадины применяли технику «spring plate» – 3 (25%)больных. При многооскольчатых переломах заднего края применили комбинацию пластин для пяточной кости и тазовую пластину у 7 (58,3%) больных. Оценивали исходы лечения по шкале Majeed, качество репозиции по критерию Matta, количество и характер осложнений.

Результаты. Хорошие функциональные результаты получены у 11 (91,6%) больных по шкале Majeed. Качество репозиции по критериям Matta: «отлично» – у 11 (91,6%) больных, «удовлетворительно» – у 1 (8,3%) больного. Средний срок перед операцией составил 5±2,4 дня, интраоперационная кровопотеря составила 203±88 мл. Осложнения: пролежни – у 2 (16,6%) больных, посттравматическая нейропатия седалищного нерва – у 2 (16,6%) больных.

Заключение. Применение используемой нами техники хирургического вмешательства позволяет выполнить остеосинтез головки бедра, удалить внутрисуставные отломки без риска нарушения кровоснабжения. Использование комбинации имплантатов для остеосинтеза многооскольчатых переломов задней стенки вертлужной впадины позволяет избежать первичного эндопротезирования тазобедренного сустава у пациентов молодого возраста.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ

Р.С. Кадиров, Р.Р. Соипов, Ш.Р. Курбонов, Н.А. Ражапов, О.В. Карабаев

Ташкентский областной филиал РНПЦЭМП

Актуальность. Повреждения опорно-двигательного аппарата (ОДА) отмечаются в 91% случаев при политравмах (ПТ) и у 22–42% пациентов являются доминирующими. У 70% пострадавших с политравмой повреждения ОДА – множественные. Если при повреждениях внутренних органов при ПТ тактика достаточно четко определена, то в отношении склетных повреждений остаётся много спорного и нерешенного. Так, не установлены оптимальных сроки и объем оперативных вмешательств, последовательность и методы фиксации переломов различных локализаций при множественных переломах нижних конечностей политравмы. Несмотря на значительные успехи в лечении ПТ, нельзя считать эту проблему полностью решенной. Важно создание и внедрение экспресс-методов диагностики и оценки степени опасности основных нарушений в остром периоде травмы. Необходима дальнейшая разработка и широкое внедрение способов ранней оперативной стабилизации костных отломков.

Цель работы. Выработать оптимальные сроки и объем малоинвазивного остеосинтеза при множественных переломах нижних конечностей у пострадавших с политравмой.

Материалы и методы. С 2019 по 2022 год в ТОФ РНЦЭМП поступило 238 (100%) пострадавших с ПТ. Основная масса пострадавших – 193 (81%) больных – ПТ получили в результате ДТП, 37 (15,9%) больных ПТ получили при падении с высоты. 8 (3,4%) больных получили травму в бытовых условиях. Работа основана на анализе историй болезни 238 (100%) больных с множественных переломами костей нижних конечностей, сочетанных ЧМТ. Были выделены 3 клинические группы. I группа – 52 (21,1%) больных – пострадавшие с доминирующей тяжёлой ЧМТ (тяжелые открытые ЧМТ, переломы основания черепа, ушибы головного мозга тяжелой степени, ликворея), не требующей оперативного вмешательства, в сочетании с множественными переломами костей нижних конечностей, позвоночника и костей таза. Травматический шок III степени. II группа – 65 (27,3%) больных с тяжелой ЧМТ (внутримозговые гематомы, ушибы головного мозга средней и тяжелой степени) и нетяжелыми повреждениями нижних конечностей (переломы костей голени и стопы). Травматический шок I–II степени. III группа – 121 (51,6%) больной с тяжелыми повреждениями ОДА (переломы костей таза, бедра, костей голени, множественные переломы конечностей) и нетяжелой ЧМТ (ушиб головного мозга легкой степени, сотрясение головного мозга). Шок I степени.

Результаты и обсуждение. Все больные находились на лечении в отделении реанимации, где наряду с интенсивной терапией продолжали комплексное обследование. Хирургическое лечение пациентов I группы включало в себя: лечение шока, стабилизацию витальных функций. Вторым этапом произведен малоинвазивный остеосинтез костей нижних конечностей на 3–5-е сутки, ВКДО, стержневой остеосинтез. Летальность в I группе составила 2%. У 65 (27,3%) больных II группы на краниограммах и МСКТ выявлены вдавленные переломы черепа, внутричерепные гематомы и гидрамия. Произведена трепанация черепа с удалением компримирующих агентов. Малоинвазивный остеосинтез костей голени (ВКДО) проводился симультанно трепанацией черепа. Летальность в этой группе пострадавших составила 1%. Причина летальных исходов в I и II группах больных – тяжёлая ЧМТ. Лечение пациентов III группы было направлено, прежде всего, на выведение из шока, стабилизацию гемодинамики. Малоинвазивный остеосинтез переломов костей нижних конечностей произведен на 2–4-е сутки. Летальных исходов не отмечалось.

Вывод. Ранняя фиксация отломков и восстановление целостности сегментов нижних конечностей малоинвазивными способами при сочетанных травмах играют решающую роль для достижения благоприятных исходов лечения.

КОЖНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПАЛЬЦЕВ ПРИ ТРАВМАХ КИСТИ

У.А. Касимов, А.К. Усманов, У.Н. Бобаев, Д.Р. Низамиддинов

Андижанский филиал РНПЦЭМП

Травмы кисти и пальцев занимают особое место среди других травм опорно-двигательного аппарата, что связано с важнейшей ролью кисти в бытовой и производственной деятельности человека. По данным различных авторов, удельный вес повреждений кисти составляют 25–60% от всех травм опорно-двигательного аппарата и до 40–43% всех обращений в ЛПУ [Волкова А.М., 1991; Корнилов Н.В. и соавт., 1994].

Травмы и ранения кисти нередко сопровождаются потерей кожного покрова, притом, что показания к восстановлению целостности его составляют около половины всех случаев. На кисти, как ни на одном участке тела человека, для нормальной функции необходимо наличие полноценного кожного покрова и возможность восстановления целости кожи зависит от проведения реконструктивных операций на кисти (Alvarez Jorge A., 2006).

Все виды кожной пластики можно разделить на два принципиальных варианта:

1) свободная кожная пластика;

2) несвободная кожная пластика.

В данной публикации речь пойдёт о несвободной кожной пластике, в частности, о закрытии раны путем использования кожи ладонной поверхности кисти или прилежащих пальцев.

За период с 2010 по 2020 годы в торако-сосудистом отделении Андижанского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи пролечено 268 пациентов с различными травмами кисти, сопровождавшимися потерей кожного покрова той или иной степени. Лиц мужского пола было 188, женского – 80.

По возрасту пациенты распределились следующим образом: до 20 лет – 40, до 30 лет – 118, до 40 лет – 96 и более 40 лет – 14 пациентов. Как видно из вышеизложенного, практически все пациенты находились в наиболее трудоспособном возрасте.

По времени с момента травмы и до поступления в стационар поступили: до 1 часа – 190 пациентов, до 3-х часов – 48 пациентов, до суток – 22 и 8 больных – с более чем суточной давностью.

Локализация травмы на правой кисти составила 129 случаев, на левой – 139 наблюдений. При этом повреждение большого пальца – в 76 случаях, указательного – 118 наблюдений и в 74 наблюдениях отмечено повреждение среднего пальца.

Во всех случаях целостность кожного покрова восстановлена путем несвободной кожной пластики, причем источником пластического материала в 118 случаях послужил соседний палец и в 150 наблюдениях – ладонная поверхность соответствующей кисти.

В 2 случаях наблюдались осложнения: в 1-м наблюдении – некроз лоскута (у пациента, страдающего сахарным диабетом), в другом случае – намеренный отрыв пальца от донорского участка с ладонной пластикой.

Во всех остальных 266 случаях заживление было первичным натяжением, с достижением хороших функциональных и косметических результатов.

Таким образом, операцией выбора при травмах кисти, сопровождающихся дефектом кожных покровов пальцев, является несвободная кожная пластика, с закрытием раны площадкой кожи ладонной поверхности кисти или прилежащими пальцами.

ВИДЫ ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОКОЛОСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Ш.Р. Курбонов, Р.С. Кодиров, Р.Р. Соипов, А.К. Исмаилов, О.В. Карабаев

Ташкентский областной филиал РНЦЭМП

Введение. Интерес к чрезвертельным, межвертельным и вертельно-диафизарным переломам связан с высокой частотой данных повреждений в структуре травматизма, а также неудовлетворенностью авторов высоким процентом отрицательных анатомо-функциональных результатов лечения. Лечение этих переломов консервативным путем приводит к неудовлетворительным результатам в 75–80% случаях. Длительный постельный режим для больных в старческом возрасте неприемлем из-за угрозы развития пролежней, застойных пневмоний и тромбоэмболических осложнений. Поиски простого, надежного устройства для соединения и прочного удержания костных отломков привели к созданию огромного множества конструкций, в которых использовались разные принципы фиксации. До 2015 года для остеосинтеза проксимального отдела бедренной кости использовались интрамедуллярный или накостный остеосинтез без элементов блокирования. С 2015 года по настоящее время стали применять блокирующие пластины (LSP) и блокирующие стержни (БИОС), затем – гамма-гвозди (Gammanail). После применения этих конструкций срок реабилитации больных был значительно сокращен.

Цель исследования. Проанализировать результаты остеосинтеза при околосуставных переломах проксимального отдела бедренной кости.

Материалы и методы. Мы изучали результаты лечения 52 (100%) больных, находившихся на стационарном лечении в Ташкентском областном

филиале РНЦЭМП. При лечении пациентов применялись остеосинтез блокирующим интрамедуллярным стержнем (БИОС) у 7 (18,4%), LSP-пластины – у 26 (68,5%), спангиозными винтами – у 3 (8%), пучком спиц Илизарова – у 2 (5%). Отдаленные результаты изучены у наблюдаемых нами больных в сроки от 1 года до 2-х лет. При оценке исходов лечения пользовались трехбалльной системой.

Результаты. Хороший исход (отсутствие жалоб, полное сращение костных отломков, восстановление функции конечности и трудоспособности больного) получен у 26 (68,4%), из них у 4 (16%) больных – после блокирования стержнями, у 20 – LSP-пластиной (77%), спангиозными винтами – у 2 (7%). Удовлетворительный (замедленное сращение костных отломков, незначительная миграция винтов и пластин, ограничение функции оперированной конечности, частичная потеря трудоспособности больного, укорочение конечности (до 2 см) – у 10 (26,3%), у 3 больных – после блокирования стержнями (30%), у 6 – LSP-пластиной (60%), у 1 – пучком спиц Илизарова (10%). Неудовлетворительный (отсутствие сращения костных отломков, резкое нарушение функции конечности, потеря трудоспособности, переломы металла, укорочение конечности более 5 см) – у 2 больных, из них у 1 – пучком спиц Илизарова, у 1 (50%) – спангиозными винтами.

Вывод. Анализ результатов оперативного лечения переломов проксимального отдела бедренной кости показывает, что наиболее часто неудовлетворительные результаты встречаются при любых видах остеосинтеза. Исходя из этих результатов, вопрос выбора метода оптимального остеосинтеза остается открытым.

РАННЯЯ ГЕРМЕТИЗАЦИЯ КОСТНОГО ДЕФЕКТА ЧЕРЕПА ВЛИЯЕТ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ СОЗНАНИЯ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

К.Э. Махкамов, Ш.Р. Бойменов, А.Б. Салаев, М.К. Махкамов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: сравнение результатов ранней и поздней краниопластики черепа у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой.

Материал и методы. Исследованы результаты хирургического лечения 42 больных тяжелой черепно-мозговой травмой после декомпрессивной краниоэктомии в нейрохирургическом отделении РНЦЭМП в период 2019–2021 гг. Критерием выборки больных являлось угнетение сознания до уровня комы, менее 8 баллов по шкале комы Глазго, сдавление головного мозга внутричерепной травматической гематомой. Средний возраст больных составил 41,8 ±2,2 года, среди них мужчин было 31 (73,9%), женщин – 11 (26,1%). Больные разделены на две группы: в первой группе – 20 случаев (47,6%) – выполнена ранняя герметизация послеоперационного костного дефекта черепа в сроки 21±3 суток после первичной операции. Преимущества ранней герметизации костного дефекта черепа у больных тяжелой черепно-мозговой травмой: устранение нарушения оттока крови и перфузии вещества головного мозга вследствие спаечного процесса, раннее восстановление нервных трактов, отвечающих за прояснения сознания, раннее устранение влияния атмосферного давления на головной мозг. Во второй группе – 22 случая (52,3%) – выполнена поздняя герметизация костного дефекта черепа у больных тяжелой черепно-мозговой травмой в сроки 6 и более месяцы. Всем больным до и после операции на 1–2 сутки выполнена компьютерная томография и МРТ-трактография для определения состояния нервных пучков.

Результаты и их обсуждение. Послеоперационные осложнения: приступы судорог с утратой сознания – в 1 группе не отмечались, во второй группе – у 1 (4%); инфекционные осложнения в 1 группе не отмечались; во 2 группе – у 1 (4%); атрофия и некроз кожного лоскута в 1 группе не отмечались, во 2 группе – у 1 (4%).

При оценке результатов лечения по шкале исходов Глазго в первой группе: 5 баллов (хорошее восстановление) – у 14 (70,0%); 4 балла (умеренные нарушения жизнедеятельности) – у 1 (5%); 2 балла (вегетативное состояние) – у 2 (5 %). Во второй группе соответственно: 5 баллов – у 11 (50%); 4 балла – у 5 (22,7 %); 3 балла – у 4 (18,8%); 2 балла – у 2 (9,9%).

Вывод. При исследовании в динамике полученные результаты лечения при применении ранней герметизации костного дефекта черепа у больных тяжелой черепно-мозговой травмой в течение 14–21 дней свидетельствуют об эффективности лечения и уменьшения неврологических осложнений, раннем восстановлении сознания.

ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СИСТЕМЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

К.Э. Махкамов, М.К. Махкамов, А.Б. Салаев

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

На основании Указа Президента Республики Узбекистан № УП-2107 от 10.11.1998 г. была создана и начала функционировать в 2000 г. Служба экстренной медицины (СЭМ). Она стала самой крупной организационной структурой в системе здравоох-

ранения страны. Благодаря поддержке правительства Республики Узбекистан, умелому административному управлению, созданию современных материально-технических баз обеспечения за 20-летний период СЭМ стала одной из масштабных структур системы здравоохранения страны. Наряду с созданием системы экстренной медицинской помощи эффективно работает и нейрохирургическая служба республики. В настоящее время оказание круглосуточной специализированной нейрохирургической помощи в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) и во всех его филиалах претерпело значительное качественное изменение. Эффективность неотложной нейрохирургической помощи осуществляется разработкой, внедрением и применением новых диагностических и лечебных технологий, постоянным повышением квалификации нейрохирургов, как в нашей стране, так и за рубежом. Постоянное бесперебойное оснащение РНЦЭМП и его областных филиалов современным оборудованием позволяет проводить высокотехнологичные оперативные методы лечения и выводит нейрохирургическую службу на самый современный мировой уровень. Кроме оказания экстренной помощи при травмах центральной нервной системы проводятся микрохирургические операции при сосудистых заболеваниях головного мозга, последствиях инсульта, опухолевых поражениях головного и спинного мозга. Установление контактов с международными нейрохирургическими клиниками, проведение совместных конференцией, тренингов с участием выдающихся нейрохирургов из разных стран мира ознаменовало новый этап в совершенствовании Службы.

Помимо оснащения и постоянного обновления лечебно-диагностического оборудования, разработка и применение усовершенствованных методов сортировки и оказания помощи в приемно-диагностическом отделении, внедрение лечебно-диагностических стандартов, применение новых методов оперативного лечения приводят к улучшению показателей лечения больных.

При анализе 20-летнего опыта лечения в нейрохирургическом отделении РНЦЭМП, с соотнесением с данными авторов ближнего и дальнего зарубежья, выявлено, что в структуре пролеченных больных с изолированной черепно-мозговой травмой (ЧМТ) превалируют больные с легкой ЧМТ – 22 тыс. (79,6%), с травмой средней степени тяжести – более 3 тыс. (11,2%), с тяжелыми ушибами головного мозга – 2,6 тыс. (9,4%). В период с 2001 г. по 2023 г. пролечено более 70 тыс. больных, проведено около 40 тыс. оперативных вмешательств по поводу ЧМТ. Несмотря на рост числа обращений – до 5 тыс. обращений в год, – отмечается тенденция к снижению показателей летальности до 2% в год.

По последним подсчетам Всемирной организации здравоохранения, более 50% пострадавших с ЧМТ утрачивает трудоспособность, а затраты на реабилитацию составляют более 35 млрд долларов в год. Развитие нейрохирургической службы в системе СЭМ у нас в стране вносит свой вклад в решение колоссальной проблемы мирового здравоохранения.

ОПЫТ В ОКАЗАНИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ НАУЧНОМ ЦЕНТРЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

М.К. Махкамов, К.Э. Махкамов, А.Б. Салаев, Д.У. Исрайлов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

В Узбекистане за год регистрируется более 150 тыс. обращений по поводу черепно-мозговой травмы (ЧМТ), из них на долю тяжелой ЧМТ приходится 15%, обусловливая летальность, по данным разных источников, от 20 до 40%.

Цель исследования. Оценить итоги деятельности нейрохирургической службы Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) за двадцатилетний период функционирования с анализом результатов оказания хирургической помощи пострадавшим с тяжелой ЧМТ.

Материал и методы. Проанализированы архивные данные 70 тыс. больных с ЧМТ, находившихся на лечении в РНЦЭМП с 2001 года, с оценкой результатов применения разработанных новых методов лечения в нейрохирургическом отделении.

Результаты. По нашим данным, ушиб головного мозга тяжелой степени при изолированной черепно-мозговой травме встречается в 18,2% случаев от общего количества больных, при этом в 30 тыс. случаях выполнено оперативное лечение. Показатели летальности имеют стойкую тенденцию к снижению от 6,5–7% (2001 г.) до 2% в год. На эффективность лечения оказывает позитивное влияние введение современных стандартов диагностики и лечения больных с тяжелой черепно-мозговой травмой.

Стандарты техники выполнения резекционно-декомпрессивной трепанации черепа, позволяющие минимизировать послеоперационные осложнения:

– оптимальный разрез кожи по типу «traumaflap»;

– вазоконстрикция сосудов подкожной клетчатки для обеспечения бескровного разреза кожи;

– сохранение основной поверхностной височной артерии для исключения трофических расстройств кожного лоскута;

– формирование костного дефекта до основания черепа с резецированием крыла клиновидной кости для исключения нарушения оттока крови из вен Сильвиевой щели;

– использование интраоперационного микроскопа для полноценного удаления контузионных очагов и полноценного гемостаза, ревизия контузий основных отделов мозга и микрохирургического вскрытия цистерн основания черепа;

– использование нейронавигации при необходимости внепроекционного удаления контузионных очагов.

– восстановление индивидуальной анатомии черепа в ранний восстановительный период для профилактики вторичных ишемических расстройств.

В результате применения современных протоколов диагностики и лечения, использования современного операционного оборудования и методик оперативного лечения отмечается снижение показателей общей летальности, увеличение выживаемости больных с исходным нарушением сознания до уровня комы.

Выводы. В настоящее время, с развитием и совершенствованием СЭМ, прослеживается тенденция к повышению качества и эффективности оказания нейрохирургической помощи.

СТАНДАРТИЗОВАННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОКАЗАНИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

М.К. Махкамов, К.Э. Махкамов, А.Б. Салаев, Д.У. Исрайилов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

В Узбекистане, несмотря на повсеместное внедрение современных стандартов диагностики и лечения, сохраняются высокие показатели смертности после тяжелой черепно-мозговой травмы (ЧМТ). За год из зарегистрированных 120–150 тыс. случаев около 15–17% приходится на тяжелые ушибы головного мозга, требующие неотложного хирургического вмешательства.

Цель исследования. Анализ результатов оказания хирургической помощи пострадавшим с тяжелой ЧМТ в РНЦЭМП на основании 20-летнего опыта.

Материал и методы. Проанализированы архивные данные 70 тыс. больных с ЧМТ, находившихся на лечении в РНЦЭМП с 2001 года, с оценкой результатов применения разработанных новых методов лечения в нейрохирургическом отделении.

Результаты. По нашим данным, ушиб головного мозга тяжелой степени при изолированной черепно-мозговой травме встречается в 18% случаях от общего количества больных, при этом в 30 тыс. случаях выполнено оперативное лечение. Показатели летальности имеют стойкую тенденцию к снижению: от 6,5–7% (2001 г.) до 2% в год. Позитивное влияние на эффективность лечения оказывают своевременность диагностики и стандартизованный исчерпывающий объем оперативного лечения.

В настоящее время в РНЦЭМП техника выполнения резекционно-декомпрессивной трепанации черепа стандартизована и включает в себя:

– разрез кожи по типу «traumaflap»;

– бескровный разрез кожи и мягких тканей головы с помощью вазоконстрикторной инфильтративной анестезии;

– сохранение ветвей височной артерии для исключения трофических расстройств кожного лоскута;

– формирование костного дефекта с резецированием крыла клиновидной кости для исключения нарушения оттока крови из вен Сильвиевой щели;

– полноценное удаление контузионных очагов, вскрытие цистерн основания черепа для более эффективного снижения внутричерепного давления с использованием интраоперационного микроскопа;

– применение нейронавигационной техники при необходимости внепроекционного удаления контузионных очагов;

– восстановление анатомии черепа в ранний восстановительный период для профилактики вторичных ишемических расстройств.

Выводы. В результате применения современных протоколов диагностики и лечения, использования современного операционного оборудования и методик оперативного лечения отмечается снижение показателей общей летальности, увеличение выживаемости больных.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ГОЛЕНИ, ОСЛОЖНЕННЫХ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ, НА РАННИХ ПЕРИОДАХ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Ф.М. Махсудов, Л.А. Амонов, П.К. Худайбердиев

Навоийский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Переломы костей голени составляют довольно большой процент, и в отдаленном периоде являются главной причиной длительных сроков нетрудоспособности и инвалидности. Переломы костей голени встречаются в 11–13% случаев от всех переломов. Переломы костей голени занимают первое место среди переломов длинных

трубчатых костей, и по статистике составляют от 20 до 37,3% [3], открытые переломы костей голени составляют от 64,3 до 77,8% от всех открытых повреждений конечностей. Тем не менее, сегодня применяются новые передовые технологии, позволяющие улучшить результаты лечения переломов длинных костей конечностей и снизить инвалидность. Понятие травматической болезни включает весь комплекс явлений, всё то многообразие изменений в жизнедеятельности организма, имеющих место при тяжелых повреждениях, начиная от момента повреждения до исхода болезни.

Цель. Изучить особенности проведения диагностических и лечебных мероприятий у больных с переломами голени, осложненных острой кровопотерей, на ранних периодах травматической болезни.

Материалы и методы. Проанализированы результаты диагностики и лечения 23 пациентов, поступивших в течение 2018–2023 годов в Навоийский филиал РНЦЭМП, с переломами костей голени с явлениями травматической болезни, осложненными острой кровопотерей. Больные были доставлены в экстренном порядке в отделение реанимации, всем им при поступлении проводилась гемостатическая терапия, а для первичной стабилизации были использованы различные виды временной фиксации и остеосинтеза в **раннем периоде** травматической болезни.

Результаты. 16 (69,6%) пациентов доставлены по линии скорой помощи, 7 больных доставлены (30,4%) самотеком, на попутной машине, без иммобилизации. Из них было 18 (78,2%) мужчин и 5 (21,8%) женщин. Возраст – от 18 до 44 лет – 17 (73,9%); от 45 до 60 лет – 5 (21,8%) и старше 60 лет – 1 (4,3%). Причина возникновения: ДТП – у 11 больных (47,9 %), производственная травма – у 4 (17,4%), в результате падения с высоты – у 7 (30,4%), бытовая травма – у 1 пациента (4,3 %). Из 23 пациентов по виду травм: сочетанные травмы были у 15 (65,3 %), множественные травмы – у 7 (30,4%), комбинированные травмы – у 1 пациента (4,3%). По характеру повреждения: открытие переломы были у 9 (39,1 %), закрытые – у 14 больных (60,9%). Переломы проксимального отдела были у 9 пациентов (39,1%), диафизарные переломы наблюдались у 11 (47,8 %) и переломы дистального отдела – у 3 (13,1%) больных. Распределение по виду повреждения кровеносных сосудов: венозное – у 7 (30,4%); внутреннее (паренхиматозное) – у 11 (47,9%); артериальное – у 4 (17,4%); смешанное кровотечение у 1 (4,3%). По месту возникновения кровопотери: внешнее кровотечение – у 5 (27,1%); внутреннее кровотечение – у 18 (78,2%). В зависимости от объема кровопотери различают следующие уровни: легкая степень – у 7 (30,4%, меньше 0,5 литров); средняя – у 6 (26,2% меньше 1 литра); тяжелая – у 5 (21,7% – около 1,5 литра); массивная – у 4 (17,4% – около 2,5 литра); смертельная – у 1 (4,3%) (больше 3,5 литра).

Распределение больных по выполненным операциям: у 3 (13,1%) – удаление гематом головного мозга, у 5 (21,7%) – торакоцентез плевральной полости по поводу кровотечения, у 1 (4,3%) – торакотомия, лапаротомия – в 6 случаях (26,2%), в 3 случаях (13,1%) – поражение сосудов верхних конечностей, операция по поводу повреждения сосудов нижних конечностей – у 4 (17,3%), операция по поводу кровотечения тазовых органов – у 1 (4,3%). Распределение по летальным исходам пострадавших: выживших – 22 (95,7%), из-за тяжести полученных травм и массивной острой кровопотери летальный исход – у 1 (4,3%).

Заключение. Использование всех возможностей лабораторно-инструментальных исследований и всех видов временной фиксации и остеосинтеза, оказание медицинской помощи, направленной на своевременную остановку кровопотери, этапное лечение больных с переломами костей голени при травматических заболеваниях приводит к более быстрому восстановлению утраченных функций больных.

ОСТЕОСИНТЕЗ ГРУДИНЫ И РЕБЕР ПОСЛЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ

А.А. Меньшиков, Е.А. Цеймах, А.В. Бондаренко

Алтайский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Барнаул, Алтайский край

Введение. Восстановление каркаса грудной стенки, безусловно, является одной из основных составляющих в системе мероприятий по оказанию помощи пациентам с тяжелой травмой грудной клетки. Существующие методы восстановления каркаса грудной стенки при фрагментарных переломах ребер и грудины приводят к применению внутренней пневматической поддержки, скелетному вытяжению и фиксации рёберного клапана различными нестабильными металлоконструкциями, которые решают проблему флотации частично.

Цель исследования. Проанализировать результаты оперативного восстановления каркаса грудной клетки у пациентов с переломами ребер и грудины.

Материалы и методы. В основу работы положены результаты оперативного восстановления каркаса грудной клетки у 67 пациентов, находившихся на лечении в отделении тяжелой сочетанной травмы КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи» в период с 2015 по 2023 год, из них 51 (76%) – это пациенты с политравмой.

Структура оказания помощи пациентам с множественными фрагментарными переломами ре-

бер и грудины (МФПРГ) на фоне политравмы была следующая: в условиях операционной все больные с МФПРГ на фоне тяжелой сочетанной травмы по экстренным показаниям переводились на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) в связи с острой дыхательной недостаточностью и для пневматической стабилизации грудной стенки. После проведения противошоковых мероприятий, восстановления нарушенных функций дыхания и гемодинамики пациент направлялся на мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ). На МСКТ определялась степень повреждения грудной клетки и ее органов, определялся фокус нестабильности каркаса грудной стенки, определялись реберные фрагменты, которые необходимо стабилизировать для восстановление каркасной функции легких.

В общем, показания для остеосинтеза ребер и грудины в первую очередь были распределены как экстренные оперативные вмешательства, срочные и плановые.

Показаниями к экстренному остеосинтезу у больных ТСТГ с множественными фрагментарными переломами ребер и/или переломом грудины считаем: 1) наличие фрагмента ребра (ребер), повреждающего легочную ткань; 2) множественные фрагментарные двусторонние переломы ребер с участком флотации грудной клетки с обеих сторон и/или передней грудной стенки; 3) наличие расхождения отломков грудины.

Показаниями к срочному остеосинтезу ребер и/или переломом грудины считаем следующее: невозможность перевода пациента на спонтанное дыхание при стабильной гемодинамике в ближайшие 48 часов после поступления в связи с нарушением биомеханических свойств грудной стенки и отсутствие тяжелой черепно-мозговой травмы, требующей продленной ИВЛ, а также наличие односторонних переломов ребер или перелома грудины со значительным смещением отломков и без признаков дыхательной недостаточности.

К показаниям для планового остеосинтеза ребер и/или переломом грудины мы отнесли: наличие несросшихся переломов ребер или грудины, сохраняющийся болевой синдром и клиническая подвижность костных отломков через 6 месяцев и позже.

Результаты и обсуждения. Всем пациентам получилось восстановить каркас грудной клетки и купировать признаки «парадоксального дыхания». В среднем длительность ИВЛ после остеосинтеза составила 3,4+0,8 суток. А при классическом лечении длительность ИВЛ составила 9,2+1,2 суток. Отмечалось значительно снижение легочно-плевральных осложнений.

Также отмечалось значительное снижение длительности лечения пациентов в стационаре.

Выводы. Раннее оперативное восстановление каркаса грудной клетки с помощью фиксации ребер и грудины пластинами с угловой стабильностью в комплексном лечении пациентов с тяжелой сочетанной травмой позволяет сократить длительность нахождения пациента на искусственной вентиляции легких в 2,7 раза, улучшить исходы травматической болезни, произвести раннюю активизацию больного, уменьшить в 2 раза количество внутриплевральных осложнений и снизить длительность нахождения пациента на стационарном лечении в 1,5 раза.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВНУТРЕННЕГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ

Ш.Х. Мирзаев, З.А. Гаипов, А.М. Дурсунов, А.М. Рахимов, С.С. Сайдиахматхонов, С.К. Кахромонов

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии ГУ

Актуальность. В связи с высокими темпами урбанизации общества в структуре современного травматизма отмечается неуклонный рост повреждений таза и вертлужной впадины. Одним из наиболее тяжелых повреждений опорно-двигательной системы в структуре политравмы являются повреждения тазового кольца и вертлужной впадины, которые встречаются до 10% от общего числа травматологических больных. При этом в 60–78% случаев пациентов с данной травмой находятся в трудоспособном возрасте.

В источниках приводятся данные по разработке и внедрению огромного количества вариантов оперативного лечения переломов вертлужной впадины, однако вопрос по-прежнему остается открытым. В настоящее время наиболее распространенным является оперативное лечение повреждений вертлужной впадины, позволяющее не только качественно репонировать, но и фиксировать фрагменты вертлужной впадины. Отмечено, что показатель выхода на инвалидность у оперированных пациентов практически в три раза ниже, чем у пострадавших, пролеченных консервативно.

Известные многочисленные работы, аргументирующие несомненные достоинства открытого остеосинтеза вертлужной впадины, позволяющего достигать точной репозиции и жесткой фиксации отломков, что благоприятно сказывается на ближайших и отдаленных результатах лечения.

Цель исследования. Изучить результаты применения внутреннего остеосинтеза у больных с повреждениями вертлужной впадины.

Материалы и методы. За период 2015–2022 годов в отделении последствий травм ГУ Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии прооперировано 85 пациентов с повреж-

дениями в области вертлужной впадины. Возраст пациентов: до 30 лет – 20, от 30 до 40 лет – 26, от 40 до 50 лет – 22, свыше 50 лет – 17 больных (средний возраст – 45 лет). Из них мужчин было 68 (80%), женщин – 17 (20%). Обстоятельствами травмы в 87% случаев были дорожно-транспортные происшествия, в 13% случаев – кататравмы.

По стандарту нашей клиники до операционного периода выполнены следующие диагностические исследования: анализы клинико-диагностической лаборатории, электрокардиография, допплерография, рентгенденситометрия, электронейромиография, цифровая рентгенография и МСКТ с 3D-реконструкцией. В нашей практике при лечении пациентов использование разных хирургических методов при переломах вертлужной впадины распределилось следующим образом: остеосинтез аппаратом внешней фиксации был проведен у 2 пациентов (2,4%), остеосинтез при помощи винтов (АО) и спиц (Илизарова) – у 14 больных (16,5%), внутренний остеосинтез с помощью пластины (АО) – у 52 пациентов (61,1%) и тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава – у 17 больных (20%).

Несмотря на вышеуказанные данные, 66 больных (77,6%) с повреждениями вертлужной впадины были оперированы путем применения внутреннего остеосинтеза.

Результаты и обсуждение. Отдаленные результаты в сроки от 6 месяцев до 6 лет после операции изучены у 65 (76%) больных. Отличные результаты по шкале Харриса получены у 47 (72%) больных, хорошие – у 11 (17%) и удовлетворительные – у 7 (11%). Степень репозиции оценивали визуально, пальпаторно, ЭОП в трехстандартных проекциях и компьютерной томографии после операции. Но винты и спицы, проведенные через сустав, были удалены через 12–14 недель.

Во всех случаях в результате внутреннего остеосинтеза достигнута функциональная опороспособность нижних конечностей.

Выводы. Первые 1–2 дня после травмы всегда сопряжены с большим риском кровопотери. Тем не менее, для открытой репозиции и внутреннего остеосинтеза оптимальном сроком у больных с переломами вертлужной впадины является срок в течение первых двух недель с момента травмы.

При застарелых и неправильно сросшихся переломах у больных с переломами вертлужной впадины проведено тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава в сроки более 2месяцев после травмы.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АСЕПТИЧЕСКИМ НЕКРОЗОМ ГОЛОВКИ ОБЕИХ БЕДРЕННЫХ КОСТЕЙ

Ш.Х. Мирзаев, С.К. Кахрамонов, А.М. Дурсунов, Б.У. Шодиев, А.М. Рахимов, С.С. Сайдиахматхонов, З.А. Гаипов

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии», Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Наиболее частым повреждением тазобедренного сустава, по данным многих авторов, является асептический некроз головки бедренной кости, на который приходится до 20% от всех коксартрозов. Он возникает преимущественно у мужчин и женшин в молодом и среднем, взрослом возрасте, что определяет социально-экономическую значимость данной проблемы. АНГБК часто приводит к инвалидности (до 40% случаев).

Разработано, описано в литературе и внедрено огромное количество вариантов оперативного лечения при АНГБК переломов, однако вопрос попрежнему остается открытым. Отмечено, что показатель выхода на инвалидность у оперированных больных практически в три раза ниже, чем у пролеченных консервативно.

Цель исследования. Изучить результаты применения различных способов оперативного лечения больных АНГБК.

Материалы и методы. За период 2021–2023 гг. в отделении последствий травм ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии» прооперирован 241 пациент с АНГБК. Причина АНГБК – патогенез развития асептического некроза после перенесенной инфекции COVID-19. В настоящее время обсуждаются два вероятных механизма: повреждение вирусом сосудов костной ткани и негативное влияние на костную ткань глюкокортикоидов, используемых при лечении инфекции.Возраст прооперированных пациентов варьировал от 30 до 70 лет (в среднем 50). Из них пациентов мужского пола было 241 (63%), женского – 89 (37%).

Исследуемыми критериями при проведении анализа являлись демографические показатели пациентов (количество, возрастной состав), срок, прошедший от АНГБК до проведения тотального эндопротезирования, тип дефекта костной ткани вертлужной впадины, характеристики оперативного вмешательства (операционный доступ, тип фиксации имплантатов, наличие остеопластики, длительность операции, кровопотеря), клинические и функциональные результаты лечения. При оценке отдаленных результатов учитывались сроки, количество, характеристики и причины развития

осложнений, а также процент и сроки ревизионных вмешательств, приживаемость имплантатов.

Результаты и обсуждение. Отдаленные результаты в сроки от 3 месяцев до 3 лет после операции изучены у 208 (86%) пациентов. Для оценки состояния сустава при посттравматическом коксартрозе вертлужной впадины использовали шкалу, разработанную W.H. Harris, отражающую четыре основных аспекта: боль, физическое функционирование, анатомические нарушения и амплитуда движений. Отличные результаты по шкале Харриса получены у 163 (78%) больных, хорошие – у 29 (14%) и удовлетворительные – у 16 (8%). При сравнительном анализе результатов лечения, в зависимости от хирургической тактики, отличные и хорошие результаты получены в течение первых двух недель с момента травмы у больных АНГБК с применением тотального эндопротезирования.

Выводы. Эндопротезирование при АНГБК является продолжительным и сложным оперативным вмешательством, сопровождающимся большой кровопотерей и высоким риском развития осложнений. Использование костной пластики вертлужной впадины трансплантатом из головки бедренной кости позволяет обеспечить достаточное покрытие, первичную стабильность тазового компонента и благоприятные отдалённые результаты лечения.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ И ПЕРЕЛОМОВЫВИХАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Т.Я. Мусоев, С.Ю. Юсупов, А.Ш. Муминов, Ш.К. Хакимов

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии
Бухарский государственный медицинский институт
Бухарский филиал РНЦЭМП

Введение. Переломы проксимального отдела плечевой кости составляют около 6% от всех переломов у больных трудоспособного возраста и занимают третье место по частоте встречаемости среди больных пожилого возраста (В.В. Сластинин, Р.С. Титов (2014)). Переломы и переломовывихи проксимального отдела плечевой кости требуют особого внимания с разработкой оптимальной и индивидуальной тактики оперативного лечения, так как отсутствие или позднее проведение хирургических вмешательств часто приводят к грозным и трудноисправимым осложнениям (E. Weber et al. (2016)).

Цель исследования. Оценить результаты различных видов хирургического лечения больных с переломами и переломовывихами проксимального отдела плечевой кости.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 45 пациентов с переломами проксимального отдела плечевой кости, которым проводилось хирургическое лечение в условии Бухарского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в период с 2018 по 2022 год. Возраст больных варьировал от 30 до 74 лет (средний возраст составил 53 года). Все пациенты были разделены на 2 сопоставимые по полу, возрасту и роду группы по 20 человек. Пациентами первой группы был выполнен ИМОС блокируемыми штифтами, а больным второй группы назначен накостный остеосинтез с использованием специальной пластины с угловой стабильностью.

Результаты лечения оценивались по данным рентгенографии, а также с использованием индексной шкалы для оценки функциональной способности плечевого сустава. Во всех случаях ближайшие результаты в обеих группах были схожими, отдаленные результаты статистически достоверно различались в пользу применения накостного остеосинтеза ($p \leq 0,05$).

Выводы. Исходя из вышеизложенного, установлено, что применение накостного остеосинтеза при переломах и переломовывихах проксимального отдела плечевой кости целесообразнее применения блокируемого интрамедуллярного остеосинтеза.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ БЕДРЕННЫХ КОСТЕЙ ПРИ СОЧЕТАННОЙ И МНОЖЕСТВЕННОЙ СКЕЛЕТНОЙ ТРАВМЕ

Т.Я. Мусоев, Э.Ю. Валиев, Ж.Ю. Жаббаров

Бухарский филиал РНЦЭМП
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Актуальность. Травмы сегодняшнего дня все чаще становятся множественными, осложненными массивной кровопотерей, шоком. Тяжелое состояние таких пострадавших, трудности диагностики и лечения обусловливают актуальность проблемы, которая с каждым годом нарастает. В соответствии с современными подходами одним из обязательных элементов лечения пациентов с переломом бедренной кости с сочетанной травмой является хирургическая стабилизация отломков поврежденных длинных костей конечностей. Несмотря на пристальное внимание травматологов всего мира, смертность остается на достаточно высоком уровне, достигая в специализированных травматологических отделениях более 60% от общей летальности.

Цель и задачи работы. Целью настоящей работы является улучшение качества лечения больных с переломами бедренных костей тяжелой по-

литравмой путем разработки показаний и методик остеосинтеза в остром и клиническом периодах травматической болезни.

Материалы и методы. Работа основана на изучении клиники и лечения 65 больных в возрасте от 21 до 48 лет с различными типами повреждений бедренных костей при множественном (20 пострадавших) и сочетанном (45 пострадавших) видах политравмы. Среди множественной травмы скелета наиболее часто встречались переломы голени в сочетании с переломами бедра и таза (34 пострадавших). Наибольшее количество больных с сочетанными повреждениями занимают пострадавшие с черепно-мозговой травмой – 49 (90,6%) человек, у которых нередко имеет место сложность проведения интенсивной терапии из-за необходимости внутривенного введения большого количества препаратов и опасности развития отека поврежденного головного мозга. При правильно разработанной тактике инфузионной терапии удается спасти пострадавших, переливая до 5 и более литров жидкостей. При сопутствующей ЧМТ может развиться так называемый синдром промежуточного мозга, сущность которого заключается в том, что на фоне гипоксии тканей развивается тахикардия, возбуждение, повышение температуры тела центрального генеза. Доказано, что при стабилизации переломов данный синдром не развивается или развивается в ослабленном виде со снижением летальности более чем в 3 раза.

Результаты и обсуждение. Исходя из этого, при лечении переломов в сочетании с ЧМТ мы в остром периоде на фоне индивидуальной интенсивной терапии производили первичную малоинвазивную фиксацию аппаратами внеочагового остеосинтеза. Причем предпочтение следует отдать стержневым аппаратам, которые затрачивают меньше времени при наложении. Стабильная фиксация позволила нам избежать развитие синдрома промежуточного мозга у всех больных. В ранние сроки лечебного периода, через 2–3 недели, после стабилизации общего состояния с целью активизации пострадавших с множественной и сочетанной травмой производили погружной остеосинтез. Причинами замены фиксации являлись относительно частое (до 10%) воспаление в местах проведения стержней, большой вес конструкций, дискомфорт для больных, необходимость постоянного ухода. При переломах различных типов бедренных костей был использован малоинвазивный закрытый внутрикостный остеосинтез штифтом с блокированием (40 больных), накостный остеосинтез пластинами (17 больных) при переломе в метаэпифизарной зоне всех локализаций. Внеочаговый остеосинтез был оставлен на весь период лечения у 2 больных с инфицированным переломом бедра и у 6 больных с переломом костей таза. У последних пострадавших после выведения из шока была произведена репозиция отломков и продолжена внеочаговая фиксация.

Выводы. Таким образом, как показали наши наблюдения, у пострадавших с политравмой в остром периоде при лечении множественных переломов для предотвращения осложнений ЧМТ следует стремиться к ранней стабилизации отломков малоинвазивным методом внеочагового остеосинтеза. В лечебном периоде целесообразно в большинстве случаев перейти на современные методы стабильного погружного остеосинтеза. Такая двухэтапная хирургическая тактика явилась действенной мерой профилактики осложнений, способствующей активизации больных и благоприятному течению травматической болезни.

ДОСТИЖЕНИЯ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ И ОСТРОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В РАМКАХ ОБЪЕДИНЕНИЯ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ НА ПРИМЕРЕ ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

С.И. Мухин, С.В. Илюхин, М.И. Юдин

ГУЗ Тульской области «Территориальный центр медицины катастроф, скорой и неотложной медицинской помощи», г. Тула, Россия

Государственное учреждение здравоохранения Тульской области «Территориальный центр медицины катастроф, скорой и неотложной медицинской помощи» (далее – ГУЗ ТО «ТЦМКСиНМП») создано в апреле 2018 года. Из более чем 40 разрозненных структурных подразделений сформировано 5 отделений, каждое из которых объединяет в себе 5–6 подстанций. Исходная территориальная и функциональная обособленность подстанций, разнящиеся подходы к управлению и организации работы выездных бригад, и, как следствие, низкое качество оказания помощи на догоспитальном этапе являлись причиной высокой летальности у пациентов с острой сердечно-сосудистой патологией и политравмой. Оптимизация структуры учреждения позволила выработать единые, принципиально новые подходы к организации оказания скорой медицинской помощи, в том числе при данных нозологиях.

В целях централизации приема и передачи вызовов от населения, оказания скорой медицинской помощи без учета территориальных границ и создания таким образом единого контура управления в составе ГУЗ ТО «ТЦМКСиНМП» создан единый оперативно-диспетчерский отдел, который осуществляет прием вызовов со всей территории Тульской области и руководство всеми выездными бригадами, в том числе в режиме чрезвычайных ситуаций. Информация о вызове поступает от диспетчера непосредственно на планшетные компьютеры, которыми оснащены все выездные бригады.

Вызов передается ближайшей к данному адресу свободной бригаде, что значительно сокращает время ожидания скорой помощи. При этом имеется возможность просмотреть электронную историю болезни пациента, рассчитать оптимальный маршрут следования и заполнить электронную карту вызова. Такой подход стал возможным благодаря внедрению автоматизированной системы управления станциями скорой медицинской помощи.

Приказом Минздрава Тульской области от 21.12.2021 г. № 403 «Об актуализации алгоритмов действий единого оперативно-диспетчерского отдела ГУЗ ТО «ТЦМКСиНМП» определен порядок действий единого оперативно-диспетчерского отдела при получении сообщения о чрезвычайной ситуации, в том числе техногенного характера (ДТП).

Прием вызовов от населения осуществляется в соответствии с разработанными и утвержденными алгоритмами по приему и передаче вызовов. Также были подготовлены алгоритмы по оказанию скорой и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим бригадами СМП и медицины катастроф Тульской области. Кроме того, разработано и внедрено методическое руководство по заполнению карты вызова, которое содержит порядок сбора жалоб, анамнеза, примеры постановки диагноза, критерии обоснованности госпитализации, правила применения лекарственных препаратов, заполнения карт вызова, временные параметры работы бригад.

В структуре ГУЗ ТО «ТЦМКСиНМП» создан дистанционно-консультационный отдел, одна из важнейших задач которого – повышение эффективности оказания помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями на догоспитальном этапе. В практику работы выездных бригад внедрена дистанционная передача ЭКГ пациентов врачу-консультанту кардиологу в режиме реального времени с помощью программы «Кардиометр-МТ» с последующей интерпретацией и определением тактики ведения пациента. Все выездные бригады СМП оснащены беспроводными электрокардиографами «Кардиометр-МТ». Алгоритм передачи ЭКГ в региональные сосудистые центры и первичные сосудистые отделения утвержден Приказом Министерства здравоохранения Тульской области от 02.12.2022 г. № 1548, осн. – «О внесении изменений в приказ Министерства Тульской области» от 30.10.2020 г. № 944, «Об утверждении алгоритма оказания специализированной скорой медицинской помощи врачом-консультантом кардиологом дистанционно-консультационного центра по передаче данных электрокардиограмм в Региональные сосудистые центры и Первичные сосудистые отделения государственных учреждений здравоохранения Тульской области». При постановке диагноза «острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST» бригада СМП информирует медицинскую организацию, в структуре которой имеется сосудистый центр, о поступлении пациента с указанием приблизительного времени прибытия. Дальнейшая тактика определяется временным интервалом от первого медицинского контакта (снятия ЭКГ при подозрении на острый коронарный синдром) до момента госпитализации пациента. Если время эвакуации пациентов с острым коронарным синдромом посредством скорой медицинской помощи составляет более 60 минут по причине территориальной удаленности от региональных сосудистых центров, таким пациентам проводится тромболитическая терапия по показаниям непосредственно на догоспитальном этапе.

В ГУЗ ТО «ТЦМКСиНМП» внедрена система внутреннего контроля качества оказания скорой медицинской помощи. Экспертной оценке подлежат 100% карт вызова с диагнозами «ДТП», «ОКС» и «ОНМК».

С целью оптимизации оказания экстренной помощи пострадавшим с тяжелой сочетанной травмой на догоспитальном этапе Приказом Минздрава Тульской области от 02.11.2021 г. № 1183 – осн. «О совершенствовании оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях с сочетанной, множественной травмой и травмой, сопровождающейся шоком» утвержден чек-лист оказания помощи пострадавшим с тяжелой сочетанной травмой на догоспитальном этапе. Сотрудники выездных бригад следуют его критериям при оказании медицинской помощи и прикладывают его к сопроводительному документу при госпитализации пациента.

Для оперативного реагирования и ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций на территории Тульской области и в целях совершенствования организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях на базе ГУЗ ТО «ТЦМКСиНМП» создано 12 бригад экстренного реагирования (БЭР). Основной целью их создания является оказание экстренной медицинской помощи больным, пострадавшим, а также детям и роженицам в минимально короткие сроки, в максимально полном объеме, как на месте происшествия, так и на всем этапе медицинской эвакуации, в том числе с использованием санитарной авиации.

Реализация вышеперечисленных мероприятий позволила достичь снижения показателей смертности при ДТП, сокращения времени доезда бригад СМП на ДТП, повышения числа больных, в кратчайшие сроки доставленных в травматологические центры 1 и 2 уровней. ГУЗ ТО «ТЦМКСиНМП» также оказывает методическое сопровождение учреждениям здравоохранения Тульской области в вопросах оказания экстренной помощи пострадавшим при ЧС, в том числе с политравмой. Симуляционным центром разрабо-

тана программа по обучению организации медицинской сортировки при массовом поступлении пострадавших.

Благодаря вышеперечисленным мерам удалось добиться значительного снижения смертности от болезней системы кровообращения и от травматизма.

Показатель смертности от острого инфаркта миокарда в Тульской области на 100 тыс. населения снизился с 36,6 в 2017-м году до 30,1 в 2022-м году.

Показатель смертности от болезней системы кровообращения в Тульской области на 100 тыс. населения снизился с 741,5 в 2017-м году до 635,4 в 2022-м году.

Показатель смертности от травматизма в Тульской области на 100 тыс. населения снизился с 123 в 2017-м году до 92,2 в 2022-м году.

КУРС СКОРОЙ ПОМОЩИ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ КАК ПЕРСПЕКТИВНЫЙ ИСТОЧНИК КАДРОВ В ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

Н.А. Павлюц, В.М. Теплов

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ

В Российской Федерации (РФ) отмечается выраженный дефицит врачей скорой помощи. Укомплектованность станций скорой помощи врачами в 2020 году в среднем по стране составила 69,3%. Число зачисленных в ординатуру по скорой помощи в ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова в 2021 году составило 28% от свободных мест. В 2022 году эта цифра составила 43%. Складывается хроническая нехватка кадров, побуждающая искать новые источники врачей экстренной медицины. Перспективным источником таких кадров может стать курс экстренной медицины в медицинском институте. Правовой основой является постановление Правительства Российской Федерации от 19.08.2022 № 1448 «Об установлении случаев и условий допуска лиц, не завершивших освоение образовательных программ высшего медицинского образования, к осуществлению медицинской деятельности на должностях специалистов со средним медицинским образованием, а также лиц с высшим медицинским образованием к осуществлению медицинской деятельности на должностях специалистов со средним медицинским образованием и высшим медицинским образованием в составе выездной бригады скорой медицинской помощи», которое позволяет врачам, окончившим программу специалитета «лечебное дело» и «педиатрия», работать в должности врача скорой помощи после прохождения курса повышения квалификации в 36 часов, а также допускаются к работе на должности фельдшера под контролем аккредитованного врача скорой медицинской помощи (СМП) без прохождения каких-либо курсов.

С осеннего семестра 2022 года в ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова начато преподавание курса экстренной медицины для студентов 5 и 6 курсов. На 5 курсе студенты проходят практику на выездных бригадах. На 6 курсе студенты получают знания по неотложным хирургическим, терапевтическим патологиям, токсикологии, а также практические навыки манипуляций и сердечно-легочной реанимации в стационарном отделении скорой помощи института. Активно применяются технологии симуляционного обучения. До и после прохождения цикла студентам предложено пройти добровольное тестирование знаний по экстренной медицине с указанием предыдущего опыта в экстренной медицине, а также интереса к экстренной медицине до и после прохождения курса.

Было опрошено 122 студента 6 курса, прошедших курс экстренной медицины в стационарном отделении скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова в 2022/2023 учебном году. Средний балл студентов до прохождения цикла составил в процентном соотношении 65%. Медианный балл составил 67%. Станадартное отклонение – 3,92. После прохождения цикла средний балл составил в процентном соотношении 73%. Медианный балл – 76%. Стандартное отклонение – 3,91. Улучшение по сравнению с данными до прохождения цикла составило: средний балл: +7,4%, медианный балл: +9,2%.

Из 122 опрошенных шестикурсников 16,4% имели предыдущий опыт в экстренной медицине на должности среднего медицинского персонала. До прохождения цикла по экстренной медицине работу врачом скорой помощи рассматривали 11,5% опрошенных студентов. После прохождения цикла эта цифра выросла до 19,5% из числа опрошенных студентов.

Из 175 опрошенных пятикурсников 33% имели опыт работы в экстренной медицине, 10,9% рассматривали работу врачом скорой помощи до прохождения выездной практики на машинах СМП. После прохождения практики эта цифра выросла до 33,1%.

Выездная практика по скорой помощи очень заинтересовала студентов дальнейшей работой по специальности. Появление цикла по экстренной медицине в учебной программе вуза – это первый шаг, чтобы пробудить интерес студента к работе врачом СМП.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ТАЗА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

И.А. Плотников, А.В. Бондаренко, И.В. Круглыхин, М.Н. Талашкевич

ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России, Барнаул

Введение. До 40% пострадавших с политравмой (ПТ) имеют повреждения тазового кольца, часто сопровождающихся травмами мягких тканей, нейрососудистых структур, массивной кровопотерей, шоком, являющегося основной причиной летальных исходов.

Для профилактики осложнений, активной мобилизации и ранней функции при повреждениях тазового кольца требуются прецизионная репозиция и стабильная фиксация его повреждений. Консервативные методы для этих целей неприменимы, а открытые оперативные вмешательства сопряжены со значительной хирургической агрессией, большой кровопотерей, их выполнение в ранние сроки часто невозможно. Это диктует необходимость применения малоинвазивных методов остеосинтеза, которые, не утяжеляя состояния, позволяют осуществить репозицию и стабильную фиксацию тазового кольца на ранних этапах лечения. Среди методов малоинвазивного остеосинтеза в нашей стране популярен чрескостный остеосинтез аппаратами наружной фиксации (АНФ), позволяющий при незначительной интраоперационной травме добиться фиксации отломков, с возможностью осуществления функций опоры и движения.

Цель исследования. Выявить преимущества и особенности применения методов малоинвазивного остеосинтеза при лечении повреждений тазового кольца у пациентов с политравмой.

Материал и методы. За 10 лет, с 2008 по 2017 год, в отделении тяжелой сочетанной травмы КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Барнаула малоинвазивный остеосинтез таза выполнен у 462 пациентов с ПТ.

При оценке повреждений тазового кольца использовали классификацию AO-ASIF. Пациентов со стабильными повреждениями тазового кольца (тип А) в исследование не включали. Частично стабильные повреждения (тип В) с горизонтальной и ротационной нестабильностью при травмах от передне-задней или наружной компрессии наблюдались у 305 (66%), нестабильные (тип С) с вертикальной нестабильностью – у 157 (34%).

Всего отмечено 1027 повреждений различных структур тазового кольца, из них 639 – заднего полукольца таза. Переломы костей (крестец и подвздошная кость) отмечались в 356 случаях, разрывы связочного аппарата крестцово-подвздошных сочленений – в 283. У 285 (61,7%) повреждения заднего полукольца были унилатеральные, у 177 (38,3%) – билатеральные.

Результаты и обсуждение. В каждой из групп отмечено по 3 смертельных исхода. Летальность в 1-й группе составила 1,8%, во 2-й – 1%. Статистически значимых различий нет (p>0,05). Смерть пациентов наступила на поздних сроках от осложнений ПТ и напрямую с повреждениями тазового кольца не связана.

Отдаленные результаты лечения прослежены в сроки от 3 до 10 лет у 84 человек 1-й группы, что составило 50,9% от первичного контингента, и у 152 человек 2-й (51,2% от первичного контингента). Исходы оценивали по шкале Мейджида, качество жизни, связанное со здоровьем, – по опроснику MOS SF-36 [23]. Во 2-й группе было больше отличных результатов по сравнению с 1-й, различия статистически значимы (<0,002), что связано с более надежной фиксацией.

При оценке качества жизни по опроснику MOS SF-36 наибольшее число баллов также отмечалось во 2-й группе, различия статистически значимы (<0,001). Это объясняется тем, что пациенты 2-й группы не находились в АНФ, стесняющих движения и ощутимо снижающих качество жизни (во время сна, сидения, прогулок, пользования туалетом и пр.), не нуждались в перевязках, проведении занятий ЛФК и пр.

Неудовлетворительные результаты в обеих группах отмечались у пострадавших с билатеральными повреждениями таза типа С, с остаточными смещениями в заднем полукольце (полная двусторонняя нестабильность через переломы крестца и полные повреждения связочного аппарата крестцово-подвздошных сочленений).

Выводы:

1. Использование у пациентов с ПТ при остеосинтезе заднего полукольца таза канюлированных винтов предпочтительнее, чем остеосинтез АНФ. На это указывает статистически значимо (p<0,05) меньшее число осложнений, пребывание в стационаре, общая продолжительность лечения, лучшие отдаленные результаты и качество жизни.

2. Показанием к использованию малоинвазивного остеосинтеза заднего полукольца таза канюлированными винтами являются все типы нестабильных повреждений таза.

3. Остеосинтез АНФ повреждений тазового кольца у пациентов с ПТ по схеме «нижний путь» может быть использован как временная мера на реанимационном этапе при гемодинамической нестабильности, открытых повреждениях, гнойно-септических осложнениях или как один из компонентов комбинированного остеосинтеза (на переднее полукольцо) при окончательной фиксации таза.

РОЛЬ КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА С ВВЕДЕНИЕМ КУКУМАЗИМА И КОСТНОГО МОЗГА ПРИ НЕСРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМАХ И ЛОЖНЫХ СУСТАВАХ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

А.М. Рахимов, Ш.Х. Мирзаев, А.М. Дурсунов, С.С. Сайдиахматхонов, З.А. Гаипов, С.К. Кахрамонов

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии МЗ Республики Узбекистан, Ташкент

Ложные суставы и несращение плечевой кости являются наиболее тяжелым и нередким осложнением переломов этой области. Ложные суставы плечевой кости в практике восстановительной хирургии, по данным разных авторов, составляют 31–47% по отношению ко всем псевдоартрозам длинных трубчатых костей.

Цель исследования. Изучение эффективности метода чрескостного компрессионно-дистракционного остеосинтеза с применением кукумазима и костного мозга при лечении несросшихся переломов и ложных суставов плечевой кости.

Наше сообщение основано на изучении результатов лечения 51 больногос несросшимися переломами и ложными суставами плечевой кости, получивших лечение за период с 2021 по 2022 г. в отделении взрослой травматологии НИИТО МЗ РУз. Из них мужчин было 23, женщин – 28. Абсолютное большинство больных были в возрасте от 18 до 60 лет.

При предлагаемом способе под общим наркозом для ускоренного сращения костных отломков, включающем предварительное осуществление правильной ориентации костных фрагментов с исправлением оси и устранением укорочения сегмента в условиях стабильного остеосинтеза, введение в область ложного сустава препарата, ускоряющего костную регенерацию, причем в область ложного сустава, за сутки до операции вводят кукумазим в дозе 50 ПЕ. На следующий день после введения кукумазима в стерильных условиях под общим обезболиванием в положении больного на спине накладывают аппарат Илизарова на поврежденный сегмент. Затем из толщи гребня подвздошной кости производится забор смеси костного мозга в объеме 2 мл. Взятый костный мозг вводят в область ложного сустава в асептических условиях. Введение красного костного мозга в область ложного сустава приводит к образованию гематомы, богатой кальцием, что ускоряет регенерацию костной ткани в очаге повреждения. После этого накладывают асептическую повязку на поврежденный участок вокруг спиц аппарата Илизарова и в места вкола иглы.

Введение кукумазима способствует фибринолизу, а введение смеси костного мозга, взятого из гребня подвздошной кости, способствует оптимизации процесса регенерации костной ткани. Наложение аппарата Илизарова обеспечивает стабильность фиксации костных отломков.

Со следующего дня начинают дистракцию аппаратом Илизарова, что способствует увеличению гематомы. После достижения необходимой дистракции производят рентгенографию в двух проекциях, при наличии остаточных смещений производят компрессию с помощью аппарата Илизарова.

Отдаленные результаты изучены у 44 больных в сроки от 1 года до 3 лет. Хороший исход отмечен в 75% случаях, удовлетворительный – у 18,1%, неудовлетворительный – у 6,9% больных (у трех больных, которым произведены повторные операции с применением аутокостной пластики, признаки регенерации не отмечены).

ОТ STEMI К OMI: НОВАЯ ПАРАДИГМА В КОНТЕКСТЕ СТОСМП

А.А. Родигин

Департамент экстренной медицинской помощи медицинского центра Саттер-Дельта, Антиох, Калифорния, США

В эпоху 1990-х годов медицинские сообщества неотложной кардиологии и экстренной медицины (скорой медицинской помощи) наблюдали переход на новую парадигму классификации и сопутствующих ей тактик лечения ОКС: от Q-wave/non-Q wave к STEMI/NSTEMI. Такой шаг был прежде всего обусловлен разработкой и повсеместным внедрением технологии чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) как более оптимальной альтернативы тромболизису. Накопленный за последние три десятилетия опыт, тем не менее, чётко указывает на существование острых обструкций коронарных артерий, которые не проявляются как STEMI на ЭКГ. В то же время новые исследования выявили повышенную летальность у таких пациентов при их ведении по укоренившимся алгоритмам лечения NSTEMI.

В этой связи в период с 2018 года и по сегодняшний день ряд авторитетных специалистов экстренной медицины призывают медицинское сообщество перейти на следующую логическую ступень в классификации ОКС, а именно: обструкционный (OMI) или не обструкционный (NOMI) инфаркт миокарда (OMI: occlusion myocardial infarction). Таким образом, показания для экстренной коронарографии и потенциального стентирования расширяются за пределы классического определения STEMI. По данным ретроспективных анализов, до 28% NSTEMI могут быть переклассифицированы как OMI, функционально попадая таким образом под режим «STEMI» относительно показаний (по

общепринятому стандарту) к проведению безотлагательной коронарографии во временное окно до 90 минут. В 2020 году Майерс и коллеги также указали на отсутствие принципиальных различий между когортами OMI-STEMI и OMI-NSTEMI по таким параметрам, как летальность, размеры формирующегося инфаркта миокарда или количество новых нарушений кинетики стенок желудочков [Meyers H.P., Bracey A., Lee D., et al. Comparison of the ST-elevation myocardial infarction (STEMI) vs. NSTEMI and occlusion MI (OMI) vs. NOMI paradigms of acute MI. J Emerg Med, 2020].

Концептуальное определение OMI: это острая, полная или почти полная обструкция коронарной артерии с недостаточным коллатеральным кровотоком, которая приводит к неизбежному инфаркту зависимого миокарда без своевременного ЧКВ. Поскольку реальное выявление OMI по такому патофизиологическому определению может быть сделано только ретроспективно, после проведения коронарографии, то в контексте роли врача СТОСМП речь идёт о разработке клинических критериев для обоснованного подозрения на OMI. К таким критериям прежде всего относятся STEMI-эквиваленты и иные изменения на ЭКГ, которые до настоящего момента не преподавались специалистам СМП в данном ключе. Предлагаемое клиническое определение OMI включает также и повышение тропонинов нового поколения до уровня, в 70–300 раз превышающего 99-й перцентиль нормы, в сочетании с новыми региональными кинетическими дефектами на УЗИ сердца либо с выявлением не обструкционного сужения коронарной артерии под подозрением на патогенез.

Предполагается, что в ближайшем будущем будет наблюдаться интенсификация и широкое распространение дискуссий по данной теме между сообществами инвазивных кардиологов и врачей экстренной медицины. Не вызывает сомнений, что своевременное выявление OMI-патологий, в особенности подкатегории OMI-NSTEMI, и проведение безотлагательных инвазивных мероприятий позволит существенно улучшить как специфические, так и общие (e.g. летальность) показатели у пациентов с ОКС. В то же время, даже до полноценного перехода на предлагаемую новую классификацию, фокусируясь прежде всего на подготовке новых поколений специалистов, уже сейчас актуально и целесообразно внедрять OMI-направленные подходы при диагностике ОКС методами ЭКГ, УЗИ и лабораторных анализов в работе любого СТОСМП.

АНАЛИЗ РАННИХ И ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ БЛОКИРУЮЩЕГО ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ

А.А. Сайпиев[1], Э.Ю. Валиев[2]

[1]Навоийский филиал РНЦЭМП
[2]Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Основополагающими принципами при выборе метода фиксации переломов являются прочная фиксация, минимальная кровопотеря, малотравматичность, что необходимо для раннего функционального лечения без иммобилизации. Таким требованиям отвечает блокирующий интрамедуллярный остеосинтез (БИОС). Различные переломы диафиза трубчатых костей сопровождаются с большей или меньшей степенью повреждения мягких тканей. При этом повреждаются сосуды и нервы, что более выражено при выполнении остеосинтеза открытым способом. Применение блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза также не лишено возможных осложнений в послеоперационном периоде.

Нами ретроспективно были изучены ранние и поздние осложнения оперативных вмешательств, с применением БИОС. В течение 2017–2022 годов в отделении сочетанных и осложненных травм выполнены 398 оперативных вмешательств с применением БИОС. Из них по сегментам: на плечевой кости – 48 (12,0%), на бедренной кости – 167 (42,0%), на большеберцовой кости – 183 (46,0%). По возрасту: 18–44 лет – 142 (35,8%), 45–59 лет – 122 (30,6%), 60–70 лет – 115 (28,9%), старше 70 лет – 19 (4,8%). Из числа 398 оперированных больных имели место сочетанные повреждения, в том числе сочетанная ЧМТ – 147 (36,9%), с другими скелетными травмами – 128 (32,2%), с абдоминальной травмой – 47 (11,8%), повреждениями костей таза – 38 (9,5%), травмой грудной клетки – 21 (5,3%), переломами позвоночника – 17 (4,3%). Причины полученных травм: 231 (58,0%) – ДТП, бытовые травмы – 119 (30,0%), производственная травма – 39 (9,9%), криминальные – 9 (2,3%). Сроки выполнения оперативных вмешательств: 1–3 суток после травмы – 95 (23,8%), 3–5 дней – 172 (43,2%), позднее 5 суток – 131 (32,8%). Из числа оперированных больных методом БИОС в 305 (76,6%) случаях произведено закрытым способом, в 93 (23,4%) случаях – открытым способом. Всем пострадавшим при поступлении, согласно стандартам экстренной медицинской помощи, проведены рентгенологические исследования, УЗИ, ЭхоЭС, при необходимости – МСКТ-исследование, клинико-биохимические исследования крови. Обследования проводились на фоне интенсивной терапии и противошоковых мероприятий.

Из 398 оперированных больных у 21 (5,2%) наблюдался флеботромбоз разной степени тяжести

сосудов конечностей. Нагноение раны – у 11 (2,8%), синдром жировой эмболии – у 6 (1,5%), парезы периферических нервов – у 9 (2,3%). Артериальные тромбозы не наблюдались. Возникшие ранние осложнения устранены в периоде пребывания больных в стационаре.

Поздние осложнения изучены в течение двух лет после операции: перелом штифта – 6 (1,5%), из них в 3 случаях – в бедренной кости, в 2 случаях – в большеберцовой кости и 1 – в плечевом сегменте. Миграция блокирующих винтов – 39 (9,8%), несросшиеся переломы в сроки консолидации – 11 (2,8%), ложные суставы – 7 (1,8%), посттравматический остеомиелит – 5 (1,3%), укорочение сегмента конечности – 7 (1,8%), сгибательная контрактура суставов – 11 (2,8%).

Все возникшие осложнения – как ранние, так и поздние – наблюдались у больных, у которых диафизарные переломы конечности сочетались с другими анатомическими повреждениями, у которых в послеоперационном периоде не было возможности ранней реабилитации из-за тяжести общего состояния.

Таким образом, необходимо отметить, что часто причинами осложнений при применении метода блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза у больных с сочетанной травмой являются неоднократно требующиеся разные оперативные вмешательства по восстановлению анатомической целостности других органов и систем, а также длительное нахождение в постельном режиме и невозможность ранней реабилитации больных.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭКСТРЕННОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

А.А. Сайпиев, Ш.С. Отакулов

Навоийский филиал РНЦЭМП

С переломами шейки бедренной кости связаны большие показатели смертности, инвалидности и медицинской стоимости лечения, чем при других переломах конечностей. Высокая летальность при консервативном лечении переломов шейки бедренной кости (35,5%) обусловлена обездвиживанием больных, способствующим развитию гипостатических, тромбоэмболических, ортостатических и других осложнений. Следует отметить преобладание переломов шейки бедренной кости у женщин – в 2–3 раза чаще, чем у мужчин. Кроме того, операции по замещению сустава в нестандартных ситуациях несут особый риск для пострадавших и требуют значительных затрат сил и средств обслуживающего медперсонала. Также послеоперационная летальность в данном случае у пациентов пожилого и старческого возраста составляет до 10%.

В отделении сочетанных и осложненных травм Навоийского филиала РНЦЭМП в период с 2016 по 2022 год на стационарном лечении находились 198 пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости, в возрасте от 22 до 82 лет. Из них женщин было 122. По возрасту: 19–44 лет – 21 (10,6%), 45–59 лет – 77 (38,9%), 60–79 лет – 96 (48,5%), старшие 80 лет – 4 (2%). По анатомической структуре: 45% составляют медиальные и 55% – латеральные переломы проксимального отдела бедренной кости. С медиальными переломами было 82 пациента, с латеральными – 116. Пациенты с медиальными переломами проксимального отдела бедра были оперированы в 63 случаях, в том числе в 29 случаях было экстренное эндопротезирование тазобедренного сустава. Оперативная активность составила 76,8% (46% экстренное эндопротезирование) в данных видах переломов. При латеральных повреждениях были оперированы 108 пациентов, что составило 93,1%. Общая оперативная активность при переломах проксимального отдела бедренной кости составила 86,3%. Способы оперативного лечения при медиальных переломах применены следующие: остеосинтез спонгиозными винтами – 22; DHS – 31; эндопротезирование – 29. При латеральных переломах: остеосинтез пластиной – 53; спонгиозными винтами – 5; DHS – 32; PFN – 31.

Экстренное эндопротезирование тазобедренного сустава в нашей клинике начали внедрять с 2016 года, за период с 2016 по 2022 г. применено в 42 случаях (из них в 3 случаях с цементной фиксацией). Всем больным эндопротезирование производилось из стандартного бокового доступа под общим эндотрахеальным или спинальным наркозом. Операции выполняла определенная бригада травматологов-ортопедов с постоянным анестезиологом. С целью профилактики тромбоэмболических осложнений всем больным производили эластическое бинтование нижних конечностей. Больных поднимали на ноги на 2-й или 3-й день после операции. Обучали ходьбе с использованием костылей или «ходунков» для взрослых.

Среднее пребывание больных с переломом шейки бедренной кости в травматологическом отделении после экстренного эндопротезирования тазобедренного сустава составило 9,1 дня. У двух больных наблюдались летальный исход в связи с тромбоэмболическим осложнением в раннем послеоперационном периоде, что составило 0,5% от общего количество экстренных эндопротезирований. Других осложнений не отмечалось.

При выписке больных после экстренного эндопротезирования рекомендовали: наблюдение травматолога в поликлинике с рентгенологическим контролем через 2, 6 и 12 месяцев, продолжение эластического бинтования в течение одного месяца и приема антикоагулянтов, ЛФК, массаж,

ходьба с помощью костылей с умеренной нагрузкой на оперированную конечность в течение 6 нед., через 12 нед. – 50% нагрузка на оперированную конечность.

Из числа пациентов, у которых применялись традиционные способы фиксации (спонгиозные винты и пластины) в связи с длительной реабилитации (от 2 до 3 месяцев), процент неудовлетворительных результатов составил 38%.

Таким образом, применение современных способов хирургического лечения, как экстренное эндопротезирование тазобедренных суставов при переломах шейки бедренной кости, позволяет улучшить результаты лечения, одновременно повысив качество жизни и самообслуживаний, также ранней реабилитации больных и сокращения пребывания больных в стационаре.

ПРЕИМУЩЕСТВО БЛОКИРУЮЩЕГО ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ И МНОЖЕСТВЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ

Н.О. Сувонов, Л.А. Амонов, Ф.М. Махсудов

Навоийский филиал РНЦЭМП

Актуальность. В последние годы среди множества повреждений переломы трубчатых костей занимают одно из ведущих мест в травматологии. По данным разных авторов, их удельный вес колеблется от 16,7% до 49,8% среди всех травм опорно-двигательного аппарата. При этом открытые переломы верифицируются в 10–18% наблюдений переломов длинных костей конечностей.

Цель. Анализ результатов остеосинтеза блокирующим интрамедуллярным штифтом (БИОС), переломы длинных трубчатых костей при сочетанных и множественных травмах.

Материалы и методы. В 2019–2021 годах в Навоийском филиале РНЦЭМП проведен блокирующий интрамедуллярный остеосинтез длинных трубчатых костей у 29 пациентов, госпитализированных с диагнозом «Сочетанные и множественные травмы». Из них мужчин было 21 (72,4%), женщин – 8 (27,6%). В возрастном аспекте 24 (82,7%) пациента были в возрасте 22–45 лет, а остальные 5 (17,3%) пациентов были в возрасте 45–70 лет. Из 29 пациентов 12 (41,4%) пациентам был проведен интрамедуллярный остеосинтез большеберцовый кости, 9 (31%) – плечевой кости и 8 (27,6%) – бедренной кости. Троим пациентам были выполнены операции на 2 и более сегментах. Блокирующий остеосинтез выполнен 21 (72,4%) пациентам закрытым методом и 8 (27,6%) пациентам – открытым методом. 13 (44,8%) пациентов были прооперированы через 3–6 суток, 9 (31%) пациентов – через 7–21 суток и 7 (24,1%) пациентов – через 21 сутки после стабилизации.

Результаты. Влияние рубцовых изменений в тканях наиболее выражено при позднем остеосинтезе. Кроме того, пациент, находившийся более 3 недель на скелетном вытяжении или в гипсовой повязке, пребывает в состоянии гиподинамии, что оказывает крайне отрицательное влияние на течение травматической болезни. В то же время поздний остеосинтез в меньшей мере утяжеляет общее состояние пострадавшего. Несращение кости наблюдалось у 2 пациентов с переломом костей голени (операция была проведена через 21 день), гнойное осложнение – у 1 пациента с переломом бедренной кости. У этих трех пациентов операция была проведена открытым способом. У всех остальных пациентов наблюдалось сращение костей.

Заключение. Использование малоинвазивного блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза при переломах длинных трубчатых костей с сочетанными и множественными травмами приводит к меньшей травматизации тканей, уменьшению потери крови во время операции, снижению вероятности развития инфекционных осложнений и позволяет проводить раннюю реабилитацию пациентов. Это, в свою очередь, приводит к снижению количества осложнений и инвалидности.

К ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ И СОЧЕТАННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ

Ф.Д. Тимербулатов, С.А. Холкин

Городская клиническая больница № 18, г. Уфа

Высокие темпы научно-технического прогресса на производстве и транспорте в последние десятилетия привели к утяжелению травм, изменению их структуры в сторону возрастания удельного веса множественных и сочетанных повреждений. В общей структуре травм мирного времени доля множественных, сочетанных повреждений (политравмы) колеблется от 12 до 36%, летальность при этом не имеет тенденции к снижению и составляет от 23,8 до 85,0%, утрата трудоспособности и уровень инвалидизации в 10 раз превышают таковую при изолированной травме (ФГБУ ВЦМК «Защита», 2016, с. 189 (Библиотека Всероссийской службы медицины катастроф)).

Проблема организации медицинской помощи пострадавшим данной группе имеет многофакторный характер, является актуальнейшей медико-социальной проблемой современности, которая ежегодно забирает тысячи жизней, а миллионы людей оставляет инвалидами. Несомненно, что мероприятия по совершенствованию организации

медицинской помощи пациентам с сочетанной и множественной травмой (политравмой) сопряжены с развитием системы оказания экстренной медицинской помощи населению в стране как на догоспитальном, так и на госпитальном этапах.

Материалы и методы исследования. В период с 2019 по 2022 год в городскую клиническую больницу № 18 г. Уфы поступило 98 больных с сочетанной и множественной травмой, из них с тяжелой политравмой – 5,8%. Все пострадавшие были доставлены в приемное отделение бригадами скорой медицинской помощи. Всем пострадавшим бригадами скорой медицинской помощи введены обезболивающие, проводилась инфузионная терапия и транспортная иммобилизация. Однако у около 30% пострадавших, доставленных бригадами скорой медицинской помощи, явления травматического шока не были купированы, что потребовало проведения экстренных реанимационных и лечебно-диагностических мероприятий. В зависимости от тяжести состояния после проведения комплексных противошоковых мероприятий в условиях шоковой операционной, включая оперативные пособия и манипуляции по экстренным показаниям, пациенты переводились в отделение реанимации для дальнейшего лечения. В условиях реанимационного зала пострадавшие осматривались бригадой специалистов под руководством опытного хирурга: производились первичный клинический осмотр и обследование, во время которого оценивалась тяжесть состояния пострадавшего (терминальное, критическое, нестабильное, относительно стабильное), определялись жизнеугрожающие последствия и доминирующие синдромы повреждений – травматический шок, острая анемия, острое сдавление головного мозга травматическим отеком, повреждение спинного мозга, повреждения внутренних органов (травмы груди и живота с внутренним кровотечением). Также выполнялись следующие лечебно-диагностические мероприятия: общеклинические анализы крови и мочи, УЗИ плевральной и брюшной полостей, рентгенография органов грудной клетки, конечностей, таза, при необходимости – компьютерная томография. Также по показаниям – пункция, дренирование плевральных полостей, лапароскопия, лапароскопия органов брюшной полости. При переломах костей конечностей осуществлялась полноценная иммобилизация поврежденных конечностей, если на догоспитальном этапе не была проведена транспортная иммобилизация. Операции при переломах костей конечностей в подавляющем большинстве случае выполнялись в отсроченном порядке по выведении пострадавшего из шока. При открытых переломах костей конечностей по экстренным показаниям производилась операция: первичная хирургическая обработка, чрескостный остеосинтез аппаратами внешней фиксации. По выведении пострадавшего из шока, нормализации или значительном улучшении основных клинико-лабораторных показателей пациенты переводились в профильное клиническое отделение для дальнейшего лечения.

В подавляющем большинстве случаев (94,7%) достигнуты ближайшие благоприятные исходы лечения. Достижение благоприятных исходов лечения было обусловлено точностью диагностики всех видов повреждений, адекватностью проведенных противошоковых мероприятий, правильным выбором методов оперативного лечения с учетом состояния пострадавших.

Таким образом, для улучшения организации оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными и множественными повреждениями, с нашей точки зрения, необходимо:

1. Обучить как можно большее количество населения страны приемам оказания первой помощи.

2. Направлять на оказание помощи этой группе больных специализированные бригады скорой медицинской помощи.

3. Бригаду врачей стационаров необходимо комплектовать так, чтобы в ближайшие часы поступления пострадавшего в стационар провести весь комплекс противошоковых мероприятий, включая все виды оперативных вмешательств.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМ ГРУДО-ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА

Н.Н. Умаров, С.Т. Порманов, Ш.Х. Холбоев

Навоийский филиал РНЦЭМП

В современных условиях наблюдается рост количества позвоночно-спинномозговой травмы. Травмы позвоночника относятся к тяжелым в структуре нейрохирургических патологией. Тяжесть обусловливается повреждениями нервных структур и появлением нестабильности в зоне перелома. Переломы позвоночника нередко сопровождаются тяжелыми осложнениями. В большинстве клинических случаев травма позвоночника требует хирургической коррекции. Основными принципами хирургического лечения переломов позвоночника являются максимально быстрое и эффективное восстановление анатомических взаимоотношений, жесткая фиксация поврежденного сегмента и ранняя активизация пострадавшего.

Целью настоящей работы является определение основного вида оперативного вмешательства и выбора способа стабилизации при травматических переломах грудопоясничного отдела позвоночника.

Под нашим наблюдением находились 489 больных с повреждением грудопоясничного отдела позвоночника, госпитализированных в экстренное

нейрохирургическое отделение Навоийского филиала РНЦЭМП в период с января 2011 по январь 2022 г. Диагноз устанавливался на основании имеющихся стандартов и неврологических симптомов с применением методов лучевой диагностики (рентгенологическое, компьютерно- и магнитно-резонансный томографические методы исследования).

По нашем данным, встречался перелом 11-го грудного позвоночника – у 82 больных, 12-го грудного позвоночника – у 154 больных, перелом 1-го поясничного позвоночника – у 208 и одномоментный перелом 12-го грудного и 1-го поясничного позвоночника у 45 больных. По рентген признакам снижение высоты тела позвонка II и III степени – у всех оперированных больных.

В клиническом проявлении травм позвоночника и спинного мозга у всех больных отмечались сильные боли в проекции перелома, нарушение движений в конечностях, с нарушением функции тазовых органов. Из современных методов нейровизуализации 289 (59,1%) больным проведено КТ-исследование, 163 (33,3%) больным была проведена КТ с дополнительным МРТ-исследованием, 37 (7,6%) больным проведено рентгенологическое исследование.

В исследованной группе 114 пострадавшим с травмами позвоночника и спинного мозга произведено хирургическое лечение. При выполнении операций из задних доступов использовались транспедикулярная фиксация с реклинацией и декомпрессивной ламинэктомией. При отсутствии грубого неврологического дефицита производилось консервативное лечение со скелетным вытяжением и последующим ношением грудопоясничного корсета. Определяющим фактором в выборе хирургического лечения являлось состояние больного и тяжесть травмы.

Хороший регресс неврологической симптоматики наблюдался у 59 пациентов (51,7%), удовлетворительный – у 22 (19,3%), без динамики – у 27 (23,7%) и у 6 (5,3%) больных отмечался летальный исход. А у 12 пациентов отмечалось нагноение послеоперационной раны (10,5%).

Таким образом, можно отметить, что при переломах грудопоясничного отдела позвоночника ведущими диагностическими методами является современный лучевой метод исследования (компьютерно- и магнитно-резонансная томография), позволяющий не только установить точный диагноз, но и решить тактику своевременного лечения. Оперативное лечение при травмах позвоночника и спинного мозга (установление системы ТПФ, ламинэктомия) являются эффективными способами лечения. Медикаментозная терапия способствует временному улучшению состояния больных.

ОРГАНИЗАЦИЯ НЕОТЛОЖНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ В НАВОИЙСКОЙ ОБЛАСТИ

Л.Х. Утаев, А.У. Давронов, О.З. Хамроев

Навоийский филиал РНЦЭМП

Своевременное и адекватное оказание специализированной помощи больным с травматическими повреждениями магистральных кровеносных сосудов является одной из самых злободневных проблем в экстренной медицинской помощи. По данным различных авторов, травматические повреждения магистральных артерий и вен в последнее время значительно увеличились за счет техногенных и природных катастроф, составляя 2% от всех травм.

В период с 2010 по 2022 год нами проанализированы результаты хирургического лечения 102 больных с повреждением магистральных сосудов в Навоийском филиале РНЦЭМП и районных отделениях экстренной медицинской помощи. Возрасту в основном составил от 20 до 49 лет (24,2%). По характеру травмы: бытовая травма была у 71 (69,6%) больных, производственная травма отмечена у 25 (24,5 %) больных и спортивная – у 6 (5,9%) больных. Среди больных с травматическими повреждениями магистральных артерий часто оказывалось повреждение бедренной артерии – у 38 (37,3%) и плечевой артерии – у (34,3%), повреждение артерий предплечья – у 29 (28,4%). Из 102 случаев повреждения магистральных артерий конечности в 56 случаях отмечено повреждения нервных стволов и сухожилий верхних конечностей. В 10 случаев сочетанные повреждения сосудисто-нервного пучка сопровождались переломами трубчатых костей. Ишемические нарушения в конечности определяли по классификации Затевахина И.И. В момент поступления у больных в 42 (41,2%) случаях отмечена ишемия конечности $I^{б}$–$II^{а}$ степени и 18 (17,6%) $II^{б}$ степени. В большинстве случаев наблюдений 58 (56,9%) больных поступили в состоянии травматического шока II–III степени. Факторами развития травматического шока были кровопотеря и не иммобилизованная конечность.

Все больные были оперированы в экстренном порядке, 26 (25,5%) больных были оперированы в условиях хирургического отделения РМО, 76 (74,5%) больным восстановительно-реконструктивные вмешательства производились в Навоийском филиале РНЦЭМП. Во всех случаях производились восстановление анатомических структур. Из числа оперированных больных в филиале циркулярный шов артерий использован в 30 (39,4 %) случаях, резекция артерий с анастомозом конец в конец – в 26 (34,2%) случаях, боковой шов артерий

и вены – в 10 (13,1%) случаях, резекция артерий с аутовенозной пластикой – в 4 (5,2%), перевязка артерий – в 6 (7,8%) случаях.

С учетом сочетанности повреждений анатомических структур одномоментно восстанавливались сухожилия, мышцы, нервные стволы. Целостность костной системы во всех случаях восстановлена методом соответственного остеосинтеза. Восстановительно-реконструктивные вмешательства на поврежденных анатомических структурах верхних конечностей обязательно завершались иммобилизацией гипсовыми лонгетами со сроком 4–6 недель. Учитывая кровопотери, хирургическое вмешательство проводилось одновременно с инфузией кристаллоидных растворов, плазмо- и гемотрансфузии.

Таким образом, резюмируя всё вышеизложенное, можно констатировать, что операции по восстановлению поврежденных анатомических структур конечностей должны обязательно выполняться в учреждениях, оснащенных соответствующим оборудованием и инструментарием. Одномоментное восстановление всех прерванных анатомических структур значительно улучшает результаты хирургического лечения данной категории больных.

Также своевременное оказание неотложной помощи при данных повреждениях способствует уменьшению числа вторичных осложнений и возвращению пациентов к трудовой деятельности.

НАЙСИМОН СУЯКЛАР ДИАФИЗАР ВА БЎҒИМ АТРОФИ СИНИШИНИ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Ф.Н. Норқўзиев, А.Б. Баратов, Ж.Т. Ярлакабов, М.Б. Рахматов, Ё.О. Камолов, Ж.А. Баратов

РШТЁИМ Жиззах филиали

Материал ва усуллар. РШТЁИМ Жиззах филиали травматология бўлимида 2019–2022 йилларда стационар шароитда даволанган 575 та беморларда узун найсимон суяклар – сон, болдир, елка суяклари диафизар синишларини таҳлил қилдик. Улардан 352 та беморда найсимон суяклар алоҳида синиши, 223 та беморда ички органлар ва бош мия жароҳатлари билан биргаликда синишлар кузатилди. Травматизм турига кўра маиший жароҳат – 478 та, автожароҳат – 62 та, спорт жароҳати – 35 та. Ёпиқ синишлар – 510 та, очиқ синиш – 59 та, қон томир ва нерв тутами шикастланиш асоратлари билан – 6 та ҳолат кузатилди. Ўз мурожаати билан ётқизилган беморлар – 378 та, тез ёрдам билан – 197 та ташкил қилди.

Натижалар. Беморларни даволаш 4 та йўналишда олиб борилди.

1-йўналиш – 127 та (22,1%) бемор консерватив усулда – бунда суяк синиқлари репозиция қилиниб гипсли боғлам билан иммобилизация қилинди.

2-йўналиш 139 та (24,1%) беморга скелет тортув мосламаси қўйилиб, маълум муддатдан кейин гипсли иммобилизация қилинди.

3-йўналиш 158 та (27,4%) беморда найсимон суяклар синганда турли хил металл конструкциялар билан остеосинтези ва қўшимча гипсли иммобилизация қилинди.

4-йўналиш 151 та (26,2%) беморда елка, болдир, сон суяги диафизар синишида БИОС остеосинтези ўтказилди.

Кузатув давомида 4 та йўналиш бўйича қуйидаги натижалар олинди. Биринчи 3 та йўналиш бўйича болаларда яхши натижаларга эришилди. Лекин катталарда суст консолидация ва турли даражадаги контрактуралар кузатилди, 5 та беморда ортопедик режимга риоя қилмаганлиги ва пластина синиши, винтлар миграцияси кузатилди. 4-йўналиш бўйича найсимон суяклар синишининг БИОС усулида 151 та бемор даволанди. Шундан 147 та (95%) беморда найсимон суяклар тўлиқ битиши, 4 та беморда суст консолидация кузатилди, бунга сабаб бемор ўз вақтида мурожаат қилмаганлиги учун динамизация, яъни статик винт тегишли муддатда олинмаганлиги оқибатида суяк битиш муддати узайишига сабаб бўлди.

Хулоса. Узун найсимон суяклар синишининг БИОС усулида стабил остеосинтез қилиш эрта реабилитацион даволаш ва контрактуралар ривожланмаслиги ҳамда даволаш муддатини қисқартиришга олиб келади.

RESULTS OF COPMPEX APPLICATION OF ARTROSCOPIC DEBRIDEMENT AND PROXIMAL FIBULAR OSTEOTOMY AT THE TREATMENT OF DEFORMIC ARTRITIS OF KNEE WITH ACUTE PAIN SYNDROME

Kh.T. Fozilov[1], M.E. Irismetov[2], A.Sh. Muminov[1]

[1]Bukhara branch of the Republican Research Center of Emergency Medicine, Bukhara, [2]Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Traumatology and Orthopedy

Objective. Arthroscopic diagnosis and treatment – determining the functional status of the joint, debridement of degenerative-dystrophic tissue, cleaning of chondromalacia foci, tunneling operations have solved important problems of advanced orthopedics.

According to scientists, after the operation of proximal fibular osteotomy (PFO) in deformed osteoarthritis of the knee, due to the weakening of the external components of the knee joint changes the balance of the joint and the mechanism of redistribution of load on the outer and inner plateaus .

However, the above-mentioned degenerative-dystrophic changes in the knee joint and debridement aimed at restoring the biomechanical axis of the lower

limb and the combined use of proximal fibular osteotomies are emerging .

Materials and investigation methods. In our study, we included 120 patients with grade I-II-III deformity arthritis and varus deformity of the knee joint aged 35-80 years treated in the Department of Sports Trauma of the Republican Specialized Scientific-Practical Medical Center for Traumatology andOrthopedics and the traumatology department of Bukhara branch of the Republican Scientific Center of Emergency Care between 2019 and 2021.All patients were divided into 2 groups and long-term postoperative outcomes were studied. Group I (control) consisted of 70 patients, of which 55 were women and 15 were men. Patients in this group underwent debridement of joint surfaces. Group II (basic) consisted of 50 patients, including 55 women, 15 men. This group of patients underwent joint debridement and PFO, the surgical procedure developed in our clinic and a utility model patent (FAP 35926) was obtained.

Patients underwent knee debridement and PFO surgeries performed according to standard techniques. Surgical procedures were performed under arthroscopy.Surgical procedures were performed under arthroscopy. The analysis of the obtained results was evaluated on the basis of indicators of KSS (Knee Society Scores) scale.

Results. The results of the surgery were reviewed at 3, 6, 12 months (short-term) and 1 year (long-term) after the operation.Evaluation of the obtained results was carried out on the basis of anterior and lateral projection radiographic data and KSS scale.

Surgical procedures performed in all patients resulted in an increase in range of motion in the knee joint.Analysis of indicators in patients of the main and control groups The complex application of arthroscopy + PFO led to an increase in the criterion of painless “amplitude of movement” based on the correction of the biomechanical axis of the lower limb in patients, in patients of the control group “10-degree movement amplitude” increased by 8.5%, 15 deg. - increased by 26.2%, 20 deg. - increased by 5.2%, and in the basic group of patients - 10 deg. - decreased by 15%, 15 deg. - increased by 16% and 20 deg. - increased by 10%.

Conclusion, it was found that among all joints, the occurrence of deforming arthrosis of the knee joint was predominant.

An analysis of the results obtained in the basic and control group patients showed that the complex application of knee joint derivative and PFO surgeries significantly improved the percentage of positive outcomes.

In patients with deforming osteoarthritis of the knee joint, the KSS scale allows adequate evaluation of the results of clinical and functional examination after surgery.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОКОЛОСУСТАВНЫХ И ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

И.Ю. Ходжанов[1], А.А. Орипов[2], А.Ш. Муминов[2], Ш.К. Хакимов[3], Ж.Ю. Жабборов[2], С.Ю. Юсупов[3]

[1]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии
[2]Бухарский филиал РНЦЭМП
[3]Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино

Актуальность. Околосуставные и внутрисуставные переломы дистального отдела плечевой кости представляют собой сложные повреждения, которые в конце могут значительно ограничить функцию локтевого сустава. Хирургическое лечение показано в большинстве случаев с целью восстановления диапазона движений и функции верхней конечности. Открытая репозиция и внутренняя фиксация (ORIF) пластинами и винтами является предпочтительным вариантом лечения больных. Однако не всегда удается выполнить полноценное и окончательное оперативное пособие в первые сутки после травмы в связи с организационными, техническими и лечебными причинами (Козлов Е.С., Салимов Э.Р., Солдатов Ю.П., Лукин С.Ю., Столбиков С.А., 2021)

Цель. Изучить клиническую эффективность метода двухэтапного лечения при околосуставных и внутрисуставных переломах дистального отдела плечевой кости и изучить его осуществимость, безопасность, преимущества и недостатки.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование было включено 36 пациентов с околосуставными и внутрисуставными переломами дистального отдела плечевой кости (по классификации АО: 13 – С2 – С3).

Нами предложено двухэтапное лечение околосуставных и внутрисуставных переломов плечевой кости. На первом этапе хирургического лечения (при поступлении больного в экстренном порядке) проводится закрытая репозиция костных отломков для восстановления оси, длины сегмента конечности, устранения грубых смещений и стабилизация поврежденного сегмента с использованием аппарата Илизарова в рациональной компоновке. Далее, после соответствующей подготовки пациента, выполняется второй этап хирургического лечения – открытая репозиция и внутренняя фиксация костных фрагментов.

Пациенты разделены на две группы:

– у пациентов первой группы (группа сравнения, 24 случая) осуществляли одномоментный открытый остеосинтез погружными фиксаторами в течение 2–12 суток после травмы.

– у больных второй группы (основная группа, 12 случаев) выполняли двухэтапное лечение переломов дистального отдела плечевой кости. На первом этапе хирургического лечения (при поступлении больного в стационар) для репозиции костных фрагментов дистального отдела плечевой кости, последующего выполнения операционного доступа к дистальному отделу плечевой кости для его остеосинтеза и дальнейшей временной фиксации костей локтевого сустава, а также для осуществления последующей его разработки применяли аппарат Илизарова в оригинальной компоновке. Далее, после соответствующей подготовки пациента, на 3–7 сутки после травмы выполняется второй этап хирургического лечения – открытая репозиция и внутренняя фиксация костных фрагментов. Все пациенты наблюдались спустя 6 недель, на 6 и 12 месяцы после операции с обязательным рентгенологическим контролем. Клинические результаты подверглись статистическому анализу. Были исследованы диапазон движений, оценка руки, плеча и кисти (шкала DASH), сроки сращения переломов и осложнения.

Результаты. Сращение переломов наблюдалось во всех случаях. У больных первой группы средние сроки консолидации перелома составили 25–26 недель, у больных второй группы – 22–23 недели. Среди осложнений наблюдали гетеротопическую оссификацию, сгибательно-разгибательную контрактуру, миграцию фиксаторов после окончательного остеосинтеза и стойкий дефицит проводимости локтевого нерва. Диапазон движений локтевого сустава при последнем контрольном наблюдении составил 75° в первой группе по сравнению с 96° во второй группе. Гетеротопическая оссификация наблюдалась в 2 случаях в первой группе пациентов. Инфекционных осложнений не отмечено.

Выводы. Посредством устройства для остеосинтеза переломов плечевой кости возможно осуществить лигаментотаксис в области перелома мыщелка плечевой кости, реализовать трансолекранонный доступ к мыщелку плечевой кости, произвести временную фиксацию перелома и последующую разработку локтевого сустава. Предложенная методика не имеет практически значимых минусов и позволяет улучшить результаты лечения. К преимуществам можно отнести уменьшение времени окончательной операции, снижение агрессивности воздействия на ткани сустава и их меньшую травматизацию.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ ПОЗВОНОЧНИКА

Ш.Х. Холбоев, З.А. Джураев, Б.К. Мустафоев

Навоийский филиал РНЦЭМП

Сочетанная травма позвоночника относится к группе наиболее тяжелых травм и составляет 8–12% в структуре политравм.

В данной работе проанализировано лечение 72 пострадавших с сочетанными повреждениями позвоночника, находившихся на стационарном лечении в нейрохирургическом отделении Навоийского филиала РНЦЭМП за период 2020–2023 гг. Больных с сочетанными повреждениями позвоночника по структуре распределили следующим образом: переломы позвоночника в сочетании с черепно-мозговыми травмами – 23 (32%), с повреждением органов брюшной полости –7 (10%), с повреждением грудной клетки – 8 (11%), с переломами костей конечностей и таза – 21 (29%), с множественными экстравертебральными повреждениями – 13 (18%).

При изучении причин возникновения травм у 29 больных отмечено падение с высоты (высотная травма), у 32 больных – дорожно-транспортное происшествие (ДТП), сдавление тяжелыми предметами – у 7 больных, различные производственные травмы – у 4 больных. У 39 пострадавших диагностирован травматический шок различной степени тяжести. Обследование всем больным проводилось согласно клинико-диагностическим стандартам экстренной медицинской помощи, на фоне одновременно проводимых противошоковых мероприятий.

Неотложное оперативное вмешательство проводилось по жизненным показаниям 27 больным. Из них декомпрессионная трепанация черепа – у 10 (37%) больных, лапаротомия по поводу повреждения органов брюшной полости – у 5 (19%) больных, торакотомия с ушиванием ранения легкого – у 2 (7%) больных, первичная хирургическая обработка раны с целью остановки наружного кровотечения – у 4 (15%), декомпрессионная ламинэктомия – у 6 (22%).

После улучшения состояния больных различные стабилизирующие операции на позвоночнике проведены 16 больным. Из них передний спондилодез шейных позвонков – 6 больным, задний спондилодез нижнегрудных и поясничных позвонков – 7 больным, транспедикулярная фиксация поясничных позвонков – 3 больным.

Оперативное вмешательство на костях конечностей при сочетанных повреждениях позвоночника проводили по первично-отсроченному принципу на 3–12 сутки.

Лечение переломов позвонков I–II степени без нарушения стабильности позвоночного столба

проводили консервативно. Летальный исход зарегистрирован в 9 случаях. Причинами летальных исходов в 5 случаях были множественные экстравертебральные повреждения, сопровождающиеся тяжелым травматическим шоком, в 4 случаях – позвоночно-спинномозговые травмы шейного отдела позвоночника в сочетании с тяжелыми черепномозговыми травмами.

Таким образом, переломы позвоночника, сочетающиеся с различными повреждениями других органов и систем, относятся к тяжелым травмам и зачастую требуют экстренного оперативного вмешательства, с одновременно проводимой противошоковой терапией.

АУТОНЕЙРОПЛАСТИКА ПРИ ОТКРЫТЫХ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ КОНЕЧНОСТЕЙ С РАЗМОЗЖЕНИЕМ ТКАНЕЙ

Д.А. Худайназаров, Т.Р. Минаев, А.Б. Хакимов, Дж.Х. Давлатов, О.Н. Низов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

В экстренной микрохирургии встречаются случаи, когда при открытых сочетанных травмах верхних конечностей приходится иметь дело не просто с повреждениями нервов, а с их обширными дефектами на значительном протяжении. Подобные травмы обычно бывают при тракционном или раздавливающем механизме и нередко сочетаются также с дефектами кожи и мягких тканей. С учетом обстоятельств и характера раны, из-за высокого риска развития инфекционных осложнений восстановительные операции в таких случаях обычно откладываются на более отдаленный «холодный» период. Поэтому представляется весьма важной проблема хирургического лечения повреждений периферических нервов у больных с сочетанными травмами конечностей, инвалидность от которых достигает 70%.

Хотя некоторые авторы (Белоусов А.Е. с соавт., 1998; Датиашвили Р.О., 1991; Бхандари М., 2017; Мусаев Т.С., 2019; Хаджибаев А.М. с соавт., 2010; Юлдашев А.А., 2015) допускают выполнение реконструкции в экстренном порядке, но большинство исследователей (Байтингер В.Ф., 2006; Дюсембеков Е.К., 2013; Маликов М.Х. 2013; Меркулов М.В., 2012; Науменко Л.Ю. с соавт., 2013; Родоманова Л.А. с соавт., 2012; Файзуллаева М.Ф., 2011; Bashir M.M., 2018; Boyd K.U., 2011; Hennessy D.W., 2020; Mavrogenis A.F., 2019) придерживаются более сдержанной тактики, считая недопустимым выполнение аутонейропластики в условиях размозжения тканей. Такой подход имеет свои несомненные плюсы: минимальный риск развития гнойных осложнений, возможность сосредоточиться только на нервах и выбрать оптимальную тактику лечения. Минусы – это необходимость работать в рубцовой зоне с наличием той или иной степени суставной контрактуры и то, что восстановление нередко приходится выполнять в два и более этапов, что значительно удлиняет период реабилитации.

За период с 2007 по 2023 год в РНЦЭМП было пролечено 9 больных с открытыми травмами верхних и нижних конечностей с размозжением и загрязнением тканей, у которых изначально имели место обширные дефекты нервов. Больные с относительно чистыми ранами в представленную группу не вошли. Также в данную группу не вошли больные с тяжелыми открытыми сочетанными травмами (полные и неполные ампутации), которым хотя и были выполнены реконструктивные операции, но пластика нервов ввиду их обширных дефектов (более 7 см) не производилась. В представленной группе мужчин было 8 (88,9%), женщин – 1 (11,1%); из них детей – 1 (11,1%).Длина дефектов нервов составляла от 4 до 6 см. В 3 (33,3%) имели место дефекты срединного нерва, в 4 (44,4%) – локтевого, в 1 (11,1%) – большеберцового и в 1 (11,1%) – общего малоберцового. При этом в 2 (22,2%) ввиду повреждения магистральных артерий кровообращение конечности было декомпенсировано.

При выполнении аутонейропластики в качестве графтов были использованы свободные (неваскуляризированные) фрагменты поверхностной ветви лучевого нерва – в 6 (66,7%), икроножный нерв – в 2 (22,2%), внутренний кожный нерв предплечья – в 1 (11,1%) случаях. Поперечное сечение трансплантата значительно меньше, нежели толщина поврежденных нервов, в связи с чем длина забранного фрагмента составляла в среднем 20 см, что позволяло сделать пластику дефекта 3–4 вставками. Восстановление выполнялось под оптическим увеличением 6–8-кратно узловыми фасцикулярными швами монофиламентными атравматическими нитями 7/0–8/0. Для закрытия раневого кожного дефекта в 3 (33,3%) случаях была выполнена комбинированная кожная пластика с использованием местных перемещенных лоскутов и свободных аутокожных трансплантатов. При этом первичная аутонейропластика (во время выполнения хирургической обработки и реконструктивной операции) выполнена в 8 (88,9%) случаях, отсроченная – в течение первых 14 суток, после заживления раны и снятия кожных швов – в 1 (11,1%) случае. В ближайшем периоде отмечен 1 (11,1%) случай осложнения в виде сухого краевого некроза фрагмента свободной аутокожи, что не потребовало дополнительных вмешательств. При гладком послеоперационном течении среднее время пребывания в стационаре составило 6 суток.

Прослеживать отдаленные результаты лечения не являлось целью нашего исследования, но, тем не менее, 6 (66,7%) больных приходили к нам на контрольные осмотры в сроки от 2 до 12 месяцев после операции. Необходимо отметить, что в ранние сроки (до 6 месяцев) во всех случаях было первичное заживление, и на фоне проводимой стимулирую-

щей медикаментозной терапии отмечались явные клинические признаки роста нервов значительно дистальнее уровня восстановления. В более поздние сроки (12 месяцев и позже) полное восстановление функции отмечено в 3 (50%) случаях, частичное (ввиду высокого повреждения нервов) – в 3 (50%) случаях.

Вывод. Выполнение аутонейропластики при дефектах нервов в экстренном порядке в условиях размозжения тканей хотя и сопряжено с определенным риском развития инфекционных осложнений, но, тем не менее, является оправданным при создании условий для первичного заживления ран.

ГИБРИДНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ КАК НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЛОДЫЖЕК

В.О. Цапенко

ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Переломы лодыжек составляют от 12 до 25% среди всей костной травмы и достигают 57% от переломов нижних конечностей. (Ли Синьхао и соав., 2015), из них около 2% переломов являются открытыми, а высокое количество неудовлетворительных результатов при консервативном лечении достигает 54% (В.В. Сластинин и соав., 2015). Отсроченное оперативное лечение переломов лодыжек в 90% случаев приводит к формированию деформирующего артроза, вплоть до инвалидизации пациента. В то же время тактика немедленного погружного остеосинтеза приводит к осложнениям в 40% случаях, а частота развития гнойной инфекции достигает 37% (Teeny S.M. et al., McFerran et al., 2010).

Цель исследования. Разработать способ оперативного лечения переломов лодыжек, позволяющий снизить их негативные последствия.

Материалы и методы. В настоящее время при оказании травматологической помощи пострадавшим с нестабильными переломами лодыжек предпочтение отдается оперативным способам их лечения. Среди них наибольшее распространение приобрели травматологические пособия с использованием различных металлоконструкций. Применение их в качестве фиксаторов отломков требует специального инструментария, конструктивно сложных имплантов и широких оперативных доступов. При этом подобные операции привносит достаточно серьезную дополнительную травму мягкотканым образованиям. Использование же в качестве фиксаторов стержней, несмотря на их меньшую травматичность, чаще всего не позволяет достичь достаточной прочности соединения отломков на срок, необходимый для сращения перелома.

Для устранения всех этих недостатков нами был предложен новый способ лечения переломов голени и предплечья (патент на изобретение № 2691015). Суть его заключается в том, что при остеосинтезе по предложенной методике вместо накостного или внутрикостного импланта используется неповрежденная парная кость травмированного сегмента конечности больного. Вначале через минидоступ в зоне перелома производится репозиция и временная фиксация отломков спицами, винтом или серкляжом. Затем каждый из отломков поврежденной кости на удалении 3–5 см по обе стороны от перелома соединяется с неповрежденной парной костью двумя винтами, проходящими через все их кортикальные слои. Винты располагаются внутрикостно, с расхождением между собой в различных плоскостях от 6 до 30 градусов. После этого временные фиксаторы удаляются, и рана ушивается наглухо. Конечность иммобилизируется гипсовой лонгетной повязкой от кончиков пальцев стопы до верхней трети голени сроком на 8 недель. Швы с послеоперационной раны снимаются на 10–12 сутки от момента операции. До этого периода перевязки с растворами антисептиков производятся один раз в двое суток. Через 8 недель, после выполнения контрольных рентгенограмм области голеностопного сустава в 2-х проекциях, амбулаторно винты удаляются под местной анестезией через проколы мягких тканей под ними. Раны-проколы ушиваются. Швы снимаются через 10 дней от момента их наложения, и пациент поступает на реабилитационное лечение.

Предложенным способом были произведены операции у 36 пациентов с закрытыми оскольчатыми переломами: 44 B1,B2, 44 C1, C2 по классификации АО.

Результаты и обсуждение. Оценка стабильности остеосинтеза осуществлялась клинически сразу после его выполнения, а результатов лечения – в день выписки пациента из стационара и далее через 3, 6 и 12 месяцев от момента операции. Она базировались на анализе рентгенограмм, компьютерных томограмм и данных, полученных путем использования шкалы клинической оценки заболеваний Американской Ассоциации Ортопедов Стопы и Голеностопного Сустава (AO FAS). Было установлено, что спустя три месяца у всех пациентов произошло сращение переломов и восстановлена опороспособность конечности без использования средств дополнительной опоры. Анализ отдаленных результатов лечения по данной шкале показал, что отличные и хорошие исходы удалось достичь у 30 (83,3%) пациентов, а удовлетворительные – у шести пострадавших. Удаление винтов у всех пациентов после сращения переломов было произведено под местной анестезией амбулаторно.

Выводы. Предложенный способ остеосинтеза обеспечивает условия, необходимые для срастания переломов. Он не требует выполнения широких операционных доступов и применения специальных накостных имплантов. За счет этого удается достичь благоприятных исходов лечения и снижения финансовых затрат на выполнение операции. Кроме того, появляется реальная возможность из-

бежать развития гнойных осложнений и повторной госпитализации для удаления фиксаторов.

ПРИМЕНЕНИЕ ИМИТАЦИОННОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ ДЛЯ АНАЛИЗА ПРОЕКТНЫХ РЕШЕНИЙ СТАЦИОНАРНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Е.А. Цебровская, В.М. Теплов

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Введение. Система оказания скорой, в том числе специализированной медицинской, помощи населению постепенно усовершенствуется. В последние годы значительное внимание уделяется стационарному периоду оказания скорой, в том числе специализированной медицинской, помощи, которая осуществляется в стационарных отделениях скорой медицинской помощи (далее – СтОСМП). Период пандемии COVID-19 продемонстрировал преимущество функционирования таких подразделений в крупных многопрофильных перед приемным отделением.

Данные отделения главным образом открываются на базе уже существующих приемных отделений. В отдельных случаях создается пристройка к основному зданию или же возводится новый корпус. В то же время на этапе проектирования СтОСМП сохраняется ряд вопросов по их организации, которые пока не учтены в существующих строительных нормативах и правилах. Ввиду последнего становится весьма актуальным поиск оптимального проектного решения для создания таких подразделений.

Одним из способов решения данной проблемы является применение имитационного моделирования, которое позволяет проанализировать различные проекты СтОСМП, выявить их возможные недостатки ещё на этапе модели и найти оптимальное планировочное решение.

Материалы и методы. С помощью имитационного моделирования были созданы три компьютерные модели СтОСМП из расчёта на ежедневный входящий поток до 150 пациентов в сутки, отличающиеся только по своим площадям (Модель-1 – 1000 м^2, Модель-2 – 1200 м^2, Модель-3 – 2500 м^2). На вес модели была установлена «нулевая точка», которая представляла собой начало формирования очереди пациентов на входе в стационар. По результатам экспериментов проводилось статистическое сравнение полученных значений.

Результаты. По результатам многочисленных итераций Модели-2 и Модели-3 в «нулевой точке» формирования очередей зафиксировано не было. На Модели-2 в «нулевой точке» среднее время пребывания составило 3,2±1,8 минуты, что достоверно не отличается при сравнении с полученными данными Модели-3, которые составили 1,3±0,6 минуты. В то же время на Модели-1 к концу первых суток модельного времени в «нулевой точке» находилось в очереди уже 10 человек. При этом среднее время ожидания в «нулевой точке» составляло около 8,3±2,1 минуты, что существенно выше при сравнении с полученными данными других моделей.

Заключение. Полученные данные отображают необходимость поиска баланса между оптимальным планировочным решением и возможным сокращением затрат на проект СтОСМП. Существенное сокращение площади таких подразделений приведёт к значимому увеличению очередей пациентов в ожидании получения ими медицинской помощи, что, в свою очередь, снизит качество выполнения медицинских услуг. Эксперименты, проведенные на моделях СтОСМП с ожидаемым числом пациентов до 150 в день, демонстрируют, что оптимальная площадь для такого отделения должна составлять не менее 1200 м^2.

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОЛИТРАВМОЙ С ДОМИНИРУЮЩИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ГРУДИ

Е.А. Цеймах[1,2], А.А. Макин[2], А.В. Бондаренко[1,2], А.А. Меньшиков[1,2]

[1]ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, Барнаул
[2]КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи», Барнаул, Россия

Взаимное отягощение состояния при политравме значительно усложняет диагностический и лечебный процесс, задерживает оказание специализированной помощи, например, при сочетании черепно-мозговой и торакальной травмы или скелетной травмы и травмы груди предъявляются жесткие требования к выбору объема диагностических и лечебных мероприятий.

Цель исследования. Повышение эффективности комплексного лечения больных тяжелой сочетанной травмой с доминирующей травмой груди (ТСТГ) путем применения миниинвазивных методов лечения.

Анализируются результаты лечения 263 больных с ТСТГ, находившихся на лечении в КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи». Из 263 больных 109 (41,5%) составили основную группу, 154 (58,5%) – группу сравнения. Пациентам основной группы проводили современные миниинвазивные вмешательства (локальная дифференцированная фибринолитическая терапия, клапанная бронхоблокация, видеоторакоскопия (ВТС), остеосинтез переломов грудины и ребер пластинами с угловой стабильностью). Пациенты группы сравнения получали традиционное лече-

ние (слепое дренирование плевральных полостей, торакотомия и т.д.). Нами разработана лечебно-диагностическая тактика ведения больных с ТСТГ. Показаниями к экстренной торакотомии считали большой и тотальный гемоторакс, гемоперикард с тампонадой сердца, гемомедиастинум с компрессией дыхательных путей и магистральных сосудов, обширную проникающую рану груди с открытым пневмотораксом и массивным повреждением легкого. Показаниями к экстренной ВТС служили ранения в торакоабдоминальной зоне грудной клетки, средний и малый гемоторакс, посттравматическая эмпиема плевры. Срочную ВТС применяли при продолжающемся внутриплевральном кровотечении с выделением крови по дренажам более 200 мл/ч и отсутствием признаков его остановки. При свернувшемся гемотораксе и формировании посттравматической эмпиемы с сегментацией плевральной полости применяли дифференцированную локальную фибринолитическую терапию. При напряженном, не устраняемым дренированием плевральной полости или длительно не расправляющемся пневмотораксе (в течение 4–5 дней) применяли клапанную бронхоблокацию. При множественных фрагментарных переломах ребер и грудины с нарушением каркаса грудной клетки, сопровождающихся парадоксальным дыханием, реберным клапаном, выполняли открытую репозицию переломов ребер и грудины, остеосинтез пластинами с угловой стабильностью. Локальную фибринолитическую терапию проводили препаратами стрептокиназы. Доза стрептокиназы составляла 1500 тыс. МЕ. Препарат разводили в 20 мл изотонического раствора натрия хлорида и вводили в плевральную полость. Экспозиция в плевральной полости составляла 3–24 ч, после чего препарат вместе с экссудатом удаляли и плевральную полость промывали антисептическим раствором. Введение активаторов фибринолиза осуществляли ежедневно или через день, всего 1–3 раза. При снижении активности плазминогена в плевральном экссудате менее 7% применяли разработанный в клинике метод внутриплеврального введения стрептокиназы со свежезамороженной плазмой. Количество удаляемого экссудата из плевральной полости колебалось от 50 до 2000 мл в сутки. Для закрытия легочно-плевральной фистулы при пневмотораксе нами разработан и клинически апробирован метод применения окклюзии свищевого бронха оригинальным эндобронхиальным клапаном. ВТС проводили в условиях операционной под эндотрахеальным наркозом без раздельной интубации бронхов. Для восстановления каркаса грудной клетки и ликвидации парадоксального дыхания реберного клапана выполняли открытую репозицию и остеосинтез фрагментарных переломов ребер и грудины пластинами с угловой стабильностью под эндотрахеальным наркозом. Остеосинтез выполняли в первые 2 суток с момента поступления пострадавшего в клинику. Применение разработанной лечебно-диагностической тактики ведения больных тяжелой сочетанной травмой с доминирующими повреждениями груди снижает количество торакотомий в 3,3 раза, улучшает непосредственные и отдаленные результаты лечения. Применение дифференцированной внутриплевральной фибринолитической терапии при свернувшемся гемотораксе у больных тяжелой сочетанной травмой с доминирующими повреждениями груди с учетом уровня плазминогена в плевральном содержимом позволяет увеличить частоту выздоровления больных к моменту выписки из стационара в 1,4 раза. Применение клапанной бронхоблокации способствует надежному закрытию бронхоплевральных фистул, расправлению легкого и снижает необходимость применения хирургических вмешательств у 7,8% больных тяжелой сочетанной травмой с доминирующими повреждениями груди с напряженным или длительно не разрешающимся посттравматическим пневмотораксом. Выполнение остеосинтеза у больных с множественными фрагментарными переломами ребер и грудины позволяет восстановить каркас грудной стенки, уменьшить длительность искусственной вентиляции легких у пациентов с тяжелой сочетанной травмой с доминирующими повреждениями груди в 2,9 раза.

Заключение. Применение разработанных миниинвазивных методов лечения позволило значительно уменьшить число оперированных больных. Нам также удалось увеличить число пациентов, выписанных с выздоровлением.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТРАВМАХ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПОД КОНТРОЛЕМ ЭЛЕКТРОННО-ОПТИЧЕСКОГО ПРЕОБРАЗОВАТЕЛЯ

А.Т. Эрметов, Д.Р. Алимов, О.В. Карабаев

Ташкентский областной филиал РНЦЭМП

Повреждения шейного отдела позвоночника являются наиболее тяжелым видом травматических скелетных повреждений, характеризуются многообразием, высоким риском развития тяжелых неврологических осложнений и летальностью. Существующие в настоящее время хирургические методы лечения травм шейного отдела позвоночника предполагают раннюю декомпрессию спинного мозга и надежную стабилизацию поврежденного уровня. Все операции, связанные с травмами шейного отдела позвоночника, проведены под контролем электронно-оптическим аппаратом, что позволяет делать рентген интраоперационно (прямо во время операции). Использование такого устройства для пациента означает точную установку системы стабилизации позвонков, уменьшение операционной раны, сокращает время операции и сопряжено с меньшей травматизацией прилежащих тканей.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных с травматическим повреждением шейного отдела позвоночника с ис-

пользованием электронно-оптического преобразователя.

Материалы и методы. Материал исследования составили 36 наблюдений пострадавших с травматическим повреждением шейного отдела позвоночника, поступивших в Ташкентский областной филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи и находившихся на стационарном лечении в отделении сочетанных травм с нейрохирургией в период с 2017 по 2022 г. Передняя и задняя декомпрессия спинного мозга с резекцией тела позвонка и установкой раздвижной фиксирующейся кейдж-пластины при травме шейного отдела позвоночника на уровне С3–С7 выполнена 38 пациентам, из них было 23 (60,5%) мужчины, 15 (39,4%) женщин. Возраст больных варьировал от 22 до 65 лет. Пациенты, доставляемые непосредственно с места травмы, в первые сутки оперировались по неотложным показаниям в момент поступления 27 (71,0%) больных. Пациенты, доставленные в более поздние сроки, оперировались по срочным показаниям после комплексного обследования на наличие сопутствующей соматической патологии – 11 (28,9%) больных. Всем больным проводилось исследование неврологического статуса, мультисрезовая спиральная компьютерная томография (МСКТ) шейного отдела позвоночника. В неврологическом статусе у 16 (42,1%) больных выявлена тетраплегия, у 10 (26,3%) больных – тетрапарез, у 7 (18,4%) больных – нижний парапарез, у 5 (13,1%) больных клинически значимых изменений в неврологическом статусе не выявлено.

Результаты и обсуждение. Результаты анализировались нами за период от шести месяцев до пяти лет после перенесенной операции. Положительные результаты лечения отмечены у 21 (55,2%) больного, без динамики неврологической симптоматики – у 10 (26,3%) больных. Летальный исход – 7 (18,4%) больных. Стоит отметить, что наиболее хорошие результаты в виде уменьшения неврологического дефицита были у пациентов, оперированных в первые 6 часов после травмы. Для проведения операции мы применяли импланты от ведущих мировых производителей, позволяющие нагружать прооперированный сегмент уже через несколько суток после операции.

Выводы. Современные технологии сделали возможным миниинвазивный хирургический доступ к поврежденному участку: установка фиксаторов проводится через небольшие разрезы на коже. Все манипуляции в ходе операции проводили под электронно-оптическим преобразователем (ЭОП) с целью контроля правильной постановки металлоконструкции и точного сопоставления отломков. Точная и стабильная фиксация под рентген-контролем ЭОП исключает возможность риска развития послеоперационных осложнений.

ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ БОЛЬНЫМ С ПОЛИТРАВМАМИ ПО ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ

А.Т. Эрметов, Д.Р. Алимов

Ташкентский областной филиал РНЦЭМП, Ташкент, Узбекистан

Совершенствование помощи пострадавшим с политравмой – одна из наиболее актуальных задач современной нейротравматологии, поскольку политравмы являются основной причиной смертности среди лиц молодого и среднего возраста и способствуют депопуляции населения.

Цель исследования. Повышение эффективности оказания экстренной хирургической помощи с применением высокотехнологических методов лечения больных с политравмой.

Материал и методы. Материал исследования составили 218 наблюдений пострадавших с политравмами, поступивших в ТОФ РНПЦЭМП и в районные медицинские центры по Ташкентской области: Чиназское РМО – 234 больных, Бостанлыкское РМО – 306 больных, Бекабадское РМО – 326 больных, Ангренская ЦГБ – 489 больных, находившихся на стационарном лечении в отделениях политравм в период с 2022 по 2023 г. Всем больным, пострадавшим с черепно-мозговыми травмами и позвоночника, проведены различные оперативные вмешательства, из ТОФ РНЦЭМП – 84 (38,5%) больных, в Чиназском РМО – 38 (16,2%) больных, в Бостанлыкском РМО – 38 (7,7%), в Бекабадском РМО – 25 (7,6%) больных, в Ангренской ЦГБ – 70 (14,3%) больных. Черепно-мозговая травма сопровождалась сочетанными скелетными повреждениями, в том числе переломами верхних и нижних конечностей: в ТОФ РНЦЭМП – 162 (74,3%), в Чиназском РМО – 181 (77,3%), в Бостанлыкском РМО – 233 (76,1%), в Бекабадском РМО – 280 (85,8%), в Ангренской ЦГБ – 385 (78,7%) больных. Повреждения брюшной полости и органов забрюшинного пространства: в ТОФ РНЦЭМП – 214 (98,1%) больных, в Чиназском РМО – 223 (95,2%) больных, в Бостанлыкском РМО – 278 (90,8%), в Бекабадском РМО – 276 (84,6%) больных, в Ангренской ЦГБ – 482 (98,5%) больных.

Результаты и обсуждение. Высокотехнологичные операции, выполненные в отделениях политравм по Ташкентской области: ВТОФ РНЦЭМП эндопротезирование тазобедренного сустава произведено 27 (12,3%) больным, БИОС – 78 (35,7%) больным, остеосинтез LSP пластинами – 62 (28,4%) больным. В Чиназском РМО эндопротезирование тазобедренного сустава произведено 12 (5,1%) больным, БИОС – 38 (16,2%) больным, остеосинтез LSP пластинами – 16 (6,8%) больным. В Бостанлыкском РМО эндопротезирование тазобедренного сустава произведено 6 (1,9%) больным, БИОС – 37 (12,0%) больным, остеосинтез LSP пластинами – 12 (3,9%) больным. В Бекабадском РМО: БИОС – 3 (0,9%)

больным, остеосинтез LSP пластинами – 15 (4,6%) больным. В Ангренской ЦГБ эндопротезирование тазобедренного сустава произведено 3 (0,6%) больным, БИОС – 7 (1,4%) больным, остеосинтез LSP пластинами – 12 (2,4%) больным. Из общего числа пострадавших пациентов при политравмах из ТОФ РНЦЭМП выписаны 192 (88,0%) больных, умерло 26 (11,9%). Из Чиназского РМО выписаны 215 (91,8%) больных, умерло 19 (8,1%) больных. Из Бостанлыкского РМО выписаны 275 (89,8%) больных, умер 31 (10,1%) больной. Из Бекабадского РМО выписаны 299 (91,7%) больных, умерли 27 (8,2%) больных. Из Ангренской ЦГБ выписаны 441 (90,1%) больных, умерло 48 (9,8%) больных.

Выводы. Проведенные исследования позволили установить основные направления и этапы лечебно-диагностических мероприятий у 1627 больных с политравмой по Ташкентской области, при их поступлении в приемное отделение травмацентра – это точность и своевременность диагностики всех видов повреждений, включая полноценное клинико-рентгенологическое исследование.

Всем пострадавшим была оказана специализированная и высококвалифицированная помощь по экстренным показаниям. В зависимости от вида повреждений, тяжести общего состояния пациентов им были выполнены оперативные вмешательства по экстренным или неотложным показаниям. Так, смерть у 9,2% всех умерших больных при тяжелой сочетанной травме в результате ДТП и падения с высоты наступает на месте происшествия и при транспортировке, у остальных – в стационаре. У большинства пролеченных пациентов с тяжелыми множественными и сочетанными переломами костей конечностей на момент выписки отмечены положительные результаты лечения.

РАННИЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Ф.Ю. Эшбобаев, З.Э. Тангиров, Б.М. Бердикулов

Ташкентский областной филиал РНЦЭМП

Введение. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) является одной из наиболее значимых проблем здравоохранения, ведущей причиной инвалидизации и смертности. Определение исходов ЧМТ и прогностических признаков их детерминирующих является одной из важнейших медицинских и социальных проблем.

Целью нашего исследования было установление прогностических параметров неблагоприятных исходов черепно-мозговой травмы.

Материалы и методы. Проводилось проспективное исследование группы пациентов в возрасте от 18 до 75 лет, госпитализированных в отделение Сочетанных травм с нейрохирургией и реанимации ТОФ РНЦЭМП с различными типами черепно-мозговой травмы в период с августа 2017 по декабрь 2022 года. В стационаре проводились: клинико-неврологическое обследование с оценкой тяжести состояния по шкале комы Глазго (ШКГ), компьютерная томография и магнитно-резонансная томография головного мозга. Тяжесть ЧМТ классифицировалась в соответствии с ШКГ: легкая (13–15 баллов), умеренная (9–12 баллов) и тяжелая (8 баллов и менее). В исследование были включены 206 больных с черепно-мозговой травмой: 145 (70%) мужчин, 61 (30%) женщина. Средний возраст пациентов составил 41,7 ± 15,1 года. У 34 (16,6%) больных была тяжелая черепно-мозговая травма, у 20 (9,7%) больных – умеренная; 152 (73,7%) больных имели легкую черепно-мозговую травму.

Результаты. Было выявлено, что достоверно значимыми клиническими факторами неблагоприятного исхода являются: тяжесть ЧМТ (OR 5,3; 95% CI 3–9,2; p=0,0001), низкие баллы по ШКГ с момента поступления до 21 дня (p=0,0001), потеря сознания на момент ЧМТ (p=0,0001), неврологическая симптоматика (p=0,0001). Было установлено, что достоверными факторами риска неблагоприятного исхода являются выявленные по данным КТ/МРТ: субарахноидальное кровоизлияние (p=0,007); субдуральные гематомы (p=0,0005); интравентрикулярные кровоизлияния (p=0,002); наличие очагов ушибов головного мозга (p=0,012); проникающая ЧМТ (p=0,0001); аксиальная дислокация (p=0,0001); смещение срединных структур (p=0,0001). При анализе данных методом многомерной логистической регрессии, статистически значимыми предикторами неблагоприятного исхода явились проникающая ЧМТ (OR 9,6; 95% CI 1–88, p=0,04), аксиальная дислокация (OR 124, 95% CI 2,23–6949, p=0,017), низкие балы по ШКГ на момент поступления (OR 0,33; 95% CI 0,13–0,84, p=0,018). Летальность среди всех пациентов, включенных в исследование составила 32 (15%) больных; в группе с тяжелой ЧМТ – 17 (50%) больных, с умеренной – 7 (35%) больных, с легкой – 8 (5,2%) больных. При оценке исходов по шкале исходов комы Глазго на момент выписки среди всех пациентов, включенных в исследование, неблагоприятные исходы (смерть, вегетативное состояние, тяжелая инвалидизация) наблюдалась у 41 (24,3%) больного; благоприятные (умеренная инвалидизация, хорошее восстановление) – у 165 (75,7%) больных.

Заключение. В ходе исследования было установлено, что наиболее значимыми прогностическими параметрами неблагоприятного исхода являются проникающая ЧМТ, аксиальная дислокация, низкие баллы по ШКГ. На эти факторы, как на высокие прогностические параметры смертности, указывают также зарубежные коллеги по нейрохирургии. Раннее выявление прогностических параметров неблагоприятного исхода при ЧМТ дает значимую прогностическую информацию и позволит правильно выбрать тактику ведения пациента, избежать тяжелых осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМ СДАВЛЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ПОВРЕЖДЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Ш.С. Юлдашев, А.Ш. Шодиев, Р.М. Джалалов, Р.Ж. Ишкобилов

Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самаркандский государственный медицинский университет

Введение. Сочетанная черепно-мозговая травма (СЧМТ) является наиболее частой причиной смерти и инвалидности пострадавших. Основными причинами СЧМТ являются дорожно-транспортные происшествия и бытовой травматизм. Среди пострадавших преобладают мужчины.

Методом выбора в диагностике пострадавших с СЧМТ является компьютерная томография (МСКТ) головного мозга и рентгенография поврежденного участка опорно-двигательного аппарата, которые помогают в короткие сроки диагностировать вид, количество, локализацию травмы, объем внутричерепных очагов повреждения головного мозга, определить наличие отека и степени дислокации головного мозга, оценить состояние желудочковой системы, а также тип и характер повреждения опорно-двигательного аппарата.

Цель. Изучение результатов хирургического лечения больных с травматическим сдавлением головного мозга и повреждением опорно-двигательного аппарата.

Материал и методы исследования. Нами были изучены истории болезни 286 больных с тяжелыми СЧМТ. Из всех больных мужчин было 199 (69,6%), женщин – 87 (30,4%). Возраст больных варьировал от 9 до 67 лет. В 203 (71%) случаях больные получили СЧМТ в результате дорожно-транспортного происшествия (ДТП), 53 (18,5%) – в быту и 30 (10,5%) – по разным причинам.

Их них 197 (68,9%) больных были доставлены с места травмы бригадами скорой медицинской помощи и были переведены из районных больниц после осмотра специалистов по линии санитарной авиации, а остальные – попутными машинами. Время госпитализации в стационар с момента травмы составило от 30 мин до 12 часов.

Наибольшее количество больных с СЧМТ были из Пахтачинского – 40 (14%), Иштиханского – 30 (10,5%), Тайлякского – 27 (9,4%), Ургутского и Кушрабатского по 23 (8%), Пайарыкского – 21 (7,3%), Джамбайского – 18 (6,3%) и Пастдаргомского – 15 (5,2%) районов.

Все больные при поступлении в стационар были осмотрены нейрохирургом, неврологом, травматологом, смежными специалистами, и им проведены рентгенологические методы исследования и МСКТ головного мозга. На МСКТ головного мозга у 27 (28,4%) больных выявлена эпидуральная гематома, у 36 (37,9%) – субдуральная гематома и у 32 (33,7%) – вдавленные переломы костей свода черепа.

Результаты. Состояние сознания больных было оценено по шкале Глазго. У 79 (27,6%) больных при поступлении находилось в глубокой коме, у 134 (46,5%) больных – в умеренной коме и у остальных 73 (25,5%) – в сопоре.

Практически у всех больных со сдавлением головного мозга были отмечены расширение зрачков (анизокория) в стороне сдавления, контралатеральная пирамидная недостаточность, брадикардия и т.д.

Из всех больных с СЧМТ по поводу сдавления головного мозга были оперированы 95 (33,2%) и с повреждениями опорно-двигательного аппарата – 87 (30,4%) больных. Остальные больные получили консервативное лечение.

На рентгенографии черепа у 56 (19,6%) больных были выявлены переломы костей свода черепа по типу трещины, у 32 (11,2%) больных отмечались вдавленные переломы костей свода черепа.

У 87 больных наряду с ЧМТ выявлено повреждение опорно-двигательного аппарата. На рентгенологическом исследовании повреждение костей нижних конечностей (бедро, костей голени) выявлено у 47 (54,0%) больных, повреждение верхних конечностей – у 33 (37,9%) больных и у 7 (8,1%) больных выявлено повреждение костей таза. После прояснения сознания больные жаловались на боли, деформацию и отеки в поврежденной части конечности. Все поврежденные конечности были фиксированы различными шинами или гипсовыми повязками.

Всем больным со сдавлением головного мозга проводились экстренные нейрохирургические операции. 27 (28,4%) больным была произведена резекционная трепанация черепа с удалением эпидуральной гематомы, у 36 (37,9%) больных субдуральные гематомы были удалены малоинвазивным способом и у 32 (33,7%) вдавленные переломы костей свода черепа удалены путем резекционной трепанации.

Из-за тяжелого состояния и отсутствия или нарушенного сознания больных с СЧМТ травматологические операции проводились после стабилизации состояния, т.е. на 3–5 сутки после нейрохирургических операций.

47 (54,0%) больным были установлены блокирующие интеромедуллярные остеосинтезы (БИОС) на нижние конечности. 33 (37,9%) больным был установлен аппарата Илизарова и металлические пластинки на кости верхних конечностей. 7 (8,7%) больным были установлены наружные корригирующие стержни на кости таза.

В послеоперационном периоде все больные находились в реанимационных отделениях и получили интенсивную терапию согласно общепринятому стандарту.

Несмотря на проведенные лечебные мероприятия, в послеоперационном периоде у 9 (9,5%) больных наступил летальный исход.

Заключение. Таким образом, среди пострадавших по причине возникновения СЧМТ доминируют дорожно-транспортные происшествия (71%). Больные с СЧМТ доставляются в основном бригадами скорой медицинской помощи (68,9%). Рентгенологические и МСКТ-исследования являются наиболее информативными в диагностике СЧМТ.

Сроки проведения травматологических операций зависят от состояния больных с СЧМТ. По поводу сдавления головного мозга были оперированы 95 (33,2%) и с повреждением опорно-двигательного аппарата – 87 (30,4%) больных. Послеоперационная летальность составляла 9,5%.

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ

Ш.С. Юлдашев, Р.М. Джалалов, З.А. Примов

Самаркандский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Введение. Позвоночно-спинномозговая травма (ПСМТ) является одной из сложных проблем современной нейрохирургии. Как известно, качество лечения пострадавших с ПСМТ в основном зависит от раннего и правильно установленного диагноза на основании углубленного неврологического осмотра и результатов дополнительных методов (МСКТ, МРТ) исследования. Кроме того, своевременная доставка с места происшествия пострадавших с ПСМТ в специализированные областные или республиканские центры значительно снижает количество различных осложнений и летальности, а также улучшает исходы проведенного лечения.

Цель исследования. Изучить состояние оказания и организации медицинской помощи пострадавшим с позвоночно-спинномозговой травмой в Самаркандской области.

Материал и методы исследования. Нами ретроспективно были изучены медицинские карты стационарных больных (форма № 003/У) 122 пострадавших с ПСМТ в период 2015–2020 годы. Из них 58 (47,5%) пострадавших были госпитализированы в Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (СФ РНЦЭМП), 33 пострадавших (27,0%) – в Самаркандский филиал Республиканского научно-практического центра травматологии и ортопедии (СФ РНПЦТО), 31 (24,5%) – в районные медицинские объединения (РМО).

В первые 3 часа после ПСМТ поступило 27 (23,7%) больных в СФ РНЦЭМП и СФ РНПЦТО. 13 (10,7%) больных поступили в этот период времени в РМО области.

В течение первых 6 часов от момента получения ПСМТ в медицинские учреждения области поступило 34 (29,5%), а позже 7 суток – 22 (18,0%) пострадавших. Следует отметить, что 51 (9,9%) пострадавший с ПСМТ вначале были госпитализированы в неспециализированные стационары.

Большая часть пострадавших с ПСМТ были доставлены в профильные стационары врачами бригады скорой медицинской помощи или были переведены из неспециализированных стационаров по линии санитарной авиации (60 и 46 пострадавших соответственно). Многопрофильными поликлиниками РМО (травмпункт, поликлиника) было направлено в стационары 9 (7,4%) больных и самотеком – 7 (5,7%) пострадавших.

При поступлении в стационар 110 пострадавших были осмотрены смежными специалистами (хирург, травматолог, нейрохирург, невролог) в течение 1 часа, что составило 91% от всех пострадавших (n=122). 7 (5,7%) пострадавших осмотрены в течение суток, 5 (4,1%) – от 2 до 4 суток.

При изучении медицинских документов сведения об иммобилизации поврежденной области позвоночника при транспортировке пострадавших в профильные стационары были выявлены только в 33 (27%) случаях.

Рентгенологическое исследование позвоночника 77 (63,1%) пострадавшим было проведено в течение 1-х суток и 11 (9%) пострадавшим – в течение 2 суток. От 3 суток и более были обследованы 8 (6,5%) пострадавших. 26 (21,3%) пострадавшим рентгенологические обследование в течение этого периода не было проведено. Эти проблемы были выявлены в основном в РМО, в связи с отсутствием переносного рентгеновского аппарата.

Компьютерная томография (МСКТ) была выполнена 46 (37,7%) пострадавшим с ПСМТ в течение 1 суток и 26 (21,3%) пострадавшим – от 2 суток и более. 50 (40,9%) пострадавшим МСКТ не проводилась, и она не проведена тем пострадавшим с ПСМТ, которые продолжили лечение в РМО, не имеющих КТ-аппаратов.

Результаты. Хирургическое лечение получили 89 (73%) пострадавших с ПСМТ, а консервативное – 33 (27%). В СФ РНЦЭМП оперировано 42 и в СФ РНПЦТО – 29 пострадавших, что составило 47,2% и 32,5% (от n=89). Им проводились декомпрессивные, декомпрессивно-стабилизирующие и стабилизирующие операции.

В РМО были оперированы 18 (20,2%) пострадавших, из них декомпрессивно-стабилизирующие операции проведены 6 (50,8%), скелетное вытяжение – 14 (11,5%), декомпрессивные операции – 11 (9%) и стабилизация позвоночного сегмента – 2 (1,6%) пострадавшим. Все эти операции были выполнены специалистами из СФРНЦЭМП и СФ РНПЦТО по линии санитарной авиации.

Нужно отметить, что оперативное лечение после ПСМТ в течение 24 часов в СФ РНЦЭМП проведено 60,7% и после 72 часов – 17,8% пострадавшим.

В СФ РНПЦТО в течение 24 часов проводилось оперативное лечение 16,6%, после 72 часов – 52,3% пострадавшим.

Хирургическая активность в СФ РНПЦТО составила 87,9% (n=33), в СФ РНЦЭМП она равнялась 72,4% (n=58) и в РМО – 58% (n=31).

Выводы. Анализ характера проведенных оперативных вмешательств при ПСМТ в разных медицинских учреждениях Самаркандской области показал, что более современными методами операций на всех отделах позвоночника проводят специалисты СФ РНЦЭМП и СФ РНПЦТО. В РМО все операции на позвоночнике проводятся специалистами из СФ РНЦЭМП и СФ РНПЦТО по линии санитарной авиации.

В СФ РНЦЭМП пострадавшие с ПСМТ оперировались в более ранние сроки (в течение 24 часов – 60,7%), чем в СФ РНПЦТО (в течение этого периода оперировано всего 16,6%).

В послеоперационном периоде МСКТ-обследование больным с ПСМТ в основном проводится в СФ РНЦЭМП, значительно меньше – в СФ РНПЦТО. Отмечаются некоторые проблемы в проведении рентгенологического исследования больных с ПСМТ в РМО в связи с отсутствием переносных рентгеновских аппаратов.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ В ОБЕСПЕЧЕНИИ ЭТАПНОСТИ И ПРЕЕМСТВЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПОЛИТРАВМОЙ

И.П. Миннуллин [2], А.И. Махновский [1,3,4,5], Р.Р. Касимов [4], Р.И. Миннуллин [2,4], И.М. Барсукова [1,2], А.Г. Мирошниченко [3], О.Н. Эргашев [2]

[1] НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург
[2] Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург
[3] Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург
[4] 442-й Военный клинический госпиталь Минобороны России, Санкт-Петербург
[5] Гатчинская клиническая межрайонная больница, Ленинградская область, г. Гатчина

Актуальность. Уровень смертности среди пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях в 2019 году в Российской Федерации составил 12,0 на 100 тыс. населения (в Узбекистане – 11,7, в Израиле – 3,9, в Германии – 3,8, в Великобритании – 3,2). В Российской Федерации минимальный уровень госпитальной летальности среди пациентов с политравмой достигнут в медицинских организациях 3-го уровня (травмоцентрах I уровня). Это связано с отсутствием в медицинских организациях 1-го и 2-го уровня (травмоцентрах III и II уровня) необходимых условий для комплексного лечения пациентов с политравмой и её осложнениями. Таким образом, представляется целесообразным всех пациентов с политравмой своевременно эвакуировать из медицинских организаций 1-го и 2-го уровня в медицинские организации 3-го уровня после выполнения экстренных хирургических операций в соответствии с тактикой многоэтапного хирургического лечения «damage control». При этом хирургическая и эвакуационная тактика у пациентов с политравмой должна основываться на прогностических критериях.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения пациентов с политравмой путем внедрения в медицинских организациях 1-го и 2-го уровня прогностических критериев для обоснования хирургической и эвакуационной тактики.

Материалы и методы. В ходе первого этапа исследования изучено течение травматической болезни у 207 пациентов с политравмой. На основе сравнительной оценки различных шкал тяжести травмы методом ROC-анализа определены критерии для прогнозирования варианта течения острого периода травматической болезни у пациентов с политравмой.

В ходе второго этапа исследования разработанные прогностические критерии апробированы в медицинской организации 2-го уровня при обосновании хирургической и эвакуационной тактики у 82 пациентов с политравмой, которые при отсутствии критериев неблагоприятного прогноза течения острого периода травматической болезни и при отсутствии критериев нетранспортабельности незамедлительно переводились в медицинские организации 3-го уровня. Контрольную группу составили 78 пациентов с политравмой, у которых разработанные прогностические критерии при обосновании хирургической и эвакуационной тактики не применялись.

Результаты. Прогностическими критериями неблагоприятного течения острого периода травматической болезни являются: тяжесть повреждений по шкале ВПХ-П 19 баллов и более и тяжесть состояния при поступлении по шкале RTS 2,0 балла и менее. Критериями нетранспортабельности пациентов с политравмой являются: нестабильная гемодинамика на фоне введения высоких доз вазопрессорных и (или) инотропных лекарственных препаратов (VIS 15 мкг/кг в минуту и более) и жесткие параметры ИВЛ (PaO_2/FiO_2 менее 100; PEEP 15 см вод. ст. и более). При отсутствии соответствующих критериев пациенты с политравмой в течение первых суток должны переводиться из медицинских организаций 1-го и 2-го уровней в медицинские организации 3-го уровня.

Внедрение разработанных прогностических критериев в практику работы медицинской организации 2-го уровня способствовало достоверному снижению летальности среди пациентов с политравмой: в основной группе летальность составила 9,8%, в контрольной группе – 21,8% ($p < 0,05$).

II. ОСТРЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ТРАВМЫ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

А.Д. Абдиримова, Х.К. Шейхова

Хорезмский филиал РНЦЭМП

В отделении экстренной гинекологии Хорезмского филиала РНЦЭМП за последние 10 лет (2012–2022) прооперированы 690 больных по поводу внематочной беременности, в том числе с геморрагическим шоком – 195 (28,2%). Такое соотношение свидетельствует о высоком уровне диагностики и поздней госпитализации больных, обусловленной ошибками в организации лечебно-диагностического процесса на догоспитальном этапе.

До 12 ч от начала заболевания госпитализированы 552 больных, до 1 сут. – 78, до 2 сут. – 48, до 3 сут. – 12, через 4 сут. и позже –12 больных.

В течение 2 ч после поступления оперированы 195 больных. Операции в более поздние сроки производились, как правило, при нечеткой клинической картине внематочной беременности, атипичном течении болезни, требующих наблюдения и проведения дополнительных исследований.

Причины поздней госпитализации больных были следующие:

1. Отсутствие широкой информации у населения о признаках и опасностях внематочной беременности. В махаллях и среди населения не проводятся беседы, лекции об острых гинекологических заболеваниях.

2. Низкая квалификация медицинского персонала, в частности, средних медицинских работников, особенно работающих в сфере скорой медицинской помощи, сельских врачебных пунктах, поликлиниках. В связи с этим, не разобравшись в клинической картине заболевания, они назначают больному лекарственные средства (антибиотики, спазмолитические препараты) и лечебные процедуры (санация влагалища).

Основным недостатком при оказании медицинской помощи больным является отсутствие взаимосвязи врачей стационаров, поликлиник, сельских врачебных пунктов. Врачи скорой медицинской помощи часто не интересуются судьбой больного, доставленного в тяжелом состоянии. Каждый случай поздней госпитализации необходимо анализировать в стационаре при участии медицинского работника, допустившего ошибку. На таких разборах следует оценивать знание врачами симптомов острых гинекологических хирургических заболеваний, тактики лечения больных. При плановых посещениях предприятий необходимо обращать внимание на раннюю диагностику и сроки госпитализации больных с острыми гинекологическими заболеваниями. Кроме того, необходимо ежегодно проводить конференции врачей, на которых анализируются все случаи некачественного оказания медицинской помощи при острых гинекологических заболеваниях. Только совместными усилиями врачей скорой медицинской помощи, сельских врачебных пунктов и стационаров можно добиться снижения частоты ошибок в диагностике на догоспитальном этапе, поздней госпитализации больных с острыми гинекологическими заболеваниями.

ҚЎШМА КЎКРАК МЕХАНИК ЖАРОҲАТЛАРИДА ГОСПИТАЛГАЧА БЎЛГАН БОСҚИЧДА ДАВОЛАШ ТАДБИРЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Абдусаматов Д.М.

Ўзбекистон Республикаси Қуролли кучлари Ҳарбий тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Қўшма кўкрак механик жароҳатларида госпиталгача бўлган босқичда аниқ ташхис қўйиш ва даволаш-эвакуация тадбирларини эрта ташкиллаштириш катта аҳамият касб этади. Статистик маълумотлар шуни кўрсатадики, 30–75% ҳолатларда қўшма кўкрак-қорин механик жароҳатлари ўлим билан якунланади. Кўкрак қўшма жароҳатлари билан умумий ўлганларнинг 60% ҳолатларида ўлим жароҳат олган жойда, 21,7% ҳолатларда транспортировка давомида ва 18,3% ҳолатларда госпитализациядан сўнг содир бўлади.

Мақсад. ЎР МВ даволаш-профилактик муассасаларига қабул қилинган қўшма кўкрак механик жароҳатларини ретроспектив таҳлил қилиш.

Материаллар ва усуллар. ЎР МВ даволаш-профилактик муассасаларида 2013 йилдан 2021 йилгача жами 151 нафар қўшма жароҳат билан ётқизилган беморларнинг касаллик тарихлари ретроспектив ўрганилди ва кўкрак қўшма жароҳатлари билан қабул қилинганларнинг сони 11 (7,3%) нафарни ташкил қилди.

Оғир қўшма кўкрак механик жароҳатлари билан қабул қилинганларнинг барчаси эркаклар бўлиб, 11 нафар (100%)ни ташкил этган. Жабрланганларнинг ўртача ёш кўрсаткичи 35±0,7 ни ташкил этган. Шикастланиш сабаблари орасида йўл-транспорт жароҳатлари устунлик қилди – 6 нафар (54,4%), 2 нафар (18,2%) жабрланганларда кататравма (баландликдан йиқилиш), қолган 3 нафарида (27,4%) бошқа сабабли жароҳатлар қайд этилган.

Натижалар ва муҳокама. Кўкрак жароҳатлари таснифи жароҳат сабабига кўра икки асосий гуруҳга, яъни ўқотар ва ўқотар бўлмаган механик жароҳатларга бўлинади. Кўкракнинг ўқотар жароҳатлари ўз навбатида қуйидагича тавсифланади: этиологиясига кўра – ўқотар қуролдан ва ўқ парчасидан; яра канали характерига кўра – тегиб ўтган, кўр, тешиб ўтган; париетал плевра жароҳатига кўра – тешиб кирган ва тешиб кирмаган; суяк каркаси шикастланишига кўра – суяк каркаси шикастланишисиз ва шикастланиши билан (қовурғалар, тўш, ўмров ва курак суякларининг синиши); ички аъзоларнинг шикастланишига кўра – ички аъзоларнинг шикастланишисиз ва шикастланиши билан (ўпка, трахея, бронхлар, юрак ва перикард, қизилўнгач, қон томирлар, кўкрак лимфа йўллари, ўпканинг ва юракнинг лат ейиши); ҳаётга хавф солувчи оқибатлар – юрак тампонадаси, плевра бўшлиғига давомли қон кетиш, зўриқувчи пневмоторакс, очиқ пневмоторакс.

Ўқотар бўлмаган механик жароҳатлар ўз навбатида совуқ қуроллардан келиб чиқиши мумкин: чопилган, кесилган, санчилган, урилиб йиртилган, майдаланган ва ҳ.к.

Кўкрак ёпиқ шикастлари ўз навбатида қуйидагича бўлиши мумкин: кўкракнинг юмшоқ тўқималарининг лат ейиши; кўкракнинг суяк скелети шикастланиб, ички аъзолари шикастланишисиз тури; кўкракнинг суяк скелети шикастланишисиз ички аъзолари шикастланган тури.

Қўшма кўкрак механик жароҳатлари билан қабул қилинган жабрланганларнинг касаллик тарихлари таҳлил қилинганда барча 11 нафар (100%) беморда катта жароҳатли ҳолатлар (ISS бўйича 16–19 балл оралиғида) қайд этилган. Стационарга госпитализация қилинганлар орасида қовурғаларнинг кўплаб синиши билан 7 нафар (63,7%), ўмров синиши билан 1 нафар (9,0%), тўш суяги синиши билан 2 нафар (18,2%), курак суяги синиши билан 2 нафар (18,2%) беморда қайд этилган. Ички аъзоларнинг шикастланишисиз, битта, иккита қовурғаларнинг якка синишларида госпиталгача бўлган босқичда синган қовурға соҳасини 0,5% ли новокаин ёки тримекаин эритмаси билан блокада қилиш мақбул даво чораси ҳисобланади. Қовурғаларнинг кўплаб синишларида асоратларни олдини олиш учун мақбул даво чораси 0,5% новокаин ёки тримекаин эритмасидан фойдаланиб паравертебрал блокада бажариш ҳисобланади.

Таҳлил давомида жароҳат олганлар орасида юрак лат ейиши билан 4 нафар (36,4%), ўпка лат ейиши билан 3 нафар (27,3%), ҳалқум перфорацияси билан 2 нафар (18,2%) бемор аниқланди.

Кўкрак жароҳатларининг асоратлари ҳисобланган пневмоторакс билан 2 нафар (18,2%), гемоторакс билан 1 нафар (9,0%), гемопневмоторакс билан 5 нафар (45,5%); пневмомедиастениум билан 3 нафар (27,3%) жароҳатдан кейинги пульмонит 8 нафар (72,7%) беморларда қайд этилган. Зўриқувчи пневмотораксда шошилинч даволаш кўрсатмаси плевра бўшлиғи пункцияси бўлиб, жароҳатланган тарафда ўрта ўмров чизиғи бўйлаб, II–III қовурғалар орасидан декомпрессион игна ёрдамида амалга оширилади. Гемопневмотораксда эса орқа қўлтиқ ости чизиғи бўйлаб, VI–VII қовурғалар орасидан плевра бўшлиғини дренажлаш амалиёти бажариш мақсадга мувофиқ. Очиқ пневмотораксда кўкрак қафаси герметиклигини таъминлаш мақсадида замонавий Hyfin Chest Seal ёпишқоқ плёнкаларидан фойдаланиш қулай ҳисобланади.

Кўкрак ёпиқ жароҳатларининг асосий кўринишларидан бири бўлган травматик асфиксия 1 нафар (9,0%) беморда ва ўткир нафас етишмовчилиги биринчи даражаси (НОС – 22-25) 1 нафар (9,0%), иккинчи даражаси (НОС – 25-35) 1 нафар (9,0%) беморда қайд этилган.

Ўткир нафас етишмовчилиги оғир даражасида (НОС 35 дан юқори) беморни ЎСВга олиш кўрсатма ҳисобланади. Юқори нафас йўллари ўтказувчанлигини тиклаш оғиз бўшлиғини қусуқ массасидан, қон қолдиқларидан электросўриш ёрдамида зонд орқали тозалаш, коникотомия амалиётини бажариш, трахеяни интубация қилиш амалиётларини бажариш билан эришилади.

Хулоса. Кўкрак қўшма жароҳатларида госпиталгача бўлган босқичда тиббий таъминотни сифатли ташкиллаштириш мақсадида биринчи ёрдам босқичида очиқ пневмоторакс билан давом этувчи тешиб кирувчи кўкрак жароҳатларида, кўкрак қафасининг герметиклигини таъминлаш мақсадида шахсий таркибнинг индивидуал тиббий жамланмаси таркибига шахсий боғлов пакети киритилган. Травматик шокнинг олдини олиш мақсадида «А» гуруҳ дори-дармонлари мавжуд.

Шифокоргача бўлган босқичда эса кўкрак жароҳатлари асорати бўлган зўриқиш пневмотораксида плевра бўшлиғи декомпрессиясини таъминлаш мақсадида бажариладиган плевра бўшлиғи пункцияси учун фельдшер тиббий сумкаси таркибига декомпрессион игна, очиқ пневмотораксда кўкрак қафасининг герметиклигини таъминлаш мақсадида Hyfin Chest Seal ёпишқоқ плёнкалари, юқори нафас ўтказувчанлигини таъминлаш мақсадида эса коникотомия учун тўплам киритилган.

Кўкрак қафаси қўшма жароҳатларида госпиталгача босқичда шифокор олдига қўйилган асосий вазифа этиб жабрланувчида ҳаётга хавф солувчи оқибатни эрта аниқлаш, қўшма жароҳатдаги асосий жароҳатни ажратиб олиш, травматик шок даражасини аниқлаш белгиланган. Жароҳат олган жойдаги даволаш-диагностик тадбирлар максимал равишда тез ва ҳажмли кўрсатилиши ва ушбу тадбирлар бемордаги қон айланиш ва нафас олишни тиклашга қаратилган бўлиши керак. Ҳозирда шок билан давом этувчи жароҳатларда шаҳар шароити-

да госпиталгача бўлган босқичдаги даволаш-эвакуация тадбирларига сарфланадиган вақт ҳажми 1 соатдан ошмаслиги керак деб таъкидланмоқда.

Лекин, юқорида таъкидлаб ўтилган даволаш-эвакуация тадбирларини сифатли амалга ошириш, шахсий таркибнинг тиббий воситалар билан таъминланганлига қарамасдан мураккаб жараёндир. Ижобий натижага эришиш учун шахсий таркибни ҳарбий тиббий тайёргарлик машғулотларини доимий назоратга олган ҳолда, амалий кўникмаларнинг бажарилишини автоматизм даражасига етказиш зарур. Шифокоргача тиббий ёрдамни такомиллаштириш учун жароҳат турига кўра даволаш-диагностик тадбирларни содда ва тушунарли алгоритм кўринишида ишлаб чиқиш ва шахсий таркибнинг малакасини ошириб бориш мақсадга мувофиқ саналади.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАУДАЛЬНОЙ И ВНУТРИВЕННОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ МАЛЫХ ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

В.Е. Аваков, Б.У. Рахманкулов, З.Х. Аралов, А.С. Ачилов, Б.А. Мустафокулов

Джизакский филиал РНЦЭМП

До настоящего времени нет единого мнения об обезболивании при малых проктологических операциях. Преимуществами этого вида обезболивания являются: простота метода, малая токсичность анестетиков, полная релаксация мышц анального отдела, возможность производства оперативного вмешательства в неизмененных тканях, отсутствие коллаптоидных явлений, длительность анестезии от двух до шести часов (Исалиев М.Х., 1980).

Мы перед собой поставили цель сравнить расход препаратов в денежном эквиваленте во время анестезии при осуществлении каудальной и внутривенной анестезии при малых проктологических операциях.

Клинический материал собран в отделении общей хирургии Джизакского филиала Республиканского научного центра неотложной помощи. Исследованы 47 больных, которые подвергались малым проктологическим операциям. Возраст больных колебался от 19 до 71 года, средний возраст – 36,4±5,7. Из них было 23 женщины и 24 мужчины. Больных в зависимости от метода анестезии разделили на 2 группы. Больным I группы (26 больных) проводилась КА общепринятым способом. Больным II группы (21 больных) проводилась общая внутривенная анестезия. Для проведения КА использовали 2% лидокаин в дозе 6–8 мг/кг. С целью пролонгирования действия лидокаина к нему добавляли морфин из расчета 0,075 мг/кг (1, 4).

Для сравнения расходов медикаментов при внутривенной и каудальной анестезии мы рассчитали количество и стоимость препарата на одного больного. Если учесть, что для внутривенной анестезии использовали и кетамин, и фентанил, и сибазон, то сумма расхода получается 3081 сум. А при каудальной анестезии с применением лидокаина в сочетании морфина – 1424 сум. То есть почти в 2 раза меньше.

Таким образом, КА при хирургическом вмешательстве у проктологических больных обеспечивает достаточно глубокое и длительное обезболивание даже при отсутствии других видов анестезиологической протекции во время операции. Пролонгированная КА морфином – технически простой, высокоэффективный и в достаточной степени безопасный способ обезболивания у проктологических больных, в том числе и с тяжелой сопутствующей патологией. Методика экономична, обеспечивает длительное адекватное обезболивание, исключая необходимость применения других видов аналгезии в послеоперационном периоде.

ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА ОРГАНОВ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА: ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК

А.А. Алижанов, Б.Р. Исхаков, Н.Б. Исхаков, Т.С. Мамадумаров

Наманганский филиал РНЦЭМП

Введение. Во всех развитых странах мира наблюдается тенденция к росту травматизма, который обусловлен бурным развитием транспорта, механизацией трудовых процессов. Травматические повреждения органов забрюшинного пространства (ТПОЗП) встречаются в 5–10% случаев травмы живота с летальностью, достигающей 72,8%. Более чем в 2/3 случаев они сочетаются с повреждениями органов брюшной полости (Гареев Р.Н., 2017).

Цель. Улучшить результаты диагностики и лечения пострадавших с повреждениями органов брюшной полости и почек при сочетанной травме.

Материал и методы. В исследование включены 66 больных с закрытой травмой почек при сочетанной травме, госпитализированных в Наманганский филиал РНЦЭМП в период 2013–2020 гг., из них было 48 (72,7%) мужчин и 18 (27,3%) женщин, в возрасте от 10 до 62 лет. По возрастному показателю пострадавшие были распределены следующим образом: до 18 лет – 35 (53%), от 19 до 44 лет – 25 (37,9%), от 45 до 59 лет – 5 (7,6%), старше 60 лет – 1 (1,5%) больных. Лица молодого и трудоспособного возраста составили 90,9% (60 пострадавших).

Больные тяжёлой и крайне тяжелой степенью тяжести госпитализированы непосредственно в реанимационное отделение или палаты интенсивной терапии. Лечение во многом определяется эффективностью ранней диагностики. Диагноз повреждения почки ставили на основании данных УЗИ, мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ, с контрастной уроскопией, видеолапа-

роскопия, данные лабораторного исследования) иподтверждали при интраоперационной ревизии.

При определении тяжести повреждения почек придерживались шкалы повреждений почки Американской ассоциации хирургической травмы (AAST).

Результаты и обсуждение. Изолированное повреждение почки было выявлено у 24 (36,4%) и сочетанное – у 42 (63,6%) пострадавших. Левостороннее повреждение почек отмечалось чаще (54,5%), чем правостороннее (45,5%).

У 3 пациентов было отмечено сочетанное повреждение почек с травмами 6 областей: головы, живота, органов забрюшинного пространства, груди, позвоночника и конечностей, у 5 – 5 областей, у 7 – 4, у 12 – 3, у 15 – 2.

Наиболее часто сочетанные повреждения органов забрюшинного пространства наблюдали при повреждениях одновременно головы – 3 (4,5%), живота – 15 (22,7%), груди – 8 (12,1%), таза – 6 (9%), позвоночника – 7 (10,6%) и конечностей – 3 (4,5%). У 42 (63,6%) пострадавших отмечалось различной степени сочетание повреждения почек и соседних анатомических зон.

Консервативную терапию проводили у 36 (54,5%) больных при небольших разрывах почки с субкапсулярной или паранефральной гематомой объемом до 200–250 мл и умеренной гематурией (повреждении почек I–II степени, а также при повреждении III степени без размозжения тканей). Назначали строгий постельный режим в течение 10–12 дней, холод на поясничную область, гемостатические, антибактериальные и улучшающие микроциркуляцию в почке препараты. В процессе лечения проводили ежедневный динамический контроль, включающий оценку состояния гемодинамики, анализы крови, мочи и УЗ-мониторинг.

При повреждении III–IV степени с разрывом или размозжением паренхимы почек у 30 (45,5%) пострадавших выполняли следующие оперативные вмешательства: люмботомия с ушиванием раны почки – 9 пациентам, нефрэктомия – 11. При лапаротомии у 2 больных выполнена нефрэктомия, у 3 – ревизия паранефральной клетчатки, удаление гематомы. При ревизии паранефральной гематомы у одного пострадавшего был выявлен разрыв левой почечной вены, который был ушит бригадой ангиохирургов.

Малоинвазивные методы лечения применяли 9 (13,6%) пострадавшим. Лапароскопическую санацию и дренирование брюшной полости проводили 5 (17%) пострадавшим, у которых отмечались перитонеапьные симптомы, торакоскопия – у 2 (3%), при сочетанных и множественных травмах. У 2 (3%) пациентов с гидронефрозом под контролем УЗИ установили пункционную нефростому.

У 8 (12,1%) пациентов лапаротомия была обусловлена экстраренальными осложнениями – гемоперитонеумом.

Послеоперационные осложнения (со стороны раны, дыхательной и сердечно-сосудистой системы) наблюдали у 6 (24,7%) больных – 3–4 степени тяжести повреждения почки. Релюмботомия была выполнена у одного пациента с гематомой ложи удаленной почки.

Умерли в раннем послеоперационном периоде 2 пациента с сочетанными травмами черепа, груди, живота, таза и конечностей. Летальность составила 3%.

2 больных были переведены в другие лечебно-профилактические учреждения. Были выписаны 32 больных с выздоровлением. Средний койко-день составил 6,5.

Выводы. В 90,9% случаев повреждение почек встречается у лиц молодого и трудоспособного возраста в результате кататравмы (28,8%) и ДТП (21,2%).

Диагностические исследования пострадавшим с подозрениями на повреждение почек следует проводить поэтапно. Следует начинать с неинвазивных методов диагностики: физикальных, лабораторных, обзорной урограммы УЗИ и МСКТ. Травма почек (I–III степени по AAST) является показанием к консервативной терапии, при тяжелой (IV–V степени по AAST) чаще всего выполняют лапаро- или люмботомию.

Видеолапароскопия при сочетанных травмах позволяет уменьшить диагностические ошибки, сократить время установления диагноза, позволяет выполнить адекватные лечебные мероприятия с минимальной травмой для больных и в большинстве случаев избавляет их от «напрасной» лапаротомии.

РОЛЬ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

А.А. Алижанов, Б.Р. Исхаков, Н.Б. Исхаков

Наманганский филиал РНЦЭМП

Введение. Повреждения поджелудочной железы (ПЖ) встречаются у 1–20% пострадавших при закрытой травме живота, этот показатель не имеет тенденции к снижению. Преобладают сочетанные повреждения, изолированная травма ПЖ отмечается примерно у 30% всех наблюдений. Повреждения ПЖ характеризуются тяжелым течением, прежде всего за счёт травматического панкреатита, частота развития которого достигает 87,5%. Его течение сопровождается большим количеством осложнений, частота которых достигает 78%, и высокой летальностью, составляющей, по разным источникам, от 12 до 73% (Ермолов А.С., 2015).

Цель. Улучшить диагностику и лечение больных с повреждениями органов брюшной полости и забрюшинного пространства с применением эндовизуальной техники.

Материал и методы. Проанализированы 106 историй болезни больных с повреждениями подже-

лудочной железы при сочетанной травме. Состояние при поступлении оценивалось крайне тяжелым у 21 (19,8%) пострадавшего, тяжёлой степени – у 49 (46,2%), средней тяжести – у 34 (32,1%) и легкой степени тяжести – у 2 (1,9%). По нашим наблюдениям, отмечались учащения обращаемости пациентов в летний период года – 30 пациентов (28,3%), напротив, зимой – 20 (18,9%).

Больные с тяжёлой и крайне тяжелой степенью тяжести госпитализированы непосредственно в реанимационное отделение или палаты интенсивной терапии. Диагноз повреждения поджелудочной железы ставили на основании данных УЗИ, мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) с контрастным усилением, видеолапароскопии, данных лабораторного исследования иподтверждали при интраоперационной ревизии.

Результаты. Видеолапароскопические вмешательства при сочетанной травме органов брюшной полости и забрюшинного пространства оказались эффективными и окончательными у 19 (31,1%) пострадавших. У 44 пострадавших с клиникой внутрибрюшной катастрофы проводили традиционные методы операции. Программную ревизию ПЖ и санацию сальниковой сумки выполняли у 5 пострадавших, двукратную – у 3, трехкратную – у 2.

Умерли после операции 14 пострадавших, летальность составила 13,2%. 27 больных были переведены в другие ЛПУ. Были выписаны 62 больных с выздоровлением. Средний койко-день составил 8,4.

Заключение. Видеолапароскопия при сочетанных травмах позволяет уменьшить диагностические ошибки, сократить время установления диагноза и позволяет выполнить адекватные лечебные мероприятия с минимальной травмой для больных. Видеолапароскопия при сочетанных травмах и политравмах изменяет тактику лечения пострадавших и в большинстве случаев избавляет их от «напрасной» лапаротомии.

СЛУЧАЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ МНОЖЕСТВЕННОЙ ТРАВМЕ

А.А. Алижанов, Б.Р. Исхаков, Н.Б. Исхаков, Ш.Б. Робиддинов, Ж.Б. Робиддинов

Наманганский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Редко встречающиеся изолированные повреждения поджелудочной железы (ПЖ) являются причиной смерти пострадавших в 3–9% случаев. При наличии двух дополнительных повреждений летальность возрастает до 12%, при четырех – до 40–50%. Шок, отражающий тяжесть сопутствующих повреждений, существенно влияет на уровень ранней летальности, которая достигает 38%. Наиболее частые осложнения травмы поджелудочной железы в позднем периоде – панкреатит, забрюшинная флегмона, абсцесс сальниковой сумки, аррозивное кровотечение, сепсис, панкреатический свищ, псевдокиста. Летальность при развитии таких осложнений достигает 22–80% (Абакумов М.М., 2001; Хаджибаев А.М., 2010; Винник Ю.С., 2014).

Цель. Улучшить результаты лечения больного с посттравматическим панкреонекрозом при тяжелой сочетанной множественной травме.

Материал и методы. Больной Д.Д., 13 лет (и/б. №1178), переведен из РМО 18.01.2021 г. в детское отделение сочетанных травм Наманганского филиала РНЦЭМП с жалобами на наличие послеоперационной раны и боли в эпигастральной области, головные боли, боли в правой нижней конечности. Из анамнеза выяснилось, что ребенок 05.01.2021 г. в результате ДТП получил тяжелую сочетанную травму, был доставлен скорой помощью в РМО Папского района без сознания и госпитализирован в реанимационное отделение. Состояние ребенка было крайне тяжелым, сознание – сопорозным, с двигательным возбуждением, дыхательной недостаточностью, обусловленной аспирационном синдромом. Кожа и видимые слизистые – бледные, дыхание – хриплое, выслушиваются хрипы в обоих легких. АД – 70/30 мм рт. ст., пульс – 130 в 1 мин, нитевидный, слабого наполнения и напряжения. Язык суховат. Живот мягкий, болезнен в эпигастральной области, перистальтика кишечника вялая. Установлен назогастральный зонд, катетеризован мочевой пузырь, интубирована трахея для ИВЛ. Проведены УЗИ брюшной полости и грудной клетки и рентгенологические исследования черепа, грудной клетки, брюшной полости, таза, конечностей. Одновременно осуществлялись противошоковые мероприятия. В динамике АД – 80/60 мм рт. ст., пульс – 120 в 1 мин. Лабораторные анализы: Нв – 81 г/л, эр. – 3,01´1012/л, цв. пок. – 0,9, л. – 5,8´109/л, п. – 3%, с. – 64%, лимф. – 26%, мон. – 6%, эоз. – 1%, СОЭ – 6 мм/ч. Выполнена резекционно-декомпрессионная трепанация правой теменно-височной кости, удаление эпидуральной гематомы и субдуральной гидромы (05.01.2021 г.). Из-за усиления боли в эпигастрии по линии САС был вызван детский хирург. Установлен диагноз: Закрытая травма живота. Посттравматический панкреонекроз. Панкреатогенный перитонит. Были выполнены верхнесрединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, ревизия, санация области поджелудочной железы, забрюшинного пространства, гемостаз, дренирование, тампонирование зоны ПЖ через сформированную оментобурсостому, дренирование брюшной полости. При первой бурсооментоскопии были установлены показания к повторным программированным санациям через 72 часа. На 3-и сутки после первой операции по линии САС был вызван детский хирург. Проведена программированная санационная бурсооментоскопия для выявления и ликвидации

гнойных очагов в поджелудочной железе, сальниковой сумке и парапанкреатической клетчатке (санация, некрсеквестрэктомия из зоны ПЖ, мазевая тампонада через ОБС № 1). Пострадавшему была назначена антибактериальная, гемостатическая, инфузионная, гормональная терапия. Больной получал анальгетики, ингибиторы протеаз, гастропротекторы, седативные, муколитики, метаболики, гепатопротекторы. Проводилась небулайзерная терапия, парентеральное питание, энтеральное питание через назогастральный зонд. Наложено скелетное вытяжение правой бедренной кости за большой вертел. Ребенок был уложен на шину Беллера. Осмотрен окулистом: паралитическое расходящееся косоглазие. Мидриаз. OS – застой диска зрительного нерва начальной стадии. Дважды проводилась альбуминотрансфузия, 4 раза – гемотрансфузия. Несмотря на проведение интенсивной терапии, состояние пострадавшего оставалось тяжелым, и 18.01.2021 г. ребенок из РМО в сопровождении реаниматологов был переведен в Наманганский филиал РНЦЭМП с трахеотомической трубкой. МСКТ № 333 от 18.01.2021 г.: МСКТ-картина: СПО краниотомии теменной области правого полушария головного мозга. Ушиб лобной области головного мозга обоих полушарий. Субдуральная гидрома лобно-теменной области обоих полушарий головного мозга. Перелом лобной кости слева с продолжением линии через верхнюю заднюю стенку орбиты с переходом к основанию черепа, перелом всех стенок левой гайморовой пазухи и костей носа. Гемосинус левой гайморовой пазухи, решетчатых пазух. МСКТ-картина ушиба правого легкого; перелом тела правой лопатки без смещения костных отломков; перелом большого крыла костей таза слева без смещения костных отломков.

Результаты и обсуждение. В результате осмотра специалистов и проведенных клинико-инструментальных исследований установлен диагноз: ДТП. Крайне тяжелая сочетанная и множественная травма. Тяжелая открытая травма головного мозга. Ушиб головного мозга тяжелой степени и кровоизлияние в мозг.

Перелом лобной, височной и затылочных костей с переходом на основание черепа. Двусторонняя отогемоликворея. Перелом верхней челюсти слева по типу Лефор-II. Перелом нижней челюсти слева со смещением костных отломков. Широко скальпированная загрязненная рана лобной, височной и затылочных областей.

Закрытая травма груди. Перелом 2–3-го ребер слева. Закрытый перелом левой лопатки. Ушиб легких и сердца. Закрытый перелом правой плечевой кости на уровне хирургической шейки со смещением отломков.

Закрытый перелом правой бедренной кости на уровне с/3 со смещением отломков. Закрытая травма костей таза. Оскольчатый перелом крыла подвздошной кости слева со смещением костных фрагментов.

Закрытая травма живота. Ушиб, разрыв тела поджелудочной железы с забрюшинной гематомой. Посттравматический панкреонекроз. Распространенный геморрагический (ферментативный) перитонит.

Осложнение: Травматический шок II–III степени. Аспирационный синдром. Застойная пневмония.

На 5-е сутки после операции проводили программированную санационную бурсоментоскопию для выявления и ликвидации гнойных очагов в поджелудочной железе, сальниковой сумке и парапанкреатической клетчатке (санация, некрэктомия из зоны ПЖ, мазевая тампонада через ОБС № 1). При первой бурсоментоскопии мы устанавливали показания к повторным программированным санациям. Последующие санации проводили спустя трое суток, при выраженных некротических и воспалительных изменениях в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке время между санациями сокращали до 48 часов. По мере стихания патологического процесса их проводили через более длительные промежутки времени (72 ч и более). Показаниями к прекращению бурсоментоскопий служили отсутствие секвестров, уменьшение отделяемого из сальниковой сумки до 50 мл в сутки, выполнение ее стенок грануляционной тканью, нормализация клинических и биохимических анализов крови. 25.01.2021 г. после третьего сеанса для фракционного или непрерывного лаважа в сальниковую сумку была установлена дренажная трубка, на рану наложены швы. Больному ежедневно по 2 раза в течение 3-х суток проводили непрерывный лаваж сальниковой сумки антисептическим раствором под контролем количества влитой и вылитой жидкости. Раствор подогревали до температуры тела, процедуру продолжали до появления чистых вод. Выделение из сальниковой сумки в динамике уменьшилось, температура нормализовалась. Питание энтеральное. В результате проведенных комплексных лечебных мероприятий в динамике состояние ребенка улучшилось. Дренаж, установленный в сальниковую сумку, удален 22.02.2021 г. При контрольной рентгеноскопии грудной клетки патологических теневообразований не выявлено. При контрольном УЗИ брюшной полости свободной жидкости в сальниковой сумке нет. На контрольной рентгенограмме правой бедренной кости состояние костных отломков – в стадии консолидации. Наложена тазобедренная кокситная гипсовая повязка. На 36-е сутки стационарного лечения ребенок был переведен по месту жительства (в Папское РМО) для дальнейших реабилитационных мероприятий. При выписке: объективно общее состояние пациента удовлетворительное, в легких выслушивается везикулярное

дыхание, без хрипов. АД – 110/60 мм рт. ст., пульс – удовлетворительного наполнения и напряжения, 80 в мин. ЧДД – 18 в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул регулярный. Лапаротомная рана зоны ОБС зажила вторичным натяжением. Ребенок осмотрен через год: общее состояние удовлетворительное.

Заключение. Метод программированной санационной бурсоментоскопии открывает возможности для своевременной профилактики и лечения осложнений посттравматического панкреонекроза. При ее применении наблюдалось значительное снижение частоты осложнений и летальных исходов, причиной которых был панкреонекроз, несмотря на утяжеление травмы органов брюшной полости в последние годы.

СОЧЕТАННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ И СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПАХ

А.А. Алижанов, Б.Р. Исхаков, Х.Х. Устабаев, Н.Б. Исхаков

Наманганский филиал РНЦЭМП

Введение. Проблема своевременной диагностики и определения тактики лечения повреждений органов брюшной полости у больных при сочетанных травмах на догоспитальном и стационарном этапах остается актуальной в связи с тяжелым состоянием пострадавших.

Целью нашего исследования является улучшение диагностики и лечение пострадавших сочетанными травмами органов брюшной полости с применением лапароскопии.

Материалы и методы. За последние 10 лет в Наманганском филиале РНЦЭМП при сочетанных травмах с подозрением на повреждение органов брюшной полости и забрюшинного пространства выполнены 362 лечебно-диагностических лапароскопии. Мужчин было 242 (66,8%), женщин – 120 (33,2%). По возрастному фактору пострадавшие распределены следующим образом: до 19 лет – 75 (20,7%) от 19 до 44 лет – 135 (37,3%), от 45 до 59 лет – 102 (28,2%), старше 60 лет – 40 (11%) больных. Лица трудоспособного возраста составили 65,5%. В течение первого часа с момента полученной травмы поступило 202 (56,4%) пострадавших, до 3 часов – 115 (33%), до 6 часов и более – 41 (10,6%).

При изучении характера травмы превалировали травмы, полученные при дорожно-транспортном происшествии – 204 (56,4%), при падении с высоты – 112 (30,9%), в результате удара тупым предметом – 46 (12,7%). Хотим отметить, что среди детей школьного возраста от 8 до 14 лет превалировали травмы, полученные при падении с высоты. Состояние при поступлении оценивалось как крайне тяжелой степени у 56 (15,5%) больных, тяжёлой степени – у 264 (72,9%), средней тяжести – у 42 (11,6%).

98 (27,7%) пострадавших доставлены скорой помощью, переведены из травмпункта после оказания первой медицинской помощи 42 (11,6%) и самотеком поступили 222 (61,3%).

Противошоковые мероприятия проведены пострадавшим врачами скорой помощи и травмпункта. Из 56 пострадавших иммобилизация конечности стандартными шинами на догоспитальном этапе выполнена 30 пострадавшим, кровоостанавливающий жгут наложен 12, давящая повязка при ранениях была наложена 48, кровоостанавливающий зажим был наложен 3 пострадавшим. Катетеризация центральных вен осуществлена 28 пострадавшим, наркотические анальгетики применены по показаниям.

На стационарном этапе одновременным с клиническим, лабораторным, рентгенологическим, ультразвуковым и другими методами исследования, включая диагностическую плевральную пункцию или торакоскопию, по стабилизации гемодинамики проведены первичная хирургическая обработка с репозицией и стабилизацией перелома костей, трепанации черепа и др.

Краниоабдоминальная травма наблюдалась у 78 (21,5%) пострадавших, повреждения органов брюшной полости сочетались с переломами костей конечности у 39 (11%) и с повреждением почек у 25 (6,9%).

Результаты. Торакоабдоминальная травма выявлена у 38 (10,5%) пострадавших, травмы органов брюшной полости сочетались с переломами костей таза у 19 (5,2%), с переломом позвоночника – у 13 (3,6%). Изолированная травма живота встретилась у 79 (21,8%) и политравма – у 71 (19,6%) пострадавших. На диагностическом этапе лапароскопии выявлены: разрыв печени – у 44 (12,2%) больных, селезенки – у 42 (11,6%), брыжейки тонкой кишки – у 19 (5,3%), тонкой кишки – у 26 (7,2%), брыжейки ободочной кишки с обширной гематомой – у 17 (4,7%), поджелудочной железы – у 21 (5,8%), обширная забрюшинная гематома и гемоперитонит – у 39 (10,8%), разрыв и гематома большого сальника – у 21 (5,8%). Забрюшинная гематома без гемоперитонита выявлена у 36 (9,9%) пострадавших. Разрыв двенадцатиперстной кишки диагностирован у 2 (0,6%) пациентов, желудка – у 3 (0,8%). Травматические повреждения двух и более органов брюшной полости диагностированы у 24 (6,6%) пострадавших. У 68 (18,8%) пострадавших при диагностической лапароскопии не было выявлено повреждений органов брюшной полости.

У 128 (35,4%) больных потребовались традиционные хирургические вмешательства в связи

с серьезными повреждениями органов брюшной полости. Видеолапароскопические вмешательства при сочетанной травме органов брюшной полости оказались эффективными и окончательными у 166 (45,9%) пострадавших. Выявленные на диагностическом этапе лапароскопии субсерозные небольшие гематомы паренхиматозных и полых органов (12), гематома передней брюшной стенки (15) не потребовали активных хирургических вмешательств. Лапароскопическое ушивание раны печени с гепатоментопексией (42) и повреждений брыжейки тонкой кишки (28) выполнены у 70 (23,8%) пострадавших. У 33 (11,2%) пострадавших с поверхностным разрывом печени и селезенки (18–6,1%) окончательный гемостаз достигнут биполярной диатермокоагуляцией.

У 26 (8,8%) пациентов с разрывом большого сальника, брыжейки тонкой кишки биполярная диатермокоагуляция оказалась достаточной для остановки капиллярного кровотечения. Релапароскопия в послеоперационном периоде для санации брюшной полости выполнена у 5 пациентов. Умерли 6 больных с изолированными травмами органов брюшной полости. Причинами летального исхода являлись: посттравматический, постгеморрагический шок.

Заключение. Успех лечения пострадавших с сочетанными травмами во многом зависит от правильного оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе. Применение видеолапароскопии при сочетанных травмах позволяет уменьшить диагностические ошибки, сократить время установления диагноза, выполнить адекватные лечебные мероприятия с минимальной травмой для больных и в большинство случаев избавляет их от «напрасной» лапаротомии.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

А.А. Алижанов, Б.Р. Исхаков, Н.Б. Исхаков, Ж.Б. Робиддинов, Б.С. Робиддинов

Наманганский филиал РНЦЭМП

В течение последних 20 лет работы нами было выполнено 8986 лапароскопических холецистэктомий. Мы обладаем опытом выполнения 865 (9,6%) симультанных оперативных вмешательств при сочетанной патологии органов брюшной полости и брюшной стенки. Наиболее распространенными сочетаниями лапароскопических операций являлись холецистэктомия и операции по поводу сопутствующей гинекологической патологии.

У 169 (19,5%) пациентов второе лапароскопическое вмешательство выполнено по поводу кист яичников, которые были размером от 5 до 10 см. Стерилизация маточных труб выполнена у 438 (50,6%) больных, сальпингоовариолизис и сальпингостомия при гидросальпинксе – у 70 (8,1%). У 87 (10,5%) больных лапароскопическая холецистэктомия предшествовала герниопластике пупочного кольца. При синдроме Кноха рассечение спаек выполнено у 101 (11,8%). В 4 (0,5%) случаях лапароскопическая холецистэктомия сочеталась с кистэктомией (эхинококкэктомия, фенестрация солитарных кист печени) из печени.

В первую очередь вмешательство производилось на наименее инфицированных органах. Для извлечения желчного пузыря и кисты яичника из брюшной полости мы использовали доступ в параумбликальной точке. В ходе операции не было необходимости во введении дополнительного троакара в брюшную полость. Осложнений со стороны брюшной полости не наблюдали. Послеоперационный период у всех больных протекал гладко.

Сравнительный анализ результатов оперативного лечения групп больных, перенесших симультанные лапароскопические вмешательства, показал, что тяжесть течения послеоперационного периода, продолжительность пребывания больных в стационаре и сроки временной нетрудоспособности не претерпевали изменений.

Более активное внедрение симультанных лапароскопических операций в хирургическую практику позволяет оказать больному квалифицированную помощь и уменьшить финансовые затраты, не прибегая к повторной операции, особенно к лапаротомии.

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ

Б.К. Алтыев, Б.И. Шукуров, О.О. Кучкаров, М.Ё. Иброхимов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Цель. Систематизация собственных подходов к выбору тактики хирургического лечения торакоабдоминальных ранений.

Материал и методы. Хирургическому лечению с торакоабдоминальными (171; 86,4%) и абдоминоторакальными (27; 13,6%) ранениями были подвергнуты 198 больных. Одиночное ранение торакоабдоминальной зоны констатировано у 160 (80,8%), множественное – у 38 (19,2%) пациентов. Мужчин было 166 (83,8%), женщин – 32 (16,2%). Средний возраст больных составил 29,9±3,2 года с диапазоном от 16 до 69 лет. Сроки от момента травмы до оказания помощи составили от 0,5 до 24 ч, при этом 163 (82,3%) больных были доставлены в клинику в первые 6 ч от момента эксцесса. В эти сроки общее состояние большей части больных остается относительно стабильным – у

141 (71,2%) пациента оно было оценено как удовлетворительное (22) и средней тяжести (119). Но, тем не менее, практически треть пострадавших (57; 28,8%) поступала в клинику в тяжелом (43) и крайне тяжелом (14) состоянии. Только в одном случае мы имели дело с огнестрельным ранением, у всех остальных пострадавших были колото-резаные ранения.

Результаты. Основным методов диагностики при ранениях торакоабдоминальной зоны является рентгенография грудной клетки и живота, что удалось выполнить у 186 (93,9%) пострадавших. Ранения диафрагмы у 105 (56,5%) обследованных сочетались с рентгенологическими признаками гемоторакса (84) и гемопневмоторакса (21), у 9 (4,8%) больных – с картиной пневмоторакса. Ни в одном случае мы не выявили явные признаки пролабирования органов брюшной полости в плевральную полость. Достаточно редко (17; 9,1%) визуализируется свободный газ под куполами диафрагмы. У 72 (38,7%) больных рентгенологические признаки повреждения не были выявлены.

Трансабдоминальное УЗИ выполнено у 183 (92,4%) пациентов. Только у 84 (45,9%) обследованных удалось визуализировать признаки гемоперитонеума (73) и ранения паренхиматозных органов (11), а у остальных 110 (60,1%) больных эхо-признаки повреждений не были выявлены. Возможности УЗИ плевральных полостей ограничены только констатацией признаков гемоторакса (свободной жидкости), что имело место в 61 (33,3%) случае.

Видеоторакоскопия всего применена у 151 (76,3%) пациента. Показания к конверсии возникли у 31 (20,5%) больного по причине выявления глубоких и прикорневых ранений легкого (2), ранения перикарда (3), кровотечения из межреберных сосудов (3) и невозможности торакоскопического ушивания ранения диафрагмы (15). При этом у 17 (54,8%) больных из 31 все необходимые хирургические пособия на торакальном этапе операции удалось выполнить через конверсию в видеоассистированный миниторакотомный доступ.

Видеолапароскопию мы применяли, как правило, вторым этапом после видеоторакоскопии или торакотомии с уже подтвержденным ранением диафрагмы при условии стабильных показателей гемодинамики. Показаниями к эндоскопической ревизии органов брюшной полости у этой категории больных являются отсутствие клинико-инструментальных данных повреждения внутренних органов, одиночные ранения в подреберных областях и по реберному краю, в эпигастрии. В последние годы мы расширили показания к видеолапароскопии у больных с ранениями диафрагмы и верхнего этажа передней брюшной стенки – метод используется в том числе у лиц с гемоперитонеумом объемом до 400 мл. У больных с ранениями диафрагмы при наличии гемоперитонеума большего объема, при наличии признаков повреждения полого органа, при множественных ранениях живота, а также у пострадавших, ранее перенесших лапаротомию, выполняем широкую лапаротомию.

Видеолапароскопия использована нами у 116 (58,6%) больных, при которой также хорошо поддается осмотру нижняя поверхность диафрагмы и зона его ранения. Гемоперитонеум выявлена у 87 (75%) пациентов, повреждения печени – у 46 (39,7%), селезенки – у 23 (19,8%), большого сальника – у 21 (18,1%), полых органов – у 10 (8,6%). У 17 (14,7%) больных с абдоминоторакальными ранениями лапароскопия позволила визуализировать внутреннее отверстие раневого канала брюшной стенки. При поверхностных ранениях печени, что имело место у 29 (25,0%) больных, видеоэндохирургическая техника позволила успешно выполнить эндоскопический гемостаз.

Послеоперационные осложнения отмечены у 86 (43,4%) больных, 6 (5,2%) из которых умерли по причине декомпенсированного геморрагического шока (3 больных с ранениями сердца, нижней полой вены и глубоким ранением печени), пневмонии (1), эмпиемы плевры (1) и острого инфаркта миокарда (1).

Выводы:

1. При торакоабдоминальных ранениях клинико-инструментальные признаки повреждений органов грудной клетки и живота проявляются в достаточно ограниченном числе случаев (до 39%), при этом ни одно из выявленных симптомов не является специфическим для повреждения диафрагмы, что может быть причиной диагностических и тактических ошибок.

2. Видеоторакоскопическая ревизия плевральной полости при проникающих ранениях торакоабдоминальной зоны грудной клетки позволяет отчетливо визуализировать все отделы ипсилатеральной половины диафрагмы, что практически исключает вероятность диагностических ошибок. Видеоэндохирургическая техника у 65,5% раненых позволяет успешно санировать плевральную полость от гемоторакса, в том числе свернувшегося гемоторакса, осуществлять эндоскопический гемостаз, выявить повреждения легкого и перикарда.

3. Хирургическую тактику лечения торакоабдоминальных ранений необходимо определять не по факту наличия проникающего ранения, а по результатам оценки интенсивности кровотечения и эндоскопической ревизии с учетом лечебных возможностей видеоэндоскопической техники.

ЗНАЧЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Т.Ш. Асадов, Ю.Р. Маликов, И.Э. Хотамов

Навоийский филиал РНЦЭМП

Диагностическая лапароскопия очень важна в неотложной хирургии. В 2019–2022 годах в Навоийском филиале РНЦЭП 126 пациентам была проведена диагностическая лапароскопия с синдромом «острого живота». Возраст больных – от 14 до 65 лет; 45 мужчин и 81 женщин. Всем больным, находящимся под наблюдением, проведены клинические обследования на основании стандартов.

Из числа выполненной диагностической лапароскопии 126 пациентам с синдромом острого живота в 62 случаях диагностирован острый аппендицит, в том числе 25 из них диагностирован деструктивный аппендицит и выполнена лапаротомия. В 11 случаях был подтвержден разрыв кисты яичника, у 9 больных острый холецистит подтвержден и выполнен лапароскопическая холецистэктомия, у 10 больных подтвержден тромбоз мезентериальных вен. В 19 случаях выполнена диагностическая лапароскопия с диагнозом травмы закрытых органов брюшной полости, из них лапаротомия выполнена в 14 случаях. У 8 больных выявлен острый панкреатит, панкреонекроз и купирован лапароскопическим путём. В 7 случаях с синдромом острого живота острой хирургической патологии не выявлено.

В результате анализа в 87 случаях (69%) из выполненных лапароскопических вмешательств операция была завершена лапароскопически, в 39 случаях (30,9%) произведена лапаротомия.

Таким образом, лапароскопические операции в ближайшие дни приводят к относительно неосложненному послеоперационному периоду, резкому уменьшению случаев нагноения операционной раны, отсутствию послеоперационных грыж, уменьшению спаек в брюшной полости, ранней реабилитации больных, сокращению койко-дней, а также уменьшению случаев напрасной лапаротомии и в конечном – сокращению числа инвалидности.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Ш.К. Атаджанов, А.Л. Мустафаев, Г.К. Сапарбаева

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Введение. Летальность при деструктивных формах острого панкреатита остается высокой, по разным данным, составляет от 20 до 60%. Проблема диагностики и лечения острого панкреатита остается одной из актуальных проблем в экстренной хирургии. Одной из наиболее частых находок, обнаруживаемых в брюшной полости при деструктивном панкреатите, является ферментативный перитонит. До настоящего времени нет единой точки зрения о тактике при его обнаружении, так как нередко происходит его рассасывание, но чаще – инфицирование и нагноение, что значительно отягощает прогноз заболевания. Удаление жидкостных скоплений является важной задачей. Еще несколько десятилетий назад единственным вариантом являлась открытая дренирующая операция (лапаротомия). В настоящее время большинство хирургов считают ее опасной из-за возможного развития инфицированного панкреонекроза, приводящего к высокой летальности. С внедрением видеолапароскопии всё больше авторов считают целесообразным проведение малоинвазивного дренирования с целью эвакуации экссудата. Вместе с тем нет достаточно четких представлений об эффективности данного воздействия, как местного, так и общего.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения у 161 больного с острым панкреатитом за 2018–2022 гг., поступивших в хирургические отделения РНЦЭМП. Диагноз устанавливался на основании клинико-лабораторных данных и инструментальных методов исследования (УЗИ, КТ, МРТ, лапароскопия – по показаниям). Все больные получали многокомпонентную консервативную терапию по стандартам клиники. Малоинвазивные вмешательства заключались в лапароскопическом дренировании брюшной полости, а также по показаниям в ряде случаев проводилось дренирование сальниковой сумки и холецистостомия.

Результаты и обсуждение. Из 161 больного отечная форма острого панкреатита выявлена у 138 (86,0%), деструктивная – у 23 (14,2%) пациентов.

При отечной форме лапароскопии подвергнуто 20 пациентов (12,4%), лапаротомии – 2 (1,2%). Основными показаниями были: дифференциальная диагностика с экстренной хирургической патологией, наличие перитонеальных признаков, жидкость в животе по данным УЗИ и т.д. В данной группе умерли 2 больных (0,85%). В основном причинами летальных исходов явилась тяжелая сопутствующая патология. У 23 больных выявлены признаки деструктивного панкреатита. Наиболее частой находкой являлся ферментативный перитонит. Количество экссудата в брюшной полости варьировало от небольшого, в основном в подпеченочном пространстве, до значительного во всех отделах брюшной полости. По характеру – от прозрачного до насыщенного геморрагического. Общая летальность составила 16,3%. Первичные малоинвазивные вмешательства выполнены у 131 пациента (81,3%). Операции проведены в течение первых трех суток с момента поступления. Из них

повторным операциям подвергнуты 70 (43,4%). При этом открытое (лапаротомное) дренирование выполнено у 22 (13,6%), малоинвазивное – у 48 (29,8%). Летальность в данной группе – 13 (8,1%). Число больных, которым произведена лапаротомия, в качестве первичной операции составило 25. Вмешательства проводились в сроки от 6 часов с момента поступления до 5 суток. Некоторые пациенты подвергались неоднократным вмешательствам (от 1 до 6). Умерли 24 пациента (27,3%).

Таким образом, в группе пациентов, которым в качестве первичного вмешательства выполнена малоинвазивная операция, показатели летальности были значительно ниже (16,3%), чем у больных после первичной лапаротомии (27,3%).

Вывод. Малоинвазивное вмешательство в сочетании с консервативной терапией является оптимальным вариантом лечебной тактики при ферментативном перитоните.

ЎН ИККИ БАРМОҚ ИЧАК ТРАВМАТИК ЖАРОҲАТЛАРИДА ХИРУРГИК ДАВО НАТИЖАЛАРИ

Ачилов М.Т., Аҳмедов Ғ.К., Жаббаров З.И., Саттаров Ш.Х., Марданов В.Н., Махрамов У.Т., Жулбеков К.И.

**РШТЁИМ Самарқанд филиали,
Ўзбекистон Республикаси
Самарқанд давлат тиббиёт университети**

Мавзунинг долзарблиги. Ўн икки бармоқ ичак жароҳатлари клиник таҳлилларга кўра, барча қорин жароҳатлари орасида энг кам ҳолатларда учраб, асосан тўғридан-тўғри зарбалар натижасида кузатилади. Бу жиҳат унинг анатомик тузилиши, бошқа аъзолар билан биргаликдаги синтопияси билан боғлиқ. Тўғридан-тўғри зарба натижасида ичак ички босимининг ошиши, ортидаги умуртқа таналарида «эзилиши» ва фиксацияловчи бойламларнинг узилиши каби жараёнлар ривожланади. Бундай ҳолатлар асосан ўн икки бармоқ ичакнинг тушувчи ва пастки горизонтал қисмларида кузатилиб, бу соҳаларнинг асосан қорин орти соҳасида жойлашганлиги – ўн икки бармоқ ичак жароҳатларининг (ЎИБИЖ) клиникаси ва диагностикасида қийинчиликлар (хатоликлар) туғилишига ва кечикиш натижасида юқори леталликка сабаб бўлади.

Тадқиқот мақсади. Ўн икки бармоқ ичак жароҳатларининг даво натижаларини яхшилаш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Тадқиқотларимизнинг материалини 2005–2023 йилларда РШТЁИМ Самарқанд филиали жарроҳлик бўлимларида ЎИБИЖ билан даволанган 15 нафар беморнинг даво натижалари ташкил қилди. Беморларнинг жинсига қараб тақсимланишида эркаклар 11 (73,3%) ва аёллар 4 (26,7%) нафарни ташкил қилди. Беморларнинг ёши 23 дан 75 ёшгача бўлиб, ўртача ёш 50,7 ни ташкил қилди. Беморларнинг стационардаги ўртача даволаниш муддати 23,8 кунни ташкил қилди.

Беморларнинг стационарга келиш даври таҳлил қилинганда, илк 24 соатда 6 (40%) та бемор келган бўлса, қолганлари (60%) 24 соатдан кейин қабул қилинган. Бу кўрсаткичлар албатта жараённинг оғирлашганлиги ва асоратларнинг ривожланиш даражаси кўтарилганлигидан далолатдир. 5 та беморда келган вақтида алкоголдан мастлик ҳолатлари кузатилган. 4 (26,7%) нафар беморда қўшимча равишда ёпиқ краниоцеребрал травма: 3 нафарида енгил даражаси ва битта беморда оғир даражаси бош мия лати ва бош мия ичига қон қуйилиш белгилари билан бирга кузатилган. Ушбу беморда мия шиши дислокацияси ва кўп аъзолик етишмовчилиги синдроми натижасида ўлим ҳолати кузатилган.

Олинган натижалар. ЎИБИЖни баҳолашда биз Америка хирурглар ва трамва ассоциацияси (AAST – American Association for Surgery and Trauma) томонидан тавсия қилинган дуоденал жароҳатлар шкаласи (DIS Duodenum Organ Injury Scale)дан фойдаландик. Бу шкала 5 та даражадан (G – Grade) иборат. Унга кўра, GI ҳолати 1 (6,7%) беморда, GII – 6 (40%), GIII – 6 (40%). GIV ва GV – 1 (6,7%) тадан беморларда кузатилди. Битта ҳолатда алоҳида дуоденал травма кузатилган бўлса, қолган барча ҳолатлар бошқа аъзоларининг ҳам зарарланиши билан бирга кечди: жигар жароҳати 5 (33.3%) та ҳолатда, меъда ости бези 4 (26,7%) та, ўт пуфаги, талоқ, ингичка ичаклар ва аортанинг зарарланиши биттадан ҳолатларда кузатилди. 6 (40%) та ҳолатларда қорин орти соҳаси гематомаси кузатилган.

Қорин ёпиқ жароҳатларининг этиологиясини таҳлил қилганимизда, 7 (46,7%) нафар беморда тан жароҳати етказиш, 2 ҳолатда баландликдан тушиб кетиш ва 1 ҳолатда йўл-транспорт ҳодисаси сабаб бўлганлиги аниқланди. Қорин ичига тешиб кирувчи жароҳатлар ЎИБИЖнинг 2 та ҳолатида кузатилди. Беморларнинг 4 нафари анамнезида турли операцияларни ўтказган: 1 та гепатикодуоденостомия, 2 та холедохоеюностомия ҳамда битта бемор холецистэктомия ва антеград папиллосфинктеротомия операцияларини ўтказган. 2 нафар беморда ЎИБИЖ ўчоқли панкреонекроз ва ўн икки бармоқ ичак деструкцияси ҳамда перипанкреатик соҳага массив қон қуйилиши кузатилган.

Барча беморлар операция қилинган. Операциядан олдин фақат 4 (26,6%) беморга ЎИБИЖ ташхиси қўйилган. 8 (53,3%) ҳолатда диагностик лапароскопия билан операция бошланиб, барчасида лапароконверсияга ўтилган. 6 (40%) ҳолатда ЎИБИЖ ташхиси лапаротомиядан кейин ҳам қўйилмаган бўлиб, натижада қўшимча операциялар ўтказилиши кузатилган. Релапаротомия ушбу беморларга бир неча кунлардан кейин (1- ва 4-кунларда биттадан, 3- ва 5-кунларда 2 тадан беморларда) ўтказилган.

8 (53,3%) нафар беморда ўн икки бармоқ ичак жароҳатини бирламчи тикилган бўлса, 2 (13,3%) беморда меъданинг Бильрот II бўйича резекцияси бажарилган. 2 (13,3%) та беморда Ру бўйича «узилган» қовузлоқда дуоденостомия шакллантириш операцияси, 3 (20%) та беморда дуоденостомия, гастроэнтероанастомоз ва Браун бўйича энтероанастомоз шакллантириш операциялари бажарилган.

5 (33,3%) нафар беморда леталлик аниқланиб, 1 тадан ҳолатларда: ёпиқ КЦТ ва қон қуйилиши, ўн икки бармоқ ичак ўткир ярасида рецидив қон кетиш ва Ру бўйича «узилган» қовузлоқда дуоденостомия шакллантиришдан кейин анастомоз етишмовчилиги кузатилган. 2 нафар беморда оғир қўшма политравма натижасида қорин бўшлиғига қон кетиши сабаб бўлган. Шуни айтиб ўтиш керакки, бу беморларда турли ҳамроҳ патологиялар (ЮИК, сийдик-тош касаллиги, ўпкалар обструктив касалликлари) ҳам аниқланган.

Хулоса. Шундай қилиб, ЎИБИЖ билан беморларни даволаш мураккаб вазифа бўлиб қолмоқда. Дуоденал дефектни тикиш ва фаол дренажлаш жароҳатланишнинг эрта даврларида самарали ҳисобланади. Операциядан кейинги даврда бундай беморларда тўғри медикаментоз ва оператив тактиканинг олиб борилиши ўн икки бармоқ ичакда чоклар етишмовчилиги ва травматик панкреонекрознинг олдини олишда катта роль ўйнайди.

SAFRO SORPSIYASIDAN KEYIN TURLI XIL ETIOLOGIYALI OBSTRUKTIV SARIQLIKDA INTERLEYKIN-6 MIQDORINING O‘ZGARISHINI QON VA SAFRO TARKIBIDA O‘RGANISH

Babadjanov J.K.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Dolzardligi. Obstruktiv sariqlik (OS) jigar va umumiy o‘t yo‘llari a’zolari kasalliklarining ko‘p uchraydigan eng og‘ir asoratlaridan biri hisoblanadi. Obstruktiv sariqlikning klinik belgilari jigarda bo‘ladigan morfologik va funksional o‘zgarishlar, shuningdek umumiy o‘t yo‘llarining obstruksiya darajasi va davomiyligiga bog‘liq. O‘tning dimlanishi bilan asoratlangan biliopankreatoduodenal soha (BPDS) kasalliklarining so‘nggi yillarda oshishi, MS bilan xastalangan bemorlarda o‘limning yuqoriligi jarrohlik patologiyasining ushbu ko‘rinishining barcha jihatlarini chuqur o‘rganish zarurligini taqozo etadi.

Maqsad. Turli xil etiologiyali obstruktiv sariqligi (OS) bilan xastalangan bemorlarda qon va safro tarkibida IL-6 miqdorining dinamikasiga safro sorbsiyasining ta’sirini o‘rganish.

Materiallar va usullar. Turli xil etiologiyali obstruktiv sariqligi (OS) bilan xastalangan 84 nafar bemor kuzatuvga olindi, 2-guruhga bo‘lindi: asosiy va nazorat. Nazorat guruhi – xoledoxolitiaz bilan xastalangan 41 nafar bemordan, asosiy guruh esa biliopankreatoduodenal soha o‘smalari bilan xastalangan 43 nafar bemordan tashkil topdi. Barcha bemorlarga teri va jigar orqali xolangiostomiya (TJHS) o‘rnatilgandan so‘ng, yangi mahalliy enterosorbent Lignova yordamida safro sorbsiyasi amalga oshirildi.

Natijalar. Asosiy va nazorat guruhidagi bemorlar qon zardobi tarkibida TJHS qo‘yilmasidan oldin IL-6 miqdori me’yordan yuqori bo‘lib, o‘rtacha 152,65 ± 16,3 pg / ml ni, safrosi tarkibida 67,43±9,14 pg/ml ni tashkil qildi. TJHS o‘tkazilgandan keyin esa safro sorbsiyasini davolash kompleksiga kiritish interleykin-6 asosiy va nazorat guruhlardagi bemorlar safrosi tarkibida 67,43±9,14 pg/ml dan 17,57±2,2 gacha, qon tarkibida 151,52±14,2 pg/ml dan 36,81±4,4 gacha kamaytirishga erishildi.

Xulosa. Safro sorbsiyasidan foydalanish obstruktiv sariqlik bilan asoratlangan biliopankreatoduodenal soha kasalliklari bilan xastalangan bemorlarda endogen zaharlanish va yallig‘lanish jarayonlarining induktori sifatida qon va safro tarkibida yallig‘lanish keltirib chiqaruvchi sitokin IL-6 miqdorini kamaytirishga yordam beradi.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Р.Т. Бердимуродов, Ю.Р. Маликов, И.Э. Хотамов

Навоийский филиал РНЦЭМП

Клинический анализ хирургического отделения Навоийского филиала РНЦЭМП в 2012–2022 гг. показал, что осложненные формы эхинококкоза увеличились с 11,2% до 16,1% среди всех хирургических заболеваний.

Эхинококковая киста печени была подтверждена после обследования УЗИ у 183 пациентов, обратившихся в период с 2012 по 2022 г. в Навоийский филиал РНЦЭМП. Из них у 132 (72,1%) больных диагностирован осложненный тип эхинококкоза печени. Возраст пациентов был от 18 до 65 лет, из них 81 (61,4%) мужчина и 51 (38,6%) женщина. Среди госпитализированных больных выявлены: нагноение эхинококковой кисты печени – в 108 (81,8%) случаях, разрыв эхинококкоза печени – в 18 (13,6%) случаях (вследствие различных травм), анафилактический шок наблюдался у 5 (3,7%) больных. У данных больных при первичном осмотре был выставлен диагноз «перитонит», из них 3 (2,2%) больным произведена средне-средняя лапаротомия, 2 (1,5%) больным выполнены верхнесрединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, открытая эхинококкэктомия, остаточная полость обработана спиртом, йодом, 3% – перекисью водорода, капитонаж остаточной полости, санация брюшной полости и дренирование. У 6 (4,5%) боль-

ных наблюдалось вскрытие эхинококкоза печени во внутрипеченочные желчные протоки, данным больным выполнена ЭРПХГ. В одном (0,7%) случае в связи с явлениями гнойного холангита и механической желтухи выполнены лапаротомия, эхинококкэктомия из печени и холедохотомия, наружное дренирование холедоха по Пиковскому. У 5 (3,7%) пациентов выявлен рост капсулы эхинококка печени в жёлчный пузырь, в связи с чем этим больным произведены эхинококкэктомия и холецистэктомия.

Из числа оперированных 81 (61,3%) больного в послеоперационном периоде отмечалось гнойное отделяемое из трубки остаточной полости, в связи с чем проводилась антибактериальная терапия с антибиотиками цефалоспориновой группы, а также введение декасана через дренажную трубку и растворов антибиотиков. В среднем через 45–65 дней после контрольного осмотра на УЗИ и отсутствия выделений из дренажной трубки дренажная трубка удалена. Среди наблюдаемых нами больных летальных исходов не наблюдались.

Таким образом, лечение при осложненном эхинококкозе печени, безусловно, должно быть оперативным, особенно в случаях прорыва кисты в свободную брюшную полость или во внутрипеченочные протоки – необходимо оперативное вмешательство сочетать с интенсивной консервативной терапией в целях предупреждения развития анафилактического шока.

INFLUENCE OF DIFFUSION DISEASES OF THE LIVER ON THE CURRENT AND FORECAST OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE

Ganjiev F.Kh, Musoyev T.Ya., Khamroyev Kh.N.

Bukhara branch of the Republican scientific center of emergency medical care, Bukhara, Republic of Uzbekistan

Abstract. The relevance and complexity of the treatment of patients with obstructive jaundice (MJ) of malignant genesis is due to an increase in the incidence of tumors of the hepato-pancreatoduodenal zone and the late appeal of patients for help with an already widespread tumor process by the time of admission to the hospital. The development of obstructive jaundice in patients with malignant neoplasms significantly aggravates the course of the underlying disease and requires urgent measures aimed at decompression of the biliary system.

In assessing the factors affecting the outcome of the disease, in addition to the breast syndrome, an important role is given to concomitant pathology. Thus, among the concomitant diseases that can affect the course and outcome during operations on the biliary tract, a special place is occupied by diffuse liver diseases.

Materials and methods. The work is based on the analysis of the course of the breast in 74 patients. The main group consisted of 40 patients with breast cancer on the background of GV. The control group included 34 patients without concomitant GV. To assess the prognosis of the disease, clinical data (terms of jaundice, the presence and nature of concomitant diseases, age), data from laboratory and instrumental research methods, as well as the results of treatment were analyzed. Statistical processing of the material was carried out using the software “Statistica5.5”. The critical level of significance when testing statistical hypotheses is $p < 0.05$.

Results and discussion. Patients in the study groups were matched by sex and age. So in the main group there were 21 men (52.5%), women - 19 (47.5%), ($p > 0.05$). The average age of patients in the main group was (60.1 + 10.5) years, and in the control group - (60.8 + 10.7) ($p > 0.05$). The main number of patients with breast cancer in both groups belonged to the age intervals of 45-59 and 60-74 years or, according to the WHO classification, to middle-aged and elderly people.

Moreover, in 30 (75%) cases, patients were admitted with a previously established diagnosis. In 10 (25%) cases, hepatitis was detected for the first time. In the course of the study, for the convenience of analyzing the results obtained, we used the proposed by E.I. Galperin et al. classification of levels of biliary obstruction. There was a predominance of the incidence of low localization of tumor strictures in both groups (74.5% in the main group and 80.3% in the control group, with $p > 0.05$). The timing of breast tissue in patients of the main group was statistically significantly higher than the timing of breast tissue in the control group and was: in the main group, the median corresponded to the 7th day (the 25th percentile was equal to the 3rd day; the 75th percentile to the 14th day), in the control - it was was less and was 5 days (the 25th percentile was equal to the 3rd day; the 75th percentile was 7 days) ($p < 0.05$). By the time of surgery, the timing of breast cancer among the patients of the main group was: median 18 days. (25th percentile 12.5 days; 75th percentile 28.5 days). In the control group, the median was 12 days. (25th quartile 10 days; 75th quartile 16 days) ($p < 0.05$). Later periods of surgical treatment in the main group were associated with difficulties in the differential diagnosis of jaundice in patients with combined pathology (MF and GV)

Thus, the course of malignant breast cancer against the background of concomitant diffuse liver diseases has clinical features and is characterized by more frequent complications such as hemorrhagic syndrome, liver failure, cholangitis. The presence of concomitant diffuse liver diseases in breast cancer patients is an unfavorable prognostic factor contributing to the more frequent development of complications and high mortality.

ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ВРАЧОМ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРЕ

В.В. Бурыкина, В.В. Коломойцев, Д.М. Прасол, Е.А. Цебровская, Н.Д. Архангельский, В.М. Теплов

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Введение. В 2015 году в клинике ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России было создано стационарное отделение скорой медицинской помощи, функционирующее в соответствии с требованиями Приказа Минздрава России № 388н от 20 июня 2013 г., на основании которого лечащим врачом в отделении является врач скорой медицинской помощи. В рамках профессиональной деятельности такие врачи в стационарных условиях стали активно применять самостоятельные ультразвуковые исследования в объеме скрининга. Профессиональный стандарт врача скорой медицинской помощи, утвержденный 14 марта 2018 года № 133н, регламентирует возможность ультразвуковой диагностики в объеме FAST протокола (поиск жидкости в полостях), однако решено было расширить объем диагностических исследований с целью оптимизации процесса обследования и лечения пациента. Для практического применения в МИС qMS был разработан протокол «Фокусированного ультразвукового исследования».

Материалы и методы. Были проанализированы истории болезней всех экстренно поступивших в ПСПбГМУ им И.П. Павлова пациентов за период с 2017 по 2023 г. Оценивалась эффективность использования ультразвукового скрининга врачом скорой медицинской помощи в практической работе стационарного отделения скорой медицинской помощи.

Результаты. Начиная с 2016 года УЗ-скрининг был выполнен 7161 пациенту. Методика продемонстрировала свою эффективность, при сравнении скрининга и УЗИ специалистом число диагностически значимых ошибок не превысило 4%. Начиная с 2019 года в комплекс обследования пациентов, имеющих риск развития ТЭЛА, было включено обязательное выполнение УЗИ вен нижних конечностей врачом СМП стационара, что позволило диагностировать 136 случаев ТЭЛА. Кроме этого, на основании вышеупомянутого профессионального стандарта врачи СМП стационара стали активно применять УЗ-навигацию при выполнении пункций полостей и сосудов. За период с 2017 по 2023 г. были выполнены 631 катетеризация центральных вен без ятрогенных осложнений благодаря ультразвуковому сопровождению, а также 258 пункций и дренирований плевральной полости без привлечения других специалистов, что значительно ускорило помощь пациентам с явлениями дыхательной недостаточности при гидротораксе. В ходе пандемии COVID-19 стационарное отделение скорой медицинской помощи было перепрофилировано в приемное отделение инфекционного госпиталя, а врачи скорой медицинской помощи стали врачами этого приемного отделения. В процессе сортировки входящего потока было выполнено 3905 ультразвуковых исследований легких в рамках BLUE-протокола. Примененный в ПСПбГМУ им. И.П. Павлова сортировочный алгоритм, включавший также и обязательное УЗИ легких, позволил полностью нивелировать появление очередей на входе в стационар.

Также с 2020 г. на базе стационарного отделения скорой медицинской помощи начал работать Центр по лечению внезапной смерти. Было проанализировано 109 случаев внезапной остановки кровообращения, в 16 из которых применялась ЭСЛР (экстракорпоральная мембранная оксигенация (ЭКМО) одновременно с традиционными реанимационными мероприятиями). Внедрение и применение «Фокусированного ультразвукового исследования» врачом стационарного отделения скорой медицинской помощи показали свою эффективность в сокращении «диагностического плеча» и оптимизации тактики ведения таких пациентов, а также принятии решения о применении ЭКМО. Врачом скорой помощи в 6 случаях был выявлен гидроторакс, в 2 случаях – асцит, в 3 случаях – тампонада сердца/гидроперикард, в 1 случае – признаки перегрузки правых отделов сердца.

Заключение. Использование прикроватного ультразвукового исследования врачом «первого контакта с пациентом» позволяет ускорить выполнение лечебно-диагностических мероприятий, минимизируя время транспортировки пациента между диагностическими кабинетами и улучшая логистику. Несмотря на удовлетворительные результаты применения УЗ навигации и скрининга врачами скорой медицинской помощи, 100% из этих специалистов при проведении опроса отметили недостаточный объем обучения этим навыкам в рамках подготовки в ординатуре по специальности «скорая медицинская помощь». Данные инвазивные манипуляции требуют уже более серьезных мануальных навыков, что влечет за собой необходимость совершенствования программ ординатуры, наличия симмуляционного оборудования, а также внедрение циклов, позволяющих соответствовать новому профстандарту выпускникам прошлых лет в рамках программы ординатуры и/или НМО.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ ТРАВМЫ ГРУДИ

З.К. Гафуров, А.К. Усманов, Н.Н. Назаров, Ф.К. Убайдуллаев, М.П. Сидиков, Э.Б. Меликузиев

Андижанский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Осколочные и пулевые ранения в условиях современных военных конфликтов относятся к числу наиболее тяжелых видов боевой хирургической травмы. В структуре последней преобладают тяжелые сочетанные формы поражения, приводящие к высокой летальности и развитию осложнений с последующей инвалидизацией пострадавших.

Материалы и методы. Анализу подверглись результаты лечения пациентов с огнестрельной травмой груди, находившихся на лечении в Андижанском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за период с 2005 г. по декабрь 2022 г.

Результаты и обсуждение. В состоянии средней тяжести было доставлено 17% раненых, в тяжелом – 52%, в крайне тяжелом и терминальном – 31% раненых. Тяжесть состояния доставленных в клинику пострадавших была обусловлена, прежде всего, повреждением жизненно важных органов, нарушениями их функций и развитием синдрома взаимного отягощения.

Относительно осколочных ранений легкого следует отметить, что они почти в 100% случаев сопровождались контузией легочной паренхимы, прилежащей к раневому каналу. Клиническая картина нередко отягощалась наличием шока, контузией или гематомой легкого, внутригрудным кровотечением, пневмотораксом, ранением диафрагмы, сердца. При диагностике и уточнении характера ранений предпочтение отдавалось рентгенологическим методам исследования как наиболее информативным и легкодоступным. В наших наблюдениях внутриплевральные осложнения распределились следующим образом: пневмоторакс – 27%, гемоторакс – 19%, гемопневмоторакс – 54%.

Лечебные мероприятия были направлены на борьбу с шоком, адекватное обезболивание, санацию трахеобронхиального дерева, антибактериальную терапию.

Основные принципы хирургической помощи при огнестрельной травме груди:

• ранняя активная диагностика повреждений – определение превалирующей травмы, оценка тяжести состояния раненого;

• интенсивная терапия направлена на ведущие проявления травмы: кровопотерю, шок, контузию сердца и легких, травматический эндотоксикоз либо их сочетание;

• определение допустимых сроков, очередности и последовательности выполнения оперативных вмешательств при сочетанном характере ранений.

Неотложная торакотомия, которая в части случаев является элементом реанимационных мероприятий и выполняется при ранении сердца, его тампонаде, подозрении на массивное внутриплевральное кровотечение. Наиболее часто у пациентов встречаются следующие послеоперационные осложнения: пневмония – 11,4%, бронхообтурационный синдром – 9,3%, респираторный дистресс-синдром взрослых – 3,7%, эмпиема плевры – 1,9%.

Заключение. Высокая летальность, раневые осложнения, длительные сроки пребывания в лечебных учреждениях, утрата трудоспособности и высокий уровень инвалидизации определяют необходимость дальнейшего совершенствования специализированной медицинской помощи у данной категории пострадавших. Успех лечения пострадавших достигается своевременной диагностикой всех имеющихся повреждений с первоочередным выделением доминирующей жизнеугрожающей травмы того или иного органа. Проведенный анализ показал, что первичная специализированная помощь при огнестрельных ранениях груди должна включать: сортировку, обезболивание, гемостатическое лечение, инфузионно-трансфузионную терапию, симптоматическое лечение и своевременное оперативное вмешательство. В операционную направляют пострадавших, нуждавшихся в экстренном хирургическом лечении: в первую очередь раненых с напряженным гемопневмотораксом, подозрением на тампонаду сердца, продолжающимся наружным или внутренним кровотечением; во вторую очередь – раненых без нарушения витальных функций для проведения ПХО ран грудной стенки. В реанимационное отделение госпитализировали раненых, находящихся в состоянии шока, с нарушениями дыхания и гемодинамики, не нуждающихся в экстренном хирургическом пособии, а также раненых, которым было показано проведение предоперационной подготовки. В хирургическое отделение – раненых, нуждающихся в консервативном лечении, которым хирургическое вмешательство могло быть осуществлено в условиях перевязочной. При этом основными недостатками в оказании помощи гражданскому населению с тяжелой огнестрельной травмой в условиях локального военного конфликта являются отсутствие системы догоспитальной помощи, должной инфраструктуры госпитального этапа, преемственности в лечении, реабилитации, возможности анализа результатов оказания помощи. Важным фактором является недостаточная подготовка персонала к оказанию помощи раненым с тяжелой сочетанной травмой. В статье показано, что огнестрельные ранения гру-

ди наиболее часто сопровождаются повреждением внутренних органов – 85,7%, не выявлено повреждений внутренних органов лишь в 14,3% наблюдений. Наличие огнестрельного ранения груди является абсолютным показанием для выполнения рентгеновского исследования груди для выявления осложнений. С учетом специфики оказания медицинской помощи в условиях локального военного конфликта при отсутствии этапов эвакуации, когда раненые доставляются не специализированным, а попутным транспортом, не приспособленным к эвакуации таких раненых, отсутствии доврачебной помощи основная нагрузка по оказанию медицинской помощи ложится на медицинский персонал медицинской организации. Поэтому считаем необходимым совершенствование мероприятий, направленных на снижение количества как организационных, так лечебно-диагностических ошибок.

НОВОЕ УСТРОЙСТВО ДЛЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОРОШКООБРАЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

А.Б. Ешмуратов, Ф.А. Хаджибаев, А.Г. Мирзакулов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Язвенные гастродуоденальные кровотечения характеризуются высокой частотой встречаемости с тенденцией ежегодного прогрессивного роста. Летальность от язвенных кровотечений может достигать 20–35%. Эндоскопические методы гемостаза широко и эффективно применяются в современной медицине и являются альтернативой открытым хирургическим вмешательствам. Среди множества существующих методов эндоскопического гемостаза особое место занимают аппликационные способы. Порошкообразные формы удобны для равномерного распределения в зоне язвенного дефекта в виде распыления, но в зависимости от физико-химических свойств могут смываться с зоны нанесения либо образуют плотный конгломерат при контакте с жидкостью до нанесения на источник кровотечения. Среди проблем существующих различных устройств для доставки препарата в зону кровотечения следует отметить сложные конструкции, утечку газа через устройство во время использования и другое.

Цель. Разработать новое устройство для доставки порошкообразного препарата на язвенную поверхность желудка с целью профилактики рецидива кровотечения.

Материал и методы. Эксперименты in vivo были проведены на базе экспериментальной лаборатории РНЦЭМП. Объектом исследования служили 15 собак (самцы, массой 10–15 кг). Для выполнения экспериментальной работы на животных получено разрешение Этического комитета от 20 мая 2021 г., протокол №3/2-1518, а также соблюдалась Европейская конвенция по защите животных, используемых для экспериментальных и других целей (г. Страсбург, Франция, 1986). Животные содержались в стационарных условиях вивария. Собакам воспроизводились язвы желудка по передней и задней стенкам антрального отдела желудка путем введения препаратов инъекционным способом через фиброгастроскоп (метод, описанный Е.Ф. Чередниковым, 1984). Фиброгастроскопия выполнялась аппаратом GIF-E3 фирмы Olympus с адаптированной видеосистемой. Для доставки порошкообразного препарата использовалось оригинальное устройство, строение которого подробно описано ниже, в том числе и в сравнительном аспекте с существующими устройствами других авторов.

Результаты и обсуждение. Устройство для распыления порошкообразного препарата через эндоскоп включает ингаляторный компрессор с включателем и шнуром электропитания, к компрессору с помощью компрессорного коннектора присоединен шланг для подачи воздуха, который, в свою очередь, присоединен к билиарному катетеру-распылителю, имеющему два порта. Через первый порт билиарный катетер-распылитель присоединен к шлангу для подачи воздуха, через второй порт – к соединительному катетеру, который крепится к емкости для распыляемого порошка. Катетер-распылитель через инструментальный канал эндоскопа вводится в просвет желудка.

Устройство для распыления порошкообразного препарата через эндоскоп работает следующим образом: Емкость с порошком герметично присоединяют к соединительному катетеру, другим концом соединительный катетер соединяют с билиарным катетером-распылителем через отдельный порт. Через другой порт катетер-распылитель соединяют со шлангом для подачи воздуха компрессора. Шланг для подачи воздуха с помощью коннектора соединяют с компрессором. Компрессор включают в сеть. Билиарный катетер-распылитель через инструментальный канал эндоскопа вводят в просвет желудка. Приводят в действие компрессор с помощью включателя. Через включенный ингаляторный компрессор осуществляется непрерывное нагнетание потока воздуха в просвет желудочно-кишечного тракта. Подача порошка осуществляется путем механического встряхивания емкости с порошком. Врач наблюдает за процессом через окуляр эндоскопа. Непрерывное нагнетание потока воздуха при подаче порошка исключает попадание влаги в просвет катетера.

Устройство легко собирается и разбирается, а его комплектующие имеются в любой клинике. Таким образом, обеспечивается простая и недорогая

доставка лекарственного или гемостатического порошка в целевую зону. На данное устройство получен патент на полезную модель № FAP 01 866.

Выводы. Предлагаемое нами устройство для доставки препарата на источник кровотечения имеет максимально упрощенную конструкцию. Устройство распыляет препарат на источник кровотечения, для этого используется медицинский компрессор для ингаляций любой модели, двухпортный и одноканальный билиарный катетер и емкость с простым медицинским флаконом, заполненным порошком.

Применение порошкообразных гемостатических средств с помощью нашего устройства для эндоскопического гемостаза будет полезным в клинической практике, в том числе для пациентов с тяжелой сопутствующей патологией, для которых выполнение хирургических методов гемостаза сопряжено с высоким операционным риском и у которых традиционные методы эндоскопического гемостаза являются недостаточно эффективными.

ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С МЕТРОРАГИЕЙ

А.О. Жалилов, Б.Р. Исхаков, Н.Б. Исхаков

Наманганский филиал РНЦЭМП

Эмболизация маточных артерий (ЭМА) или рентгеноэндоваскулярная окклюзия маточных артерий – это минимально инвазивная процедура при метрорагиях. Она является альтернативным методом перед хирургическим лечением и используется с начала 90-х годов.

Цель работы. Улучшение результатов лечения больных миомой матки, осложненной кровотечением, путем эмболизации маточных артерий.

Материалы и методы. В структуре Наманганского филиала РНЦЭМП имеется лаборатория рентгенохирургической диагностики и лечения заболеваний сердца и сосудов, что дает возможность использования данной методики в ургентной гинекологии. ЭМА у больных миомой матки, осложненной кровотечением, нами применяется с 2007 года.

Нами проанализированы результаты лечения 90 пациенток в возрасте от 20 до 55 лет, страдающих миомой матки, осложненной метрорагией, которым была проведена ЭМА.

Все пациенты были обследованы по стандарту.

Методы проведения ЭМА: процедура выполняется под местной анестезией. Как правило, окклюзия маточных артерий осуществляется из правого бедренного доступа. По стандартной методике Сельдингера выполняется пункция бедренной артерии. Поочередно катетеризируются обе маточные артерии. При ангиографии оценивается рентгеноанатомия маточной артерии и ее ветвей. В качестве эмболизата были использованы частицы из поливинилалкоголя (ПВА). Перед непосредственным введением эмболизата выполняется селективная ангиография маточной артерии, на которой видны штопорообразно извитые сосуды, обильно васкуляризирующие ткань миомы.

Появляется ретроградный ток во внутреннюю подвздошную артерию. В маточных артериях остается медленный остаточный кровоток. Нормальные миометриальные ветви маточных артерий остаются проходимыми, после чего выполняется контрольная ангиография. Техническая возможность выполнения процедуры определяется особенностью ангиоархитектоники сосудов малого таза, спазма артерий, квалифицированностью врача, выполняющего данное вмешательство. В результате ЭМА происходит инфаркт миоматозных узлов, при этом ткань миометрия страдает в значительно меньшей степени. Это связано с тем, что артерии, питающие миоматозные узлы, концевые, а в миометрии имеется богатое коллатеральное кровоснабжение. На микроскопическом уровне миоматозные узлы подвергаются коагуляционному некрозу, организации, склерозированию и в дальнейшем гиалинизируются, четко отграничиваясь от окружающего миометрия. Затем вокруг миомы образуется кальцифицированная капсула.

Доза облучения, которую получают яичники во время эмболизации маточных артерий, не оказывает значимого отрицательного воздействия как на организм в целом, так и на фертильную функцию женщины.

Показаниями к ЭМА являются: маточное кровотечение различной этиологии (в том числе опухолевого генеза), когда другие методы лечения невозможны или сопряжены с реальной угрозой жизни больной, симптомная или растущая миома матки размером до 20 недель беременности при отсутствии выраженной патологии шейки матки, эндометрия и яичников.

Противопоказанием к ЭМА являются: тяжелая степень почечной недостаточности, острые воспалительные заболевания органов малого таза, венозно-артериальная мальформация, васкулиты, аллергия на контрастное вещество, неуправляемая коагулопатия.

Результаты и обсуждение. У 4 (4,4%) больных с гигантскими миоматозными узлами, с сопутствующими патологиями сердечно-сосудистой, легочной системой ЭМА являлась как временным этапом остановки кровотечения и подготовки к предстоящемутрадиционному операционному вмешательству. Эти больные после остановки метроррагии, нормализации гемодинамики и соответствующей предоперационной подготовки прооперированы в отсроченном порядке.

У 86 (95,6%) больных ЭМА являлась окончательным методом остановки метрорагии. В послеопера-

ционном периоде у всех больных наблюдался постэмболизационный синдром различной степени выраженности. Характерными симптомами были: боли внизу живота различной интенсивности, повышение температуры тела, тошнота, слабость, выделения из половых путей. Постэмболизационный синдром легкой степени тяжести наблюдался у 54 (60%), средней степени – у 32 (35,6%), тяжелой степени – у 4 (4,4%) женщин. Для купирования постэмболизационного синдрома назначали анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, антибиотики.

Эффективность эмболизации маточных артерий мы оценивали по регрессии миоматозных узлов, уменьшению размеров матки, исчезновению симптомов, обусловленных миомой матки. Регрессия миоматозных узлов после эмболизации маточных артерий происходила постепенно, в течение 18 месяцев и более. Через 3 месяца после ЭМА миоматозные узлы уменьшились в среднем на 30% у половины и к концу года регресс наступил в 100% – у всех больных.

Через 2–3 месяца после ЭМА восстановилась обычная менструальная функция у всех больных, подвергнутых окончательной эмболизации. Нормальный объем менструаций наблюдался у 75 (87,2%), через 6 месяцев – у 76 (88,4%) и через год – у 82 (95,3%) женщин.

Компрессионные симптомы и боли обычно исчезли к третьему месяцу после ЭМА у 72 (83,7%), через 6 месяцев – у 82 (95,3%), к концу года – у 100,0% больных.

Миграция и самопроизвольная экспульсия субмукозного миоматозного узла через 1,5 и 9 месяцев после ЭМА произошла у 2 пациенток, что привело к полному восстановлению «архитектуры» матки. Произведена трансвагинальная эвакуация рождающихся субмукозных узлов.

Выводы:

1. Эмболизация маточных артерий является альтернативным методом остановки маточного кровотечения у больных с мерорагией.

2. Преимуществами эмболизации маточных артерий являются: малая травматичность, отсутствие кровопотери, отсутствие роста миоматозных узлов и рецидивов заболевания в отдаленном периоде, хороший косметический эффект, короткие сроки реабилитации.

3. Высокий процент успешности окклюзии маточных артерий при миомах матки и положительные клинические результаты позволяют рекомендовать внедрение данной методики в широкую клиническую практику.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ВИЗУАЛИЗАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

А.А. Имамов, Ж.Р. Асатуллаев, Ж.Ш. Абдукаримов, Ш.Ш. Шамшиддинов

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с панкреонекрозом путем определения сроков наступления фазы секвестрации для определения оптимальной лечебной тактики.

Материал исследований. Проведен анализ данных результатов мультислайсной компьютерной томографии (МСКТ) пациентов с панкреонекрозом в динамике лечения.

Результаты. Для определения сроков наступления фазы секвестрации и оценки степени поражения поджелудочной железы (ПЖ) была определена частота наиболее частых признаков панкреонекроза.

На 7-е сутки с момента заболевания при проведении анализа данных МСКТ диффузное увеличение размеров ПЖ было диагностировано в 100% наблюдений. В 90% случаев отмечалась неровность контуров железы, уплотнение парапанкреатической клетчатки, неоднородность паренхимы. Плотность ПЖ по шкале Хаунсфилда составляла 30–35 HU.

На 14-е сутки МСКТ диффузное увеличение, сглаженность контуров, неоднородность паренхимы отмечались во всех наблюдениях. При болюсном усилении выявлялись гипо- и аваскулярные очаги с вовлечением парапанкреатической клетчатки. Денситометрическая плотность ПЖ сохранялась на цифрах 30–35 HU.

На 30-е сутки процесс организации некроза в паренхиме ПЖ способствует образованию псевдокист, содержащих некротические ткани, формируются единичные участки секвестрации. Однако указанные изменения были отмечены в единичных случаях. Участки секвестрации визуализировались как бесструктурные чередующиеся зоны с низкой и высокой плотностью по типу «черных точек». Плотность железы колеблется в пределах 25–30 HU.

В последующие сутки (45–60-е сутки) томографические признаки диффузного поражения тканей ПЖ и парапанкреатической клетчатки уменьшаются. Неоднородность паренхимы, сглаженность контуров железы, диффузное увеличение ее размеров отмечаются менее чем у половины пациентов. Очаги секвестрации увеличиваются в объеме. В зоне секвестрации плотность тканей колебалась от 5 до 15 HU.

Заключение. Проведенные нами исследования показали, что процесс секвестрации в ПЖ начинается с 30–40 суток с момента заболевания, а не с 14-х суток, как приводится в классификации

Филина В.И. Для определения оптимальных сроков наступления фазы секвестрации необходимо использование МСКТ. Это позволяет конкретизировать сроки возможного выполнения хирургических вмешательств и предупреждает выполнение необоснованных операций в ранней фазе заболевания.

ХАРАКТЕР ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДИСФАГИИ У БОЛЬНЫХ С НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМИ СТАДИЯМИ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РАКА

С.И. Исмаилов, Ж.А. Джуманиязов, Р.Е. Лигай, А.С. Бабаджанов, Р.Р. Омонов, Э.И. Нигматуллин, О.А. Файзуллаев, Ж.Ж. Жумабаев

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Актуальность. На сегодняшний день в арсенале хирургов имеется множество вариантов симптоматического лечения дисфагии у больных с кардиоэзофагеальным раком (КЭР). Однако на первое место выступают эндоскопические методы реканализации КЭР, которые могут проводиться в качестве подготовки больного к радикальному хирургическому лечению.

Цель. Изучить возможность эндоскопического стентирования в лечении больных с нерезектабельными стадиями КЭР.

Материалы и методы. Мы располагаем опытом лечения 286 больных с неоперабельными и нерезектабельными стадиями КЭР. Из их числа эндоскопические вмешательства для восстановления естественного питания использованы у 123 (43%) пациентов.

Результаты. Эндоскопическая диатермотуннелизация выполнена в 17 (13,8%) случаях, однако из-за продолжающегося прогрессивного роста опухоли и частого рецидива дисфагии она не может рассматриваться как самостоятельный метод коррекции дисфагии. Стентирование опухоли выполнено у 110 (86,2%) больных.

С 2001 по 2018 г. в 84 случаях нами использовался стент из силиконовой трубки собственной конструкции. В раннем периоде развились следующие осложнения: кровотечение у 12 (11,8%), перфорация опухоли – у 3 (2,97%) и болевой синдром у 6 (7,1%). Среди поздних осложнений развились: обтурация стента пищей – у 18 (21,4%), обтурация проксимального отдела стента опухолью – 9 (10,7%), обтурация дистального отдела стента опухолью – 6 (7,1%), миграция стента в желудок – 3 (3,6%) и миграция в пищевод – 1 (1,2%). Рестентирование КЭР выполнено у 6 (7,1%) больных.

С 2018 по 2022 г. у 27 больных с нерезектабельными стадиями КЭР устанавливались саморасширяющиеся nitinol стенты. Только у 1 (4,16%) больного наступила миграция стента в дистальном направлении, что было обусловлено несоответствием размера с протяженностью опухоли. Больному повторно был установлен стент большей длины – 80×20 мм с хорошим результатом. Среди поздних осложнений у 1 (4,16%) пациента через 6 месяцев после установки стента отмечалась обтурация проксимального отдела стента опухолью, в связи с чем был установлен саморасширяющийся nitinol стент по типу «стент в стент». Осложнений в виде перфорации, кровотечения не наблюдалось.

Заключение. Эндоскопическое стентирование является методом выбора для обеспечения естественного перорального питания больных с нерезектабельными стадиями КЭР. Применение силиконовых стентов утратило своё практическое значение у данной категории больных ввиду наличия большего числа осложнений как в раннем, так и в позднем послеоперационном периоде.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПОСТРАДАВШИХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Б.Р. Исхаков, А.А. Алижанов, Н.Б. Исхаков

Наманганский филиал РНЦЭМП

Введение. Для оценки степени повреждения многие рекомендуют шкалы AACT (Американской ассоциации хирургии травмы) от 1994 года, которая является наиболее широко распространенной системой стадирования повреждения двенадцатиперстной кишки. В классификации повреждения ДПК учитывают в основном механизм, локализацию и сочетание повреждений (Tinkoff G., 2008 г.).

Цель. Улучшить результаты лечения пострадавших с повреждением 12-перстной кишки в зависимости от тяжести сочетанной травмы.

Материал и методы. В исследование включены 26 больных с повреждением 12-перстной кишки при сочетанной травме, госпитализированных в РНЦЭМП и его Наманганский филиал в период 2013–2020 гг., из них 17 (65,4%) мужчин и 9 (34,6%) женщин, в возрасте от 17 до 60 лет. В основном повреждения ДПК носили криминогенный характер, встречаясь у 24 (92,3%) пострадавших, в результате автодорожных происшествия – в 6 (23,1%) случаях, падения с высоты (кататравма) – в 2 (7,7%) наблюдениях, производственные травмы – в 1 (3,8%), избиение – в 2 (7,7%) и суицидные попытки – в 1 (3,8%) наблюдениях. Среди криминогенных травм наиболее часто встречались ранения холодным оружием (нож) – у 12 (46,2%) пострадавших, и ранения ДПК носили колото-реза-

ный характер. Ятрогенное повреждение – перфорация задней стенки ДПК – имело место у 2 (7,7%) пациентов.

Для оценки степени повреждения использовали шкалы ААСТ (Американской ассоциации хирургии травмы) от 1994 года, которая является наиболее широко распространенной системой стадирования повреждения двенадцатиперстной кишки. В классификации повреждения ДПК учитывают в основном механизм, локализацию и сочетание повреждений. В соответствии с ней выделяют 5 степеней повреждения двенадцатиперстной кишки.

Результаты. По нашим наблюдениям, повреждения ДПК сочетались с разрывом почки, селезенки, травмой желудка, поджелудочной железы, ранением печени, разрывом желчного пузыря, толстой и тощей кишки, нижней полой вены. Также травма ДПК сочеталась с черепно-мозговой травмой (3 чел.), переломом костей конечности (2 чел.), травмой органов грудной клетки (4 чел.), разрывом диафрагмы (2 чел.).

При разрывах 12-перстной кишки методом выбора у пострадавших, поступивших в первые 6 часов с момента получения травмы, является ушивание разрыва, дренирование забрюшинного пространства через поясничную область и постоянная назоеюнальная интубация двухпросветным зондом для декомпрессии 12-перстной кишки и энтерального кормления.

При поступлении пострадавших позже 6 часов с момента получения травмы выполняется выключение ДПК из пассажа в сочетании с гастроэнтероанастомозом по Вельфлеру–Брауну.

Релапаротомии в раннем послеоперационном периоде подвергались 6 больных, из них у двоих – по 2 релапаротомии. Бронхолегочные осложнения наблюдали у 10 оперированных больных, раневые инфекционные осложнения – у 7.

Из 26 оперированных пациентов умерло 9 (34,6%). Средний койко-день составил 12,7.

Заключение. Объем оперативного вмешательства при травмах ДПК зависит от ряда факторов: сроков поступления пострадавших в стационар с момента получения травмы, размеров дефекта стенки ДПК, уровня повреждения, сочетанных повреждений панкреатодуоденальной зоны.

При поступлении пострадавших позже 6 часов с момента получения травмы выполняется выключение ДПК из пассажа в сочетании с гастроэнтероанастомозом по Вельфлеру–Брауну.

РОЛЬ ТОРАКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ

Б.Р. Исхаков, Э.Т. Жалилов, Н.Б. Исхаков, И.Р. Хужамбердиев, Б.А. Худойбердиев, Б.С. Робиддинов

Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель. Уточнение диагноза и выбора тактики лечения больным спонтанным пневмотораксом.

Материал и методы. Проведен анализ результатов эндовидеохирургического лечения 226 больных со спонтанным пневмотораксом за последние 20 лет. Мужчин было 162 (71,7%), женщин – 64 (28,3%). Средний возраст больных составил 35,4 года.

Правосторонний спонтанный пневмоторакс диагностирован у 132 (58,4%) больных, левосторонний – у 92 (40,7%) и двусторонний – у 2 (0,9%). В результате диагностической торакоскопии выявлены: буллезная эмфизема без осложнений – у 113 (50,0%), с воспалительными проявлениями – у 33 (14,6%), надрывы спаек – у 36 (16,0%), туберкулез легких – у 24 (10,6%) и видимой патологии не обнаружено – у 20 (8,8%) больных.

Результаты. Торакоскопическое иссечение и электрокоагуляция булл выполнены 52 (46,1%) больным, наложение эндошва на буллы – 27 (20,2%). Во всех случаях вмешательство дополнено диатермическим плевродезом с целью профилактики рецидивов пневмоторакса. Конверсионная торакотомия в связи с большими размерами разорванных булл осуществлена 14 (12,8%) больным, операция завершена атипической резекцией легких и дренированием плевральной полости. У 49 (21,2%) больных при торакоскопии отсутствовали показания к эндохирургическим вмешательствам. У 84 (37,1%) больных наблюдались рецидивы пневмоторакса, которые ликвидированы наложением дополнительных швов при реторакоскопии. Интраоперационное осложнение в виде подкожной эмфиземы отмечалось у 1 пациента, которое не требовало дополнительных лечебных вмешательств. Послеоперационный период осложнился эмпиемой плевры у 4 (1,8%) больных, которая ликвидирована непрерывным плевральным диализом. Среднее пребывание больных на койке составило 4,2 дня. Летальных исходов не наблюдалось.

Заключение. Применение видеоторакоскопии в ургентной торакальной хирургии имеет большое значение для определения дальнейшего тактического плана ведения больных, уменьшает количество диагностических ошибок и во многих случаях предотвращает необоснованные торакотомии.

ПУНКЦИОННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ

Н.Б. Исхаков, Б.Р. Исхаков, А.А. Алижанов, А.О. Жалилов

Наманганский филиал РНЦЭМП

Введение. Непосредственной причиной возникновения пилефлебита обычно служит гангренозный аппендицит, при котором некротический процесс переходит на брыжейку червеобразного отростка и её вены. Далее процесс принимает восходящий характер, быстро распространяется на брыжеечные вены илеоцекального угла, а через 2–3 суток, как правило, достигает воротной вены и затем ретроградно распространяется на селезеночную и другие брыжеечные вены.

Цель. Улучшить результаты лечения больных с абсцессом печени путем применения малоинвазивных методик.

Материал и методы. Описание случая. Больная У.М., 55 лет (и/б № 17392/5129), 12 октября 2018 г. поступила в Наманганский филиал РНЦЭМП с жалобами на тупые боли в правой подреберной области, тошноту, рвоту, повышение температуры тела до 39–40 °С, озноб, сухость во рту и прогрессирующую общую слабость. Из анамнеза: 7.09.2018 г. в Наманганском филиале РНЦЭМП перенесла операцию аппендэктомии с тампонированием и дренированием брюшной полости по поводу острого гангренозно-перфоративного аппендицита, тифлита, осложненного местным гнойно-каловым перитонитом. Послеоперационная рана зажила вторичным натяжением. На 18-е сутки после операции (2-е сутки после выписки из стационара) у больной появились тупые боли в верхнем этаже живота, повышение температуры тела с ознобом, присоединились тошнота и рвота, прогрессирующая слабость. Из-за ухудшения состояние здоровья обратилась к нам. Объективно: общее состояние больной при поступлении тяжелое. Жалуется на боли в правом подреберье, повышение температуры тела до 39–40 °С с ознобом, тошноту, одышку, общую слабость. Кожные покровы желтоватой окраски. Склеры иктеричны. Частота дыхания – 22 в 1 мин. В легких аускультативно выслушивается ослабленное везикулярное дыхание. Перкуторно отмечается легочной звук. Тоны сердца ритмичные, глухие, АД – 130/70 мм рт.ст., пульс – 120 в минуту. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот симметричный, умеренно вздут, правая половина пассивно участвует в акте дыхания. Пальпация в правой подреберной области болезненная. Симптом Щеткина–Блюмберга отрицательный. Печень выступает из реберной дуги на 4–5 см, селезенка не пальпируется. Выслушивается вялая перистальтика кишечника. В динамике отмечается уменьшение количества мочи темно-желтого цвета. УЗИ № 16235: печень резко увеличена, правая доля – 190 мм, левая доля – 98 мм, внутрипеченочные протоки не расширены, на проекции 4–5–6–7–8 сегментов отмечается жидкостьсодержащее образование (с гиперэхогенными массами) неправильной формы, с неровными, нечеткими контурами размерами 181×160 мм. Желчный пузырь – 85×43 мм, просвет эхопрозрачен, холедох – 5 мм, воротная вена – 7 мм, нижняя полая вена – 16 мм. Селезенка не увеличена. В правой плевральной полости – небольшое количество жидкости.

Вывод.Объемное образование печени (абсцесс печени). Гидроторакс справа. Общий анализ крови: Нв – 88 г/л; э. – $3{,}31\times10^{12}$/л; цв. пок. – 0,8%; л. – $10{,}2\times10^{9}$/л; п. 4%; с. 70%; лимф. – 16%; мон. – 8%; СОЭ 11 мм/ч. МСКТ №1683 от 13.10.2018 г. на проекции 4–5–6–7–8 сегментов печени отмечается полость, содержащая субстрат плотностью от +5,0 до +55,0 ед. Н с наличием пузырьков воздуха. Контуры четкие, неровные. Вывод: жидкостное образование 4–5–6–7–8 сегментов печени, правосторонний выпотной плеврит. После консилиума был установлен следующий диагноз: Основной: Абсцесс печени (бактериальный). Состояние после аппендэктомии (35-е сутки) по поводу острого гангренозно-перфоративного аппендицита, тифлита. Осложнение: Сепсис. Септический шок II ст. Острая печеночно-почечная недостаточность. Сопутствующий: Правосторонний экссудативный плеврит.

Результаты и обсуждение. По решению консилиума под местной анестезией выполнено пункционное дренирование абсцесса печени под контролем ЭОП. Введен катетер 8 fr. по передней аксиллярной линии на уровне X–XI межреберья справа в полость гнойника 6–7 сегментов печени и одномоментно выпущено 550 мл густого зловонного гноя с детритом. Далее по передней аксиллярной линии в IX–X межреберье справа на уровне 7–8 сегментов печениустановлен второй дренаж 10 fr. для проточного и фракционного лаважа полости абсцесса печени. За сутки после дренирования полости абсцесса по дренажу выделилась 850 мл гноя с ихорозным запахом. В дальнейшем в течение 7 дней проводился проточный лаваж полости абсцесса антисептиками (фурацилин, декасан в количестве 200 мл и 400 мл, с последующем введением через дренаж подогретой до 38°С мази левомеколь). При контрольном УЗИ: На проекции 7 сегмента печени визуализируется гиперэхогенная зона размерами 34×26 мм с дорсальным усилением эхогенности (место абсцесса). На 15-е сутки после операции больная выписана на амбулаторное лечение по месту жительства в удовлетворительном состоянии. При контрольном осмотре через 3 года состояние удовлетворительное. Жалоб не предъявляет.

Выводы. Применение в лечении абсцессов печени малоинвазивных вмешательств под контролем ЭОП высокоэффективно, позволяет достичь

полного выздоровления этой тяжелой категории больных без применения традиционного хирургического вмешательства.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Н.Б. Исхаков, Б.Р. Исхаков, Ш.Б. Исабаев, Ш.М. Саидметов, Б.Н. Курбанбаев

Наманганский филиал РНЦЭМП

В последнее время большое внимание привлекает проблема лапароскопических операций у больных со спаечным процессом в брюшной полости. За последние 11 лет в Наманганском филиале РНЦЭМП находились 1379 пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН). Пациентов женского пола было 785 (56,9%), мужчин – 594 (43,1%).

Диагностика основывалась на клинических данных, результатах ультразвукового и рентгенологического исследований, лапароскопии. Консервативная терапия оказалась эффективной у 568 (41,2%) больных, оперировано 811 (58,8%).

С клинико-рентгенологическими признаками острой спаечной кишечной непроходимости традиционная лапаротомия выполнена у 690 (85,1%) больных.

Лапароскопический способ применен у 121 (14,9%) больного. Возраст больных – от 10 до 72 лет. В анамнезе больные перенесли аппендэктомию разрезом по Волковичу–Дьяконову (52), доступом Ленандера (5), нижнесрединную лапаротомию по поводу гинекологической патологии (41). По две и три операции на верхних и нижних этажах брюшной полости перенесли 23 больных.

Наиболее ответственным этапом лапароскопии у этой категории больных являлось введение первого троакара и наложение карбоксиперитонеума. У больных, ранее оперированных средне-срединным лапаротомным доступом, с высокой вероятностью спаечного процесса введение первого троакара проводилось методом открытой лапароскопии (методика Хассана), при его использовании повреждений органов брюшной полости не отмечено.

Лапароскопический адгезиолизис успешно был выполнен 89 (73,5%) больным. На диагностическом этапе лапароскопии были выявлены: 1–2 висцеро-висцеральные и висцеро-париетальные шнуровидные тяжи, ущемляющие кишечную петлю у 44 пациентов, ущемление кишечной петли фиксированным сальником – у 21, заворот петли тонкого кишечника фиксированной спайкой – у 17, конгломерат, состоящий из спаянных между собой кишечных петель – у 7.

Лапароскопический адгезиолизис заключался в рассечении и иссечении спаек биполярным электродом или ножницами. После устранения причин кишечной непроходимости провели ревизию тонкого кишечника, перебирая каждую петлю двумя мягкими зажимами. В большинстве случаев операцию завершили промыванием брюшной полости дистиллированной водой и оставлением контрольной трубки в малом тазу.

Причиной конверсии у 33 (28%) пациентов явился некроз петли кишечника (9), кровотечение из рассеченных спаек (1), сомнение в жизнеспособности ущемленной петли (7), подозрение на обтурационную толстокишечную непроходимость кишечника (2) и массивный спаечный конгломерат петли кишок (13), отчего лапароскопически расправить не представилось возможным.

Интраоперационное осложнение отмечено у одного пациента и своевременно выполнена конверсионная лапаротомия, ушивание дефекта тонкого кишечника.

Релапароскопия по поводу внутрибрюшных осложнений в ближайшем послеоперационном периоде была проведена у 5 больных (вялотекущий послеоперационный перитонит – 3, воспалительный инфильтрат – 2). Этим больным выполнена видеолапароскопическая санация и дренирование брюшной полости.

Нагноение троакарной раны было отмечено у 4 больных, эмфизема предбрюшинной клетчатки – у 3. Из числа больных, подвергнутых конверсионной лапаротомии резекцией некротизированной части тонкого кишечника, умерли 5 (0,66%) больных от тромбоэмболии легочных артерий (3), прогрессирующей полиорганной недостаточности на почве сахарного диабета, цирроза печени и ишемической болезни сердца. Средний койко-день составил 4,1 дня.

Таким образом, широкое применение видеолапароскопии при острой спаечной кишечной непроходимости позволяет уменьшить количество послеоперационных осложнений, сократить сроки пребывания больного в стационаре, обеспечить раннее восстановление физической активности и трудоспособности. Тем самым видеолапароскопия является эффективным методом профилактики рецидива спайкообразований в брюшной полости. Наиболее безопасным эндохирургическим доступом в этом случае остается открытая лапароскопия.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

Р.Н. Кадиров

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения, смертность от цирроза печени и его осложнений занимает на сегодняш-

ний день восьмое место в структуре общей летальности. Многие авторы связывают эти неблагоприятные тенденции с ростом употребления алкоголя, увеличением заболеваемости вирусным гепатитом, а также недостаточностью знаний многих вопросов патогенеза заболеваний печени в целом. Пищеводно-желудочные кровотечения, составляющие от 5 до 42% всех желудочно-кишечных кровотечений, являются одной из основных причин смерти больных с синдромом портальной гипертензии.

Реальная опасность синдрома портальной гипертензии связана с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ), так как смертность от первого эпизода кровотечения составляет 50–70%. Ещё 30–50% из оставшихся пациентов впоследствии умирают от рецидива кровотечения, так как в течение первых двух лет с момента первого эпизода геморрагии кровотечение повторяется у 100% больных. Высокий процент осложнений и низкая выживаемость больных диктуют необходимость совершенствования лечебной тактики при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода.

Цель исследования. Сравнительный анализ результатов лечения больных с варикозным пищеводно-желудочным кровотечением в условиях Самаркандского филиала республиканского научного центра экстренной медицинской помощи с использованием эндоскопических методов (ЭЛ и ЭС).

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 119 пациентов с кровотечением из варикознорасширенных вен пищевода и желудка и портальной гипертензией за период с 2021 по 2022 г. Больные были разделены на 2 группы. Основную группу составили 62 пациента, в лечении которых по экстренным показаниям использовали эндоскопические технологии – лигирование и склеротерапию. У 15 больных проводили сеансы эндоскопической склеротерапии. При этом у данных больных отмечалось ВРВ пищевода II–III степени. В качестве склерозанта использовали 3% раствор этоксисклерола. Техника склеротерапии включала пара- и интравазальное введение склерозанта. У 47 пациентов проводили сочетанное эндоскопическое лечение: первые сеансы были представлены эндоскопическим склерозированиемс последующим эндоскопическим лигированием. Группу сравнения составили 57 пациентов, которым проводили традиционное лечение, основанное на установке зонда-обтуратора, консервативной терапии и хирургических вмешательств.

Техника склеротерапии включала пара- и интравазальное введение склерозанта. За одну процедуру вводили от 2 до 8 мл, на каждый венозный ствол приходилось от 2 до 4 мл. В 47 (75,8 %) наблюдениях одновременно склерозировали 2 вены. У 15 (24 %) пациентов первично склерозировали все ВРВ (1–3 ствола). 6 (40 %) пациентам потребовались повторные (1–3) сеансы. При первом рецидиве кровотечения в стационаре выполняли срочную ЭС вены в ближайшие часы.

Метод ЭЛ использовался при ВРВ пищевода и желудка II–III степени и локализации вен выше зубчатой линии пищевода. При продолжающемся кровотечении выполнялось эндоскопическое лигирование. За один сеанс ЭЛ (в зависимости от выраженности ВРВ) накладывалось от 2 до 6 лигатур.

Отмечено преобладание пациентов класса Child-Pugh B (73,0 %) в основной группе и больных класса Child-Pugh C (20 %) в группе сравнения. Наименьшее количество пациентов оказалось в числе класса Child-Pugh A (7%).

Результаты исследования. При оценке результатов консервативного лечения в группе сравнения без использования эндоскопических технологий выявлена высокая частота развития рецидива кровотечения – 65 (36,9 %) против 6 (9,7 %) в основной группе и случаев летальности – 21 (11,9 %) против 2 (3,2 %) основной группы.

Как видно из представленных данных, использование эндоскопических вмешательств позволило достоверно чаще добиться остановки кровотечения. В основной группе, где в лечении использовались эндоскопические методы остановки кровотечений, число больных, у которых развились рецидивы кровотечения, составило 6 (9,7 %), что оказалось в 5 раз меньше, чем группе в сравнения 65 (36,9 %). Таким образом, при отсутствии эндоскопического лечения рецидивы возникали чаще. Использование эндоскопических вмешательств привело не только к уменьшению числа больных с рецидивом кровотечения, но и к снижению показателя летальности. Летальный исход в основной группе наступил в 2 (3,2 %) случаях.

Выводы:

1. Ведущим неблагоприятным прогностическим фактором у больных с варикозным кровотечением является рецидив – 9,7% в основной группе и 36,9% в группе сравнения.

2. Эндоскопические методы (ЭЛ и ЭС), выполняемые в экстренном порядке, уменьшают вероятность рецидива кровотечения с 65 (36,9%) до 6 (9,7%) и госпитальную летальность с 21 (11,9%) до 2 (3,2%).

3. ЭС и ЭЛ – методы лечения «первой линии» ввиду их малоинвазивности, высоких показателей остановки кровотечения, низкого уровня осложнений и летальности.

ПРОТЕЗИРОВАНИЕ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ИЗ Т-ОБРАЗНОГО МИНИСТЕРНОТОМНОГО ДОСТУПА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

А.Б. Каипов, А.А. Абдурахманов, Д.Б. Тохтарбаев, С.А. Турсунов, Ф.А. Маматалиев

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Введение. За последние десятилетия миниинвазивные вмешательства прочно внедрились в практику во многих кардиохирургических клиниках. Толчком к развитию миниинвазивных методов послужили работы, выполненные более 15 лет назад D. Cosgrove. Представляем случай выполнения операции протезирование аортального клапана с механическим клапаном из Т-образной министернотомии в отделении кардиохирургии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Цель. Продемонстрировать успешное применение операций протезирования аортального клапана из миниинвазивного доступа.

Клиническое наблюдение. Пациент А.Б., 1976 г.р., поступил в кардиохирургическое отделение 04.05.2023 г. с жалобами на одышку при умеренной физической нагрузке, общую слабость, головокружение, дискомфорт в области сердца. При аускультации выслушивается систолический шум и ослабление II тона во втором межреберье справа от грудины. Эхокардиография: конечный диастолический размер – 5,7 см, конечный систолический размер – 3,7 см, межжелудочковая перегородка – 1,13 см, задняя стенка левого желудоча – 1,18 см, конечный диастолический объем – 163, конечный систолический объем – 59, ударный объем – 104, фракция выброса – 63%. Двухстворчатый аортальный клапан. Недостаточность аортального клапана II–III ст. Дилатация левых камер сердца. Гипертрофия левого желудочка по 1 типу. На основании полученных данных поставлен диагноз: врожденный порок сердца; двустворчатый аортальный клапан, недостаточность аортального клапана III степени. Больному в экстренном порядке выполнена операция: протезирование аортального клапана механическим протезом № 21 (Medtronic) в условиях искусственного кровообращения и кардиоплегии через Т-образный гемистернотомный доступ до 3 межреберья. Продолжительность операции – 235 мин, время искусственного кровообращения – 125 мин, время кардиоплегии – 100 мин, потеря крови – 300 мл.

Результаты. Больному в послеоперационном периоде проведены стандартные клинико-лабораторные и инструментальные исследования. Заключение: двустворчатый аортальный клапан с недостаточностью 1 ст.; дилатация левых камер сердца; гипертрофия левого желудочка по 1 типу. Послеоперационый период протекал без клапанзависимых осложнений, пациент выписан на 6-е сутки после операции. Рекомендована пожизненная терапия антагонистами витамина К (варфарин) с контролем целевого международного нормализованного отношения (МНО) 2–3.

Вывод. Т-образная гемистернотомия в послеоперационном периоде обеспечивает раннюю активацию, хороший косметический эффект, относительно короткий период реабилитации и нетрудоспособности, по эффективности не уступает классической стернотомии.

ЛАПАРОСКОПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

С.Ж. Камолов, Б.А. Янгиев, Ф.Ш. Мавлянов

Самаркандский филиал РНЦЭМП

В настоящее время острый панкреатит (ОП)занимает третьеместо в списке заболеваний «острого живота» и составляет 12,5% всей острой хирургической абдоминальной патологии, второе место по общему количеству дней госпитализации и пятое место по количеству внутрибольничных смертей, что показывает важность точных и актуальных знаний про это заболевание.

Цель исследования. Провести анализ эффективности применения различных методов оперативных вмешательств в комплексном лечении тяжелого острого панкреатита.

Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 74 пациентов с тяжелым острым панкреатитом за период с 2015 по 2021 г., которые находились на стационарном лечении в отделениях экстренной хирургии № 1 и № 2 Самаркандского филиала РНЦЭМП. В состав контрольной группы вошли 38 пациентов с тяжелым острым панкреатитом, которым выполнялись различные виды открытых оперативных вмешательств. В первые сутки с момента начала заболевания поступили 16 (21,6%) пациентов, большинство пациентов – 58 (78,4%) были госпитализированы более чем через сутки от начала заболевания. Диагноз тяжелого острого панкреатита ставился на основании изучения анамнеза и осмотра больного, клинических симптомов, а также данных лабораторных и инструментальных методов диагностики. Лабораторные методы диагностики тяжелого острого панкреатита включали показатели гемоглобина, гематокрита, количество эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов периферической крови, глюкозы и диастаза крови, креатинина, мочевины и остаточного азота сыворотки крови. При билиарных формах тяжелого острого панкреатита применялась ЭРПХГ.

Для объективизации оценки тяжести состояния больных в послеоперационном периоде нами были использованы следующие лабораторно-физиологические параметры: прогрессирование или регрессирование синдрома системной воспалительной реакции (SIRS-systemic inflammatory response syndrome), уровень pO_2, нейтрофильно-лимфоцитарный коэффициент (NLR), а также интегральные шкалы оценки тяжести Ranson, APACHE-II и BISAP.

Результаты исследования и обсуждение. Консервативная терапия острого панкреатита включала в себя купирование болевого синдрома, инфузионную терапию (преимущественно кристаллоиды, ориентир 7–10 мл/кг/ч), блокаду секреторной функции поджелудочной железы, ингибирование биологически активных веществ, подавление секреции желудка, антибактериальную терапию, спазмолитики, антикоагулянты, а также коррекцию метаболических нарушений. Открытые операции, без применения эндовидеохирургических методов, были выполнены 38 больным с тяжелым острым панкреатитом. Лапаротомным доступом были выполнены следующие оперативные вмешательства: некрсеквестрэктомия, дренирование сальниковой сумки, вскрытие и дренирование абсцессов (или флегмон) забрюшинной клетчатки, холецистэктомия с дренированием холедоха или холецистостомия, санация и дренирование брюшной полости. У 6 (8,1%) пациентов панкреонекроз выявлен после лапаротомии, произведенной по поводу распространённого перитонита.

Эндовидеохирургические методы оперативного вмешательства проведены 36 (48,6%) из 74 больных с тяжелым острым панкреатитом, все операции проведены на ранних стадиях заболевания. Пациентам проводились такие оперативные вмешательства, как лапароскопия, санация и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости, лапароскопическая холецистэктомия. Дренажные трубки из брюшной полости удалялись на 2–3 сутки после прекращения выделения экссудативной жидкости.

Продолжительность лечения при использовании эндовидеохирургических методов составила 17,3 койко-дня, летальность – 13,8%, а при открытых операциях – 28,6 койко-дня, летальность – 21,5%. Причиной смерти у одного пациента являлась острая сердечно-сосудистая недостаточность, возникшая у больного старческого возраста. Также следует отметить, что все умершие больные поступили в стационар позднее 36 часов от начала заболевания, тяжесть состояния этих больных на момент госпитализации превышала 20 баллов по шкале APACHE-II и 4 балла по BISAP.

Таким образом, результаты нашего исследования подтверждают эффективность современных лапароскопических методов оперативного лечения тяжелого острого панкреатита, их применение позволяет уменьшить количество осложнений с 36,4% до 28,6% ($p<0,05$) и снизить послеоперационную летальность с 21,5% до 13,8% ($p<0,05$).

Выводы:

1. Применение лапароскопических методов оперативного лечения в комплексе с консервативной терапией обеспечивает раннюю эвакуацию токсических продуктов, содержащихся в жидкостных скоплениях, что способствует предупреждению полиорганной недостаточности и приводит к сокращению сроков лечения, снижениюколичества послеоперационных осложнений и летальности у пациентов с тяжелым острым панкреатитом.

2. Методом выбора при лечении тяжелого острого панкреатита в ранней стадии заболевания (ферментативная и реактивная фазы) является лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ И МСКТ-ИССЛЕДОВАНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ АТИПИЧНЫХ И РЕДКИХ ФОРМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Д.Р. Каримов[1], Ф.А. Хаджибаев[1,2], Р.З. Мадиев[1,2], Ш.Э. Баймурадов[1]

[1]Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан
[2]Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

В течение многих лет диагностика острого аппендицита (ОА) и особенно его атипичных и редких форм является поводом для широкого обсуждения абдоминальных хирургов. Клинико-лабораторная диагностика приводит к росту частоты осложненных форм (32,6–43%), запоздалым операциям (25–30%), послеоперационным осложнениям (4,2–16,2%) и летальным исходам (0,7–1,4%). Тем временем в 35–40% случаях она является причиной «напрасных» аппендэктомий. Поэтому применение неинвазивных методов – УЗИ и МСКТ – для диагностики ОА сегодня является актуальной задачей.

Материалы и методы. В РНЦЭМП за период с 2020 по 2022 год с подозрением на атипичные и редкие формы ОА находились 122 больных. Средний возраст пациентов составил 28,12+4,76 года. Мужчин было 78 (64%), женщин – 44 (36%). В лечебно-диагностическом процессе нами были использованы диагностическая шкала острого аппендицита (ДШОА) Alvarado (1986 г.), УЗИ и МСКТ брюшной полости. Среди обследованных больных у 83 (68,0%) больных выполнено УЗИ, у 27 (22,1%) – МСКТ. УЗИ проводили по стандартной методике Puylaert (1986 г.). МСКТ производили на аппарате PHILIPS по стандартной технике.

Признаками ОА на УЗИ считали диаметр отростка > 6 мм, толщину стенки более 2 мм, максимальную боль над аппендиксом, гиперэхогенную периаппендикулярную ткань, а на МСКТ – увеличение диаметра отростка более 7 мм, толщину стенки более 2 мм, утолщение стенки слепой кишки, инфильтрат периаппендикулярной жировой клетчатки.

Результаты и их обсуждение. Согласно ДШОА Alvarado, больные были распределены на 3 подгруппы. У 21 (17,2%) больного первой подгруппы с набором баллов 1–4 (ОА маловероятен) по ДШОА проводилось динамическое наблюдение в течение 6–8 часов, с повторным подсчетом баллов. У 9 (43%) пациентов возникло подозрение на ОА (5–8 баллов) (подозрение на ОА, и он вероятен), им было выполнено УЗИ червеобразного отростка (ЧО). При этом признаки ОА выявлены у 7 (77,7%) больных, у 2 (22,3%) исключены. В последующем диагноз подтвержден при ВЛС.

Во вторую подгруппу вошли 64 (52,4%) больных, у которых, по данным ДШОА, набор баллов составил 5–8 баллов. Им было выполнено УЗИ ЧО. При этом УЗ-признаки ОА выявлены у 46 (72,0%) больных, у 15 (23,4%) получены неоднозначные результаты. У 3 (4,6%) – другая патология в брюшной полости: апоплексия яичников – у 2, внематочная беременность – у 1 больной.

В указанных подгруппах всего у 73 (59,8%) больных применялся УЗИ ЧО, из них у 53 (72,6%) диагноз подтвержден. У 17 больных первой и второй подгрупп с неоднозначными результатами УЗИ во вторую очередь выполнялось МСКТ брюшной полости. При этому 15 (88,2%) пациентов выявлены атипичные формы ОА, а у 2 (11,8%) – другие сопутствующие заболевания.

Больных 3 подгруппы было 37 (30,3%). У пациентов с баллом 9 и более по ДШОА (9–10 – ОА весьма вероятен) ложноотрицательный результат УЗИ может повлиять на тактику введения, затягивать оперативное лечение и повышать риск перфорации. Поэтому мы в этой подгруппе УЗИ ЧО не проводили. Им была рекомендована ВЛС.

У 10 больных 3 подгруппы УЗИ и МСКТ применялись при подозрении на осложнения ОА: аппендикулярный инфильтрат (3), аппендикулярные (2) и периаппендикулярные абсцессы (5). Всего у 25 (92,5%) больных на МСКТ подтверждено наличие деструктивных и осложненных форм острого атипичного аппендицита.

При выявленных на УЗИ и МСКТ признаках ОА при ВЛС обнаружены различные виды атипичных форм ОА: ретроцекальное расположение – у 53 (63,9%), медиальное – у 11 (13,3%), тазовое – у 10 (12,0%), ретроперитонеальное – у 5 (6,0%), подпечёночное – у 4 (4,8%) пациентов.

Вывод. Таким образом, применение УЗИ и МСКТ для диагностики атипичных и редких форм ОА позволяет устанавливать правильный диагноз в 76% и 92,5% случаев соответственно, а в 25% случаев – предотвратить «напрасную» аппендэктомию.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ ПОДХОДОВ В ХИРУРГИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

М.Р. Каримов, Ж.Р. Асатуллаев, Ж.Ш. Абдукаримов, Ш.Ш. Шамшиддинов

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с острым панкреатитом путем усовершенствования тактических подходов в лечении острого панкреатита.

Материал исследования. Анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 142 пациентов с деструктивными формами острого панкреатита. 64 больных составили группу сравнения, которым проведено традиционное лечение; 78 пациентов составили основную клиническую группу, у которых комплекс лечебных мероприятий осуществлялся согласно нашим разработкам.

Результаты исследования. Традиционное лечение панкреонекроза показало, что в контрольной группе 25,0% больных были оперированы, а общая летальность составила 12,5%. Проведенный критический анализ неудовлетворительных результатов традиционного лечения позволил определить ряд причин:

1. Согласно классификации Атланта-92, которая отражает морфологические процессы, происходящие в поджелудочной железе (ПЖ), при отечном панкреатите и стерильном панкреонекрозе проводится консервативная терапия, при инфицированном панкреонекрозе – хирургическое лечение. Согласно классификации Филина В.И., которая отражает фазы клинического течения заболевания, в ферментативной и реактивной фазах проводится консервативная теорапия, в фазе секвестрации – хирургическое лечение. Однако между этими классификациями не указана имеющаяся взаимосвязь, которая присутствует в каждом случае развития острого панкреатита (ОП) и в зависимости от их взаимосвязи должна меняться лечебная тактика.

2. В проведенных ранее нами исследованиях показано, что инфицированный панкренекроз имеет две формы – инфильтративную (когда показано консервативное лечение) и секвестрированную (когда показано оперативное лечение). Необходимо отметить, что аналогичная тенденция отмечается и при стерильном панкреонекрозе.

3. Согласно классификации Филина В.И., различают ферментативную, реактивную фазы и фазу секвестрации. При ферментативной и реактивной фазах заболевания тактика идентичная. Учитывая данный факт, многие исследователи в настоящее время выделяют раннюю и позднюю фазы заболевания. Разработка лечебного алгоритма с по-

добным делением фаз заболевания позволит упростить и повысить практичность предлагаемой схемы в лечебной тактике.

4. Анализ клинических случаев трансформация отечного панкреатита в панкреонекроз, стерильного панкреонекроза в инфицированный показал, что из 13 случаев трансформаций в 12 наблюдениях этот процесс наступил при явлениях билиарной гипертензии, что обосновывает необходимость проведения декомпрессии билиарной системы.

5. Низкая клиническая эффективность используемых антисептических средств ввиду высокой патогенности микрофлоры, вызывающей инфицированный панкреонекроз.

Учитывая вышезложенные недостатки, нами определена взаимосвязь между морфологическими формами и фазами заболевания; обоснована необходимость чрескожных антеградных эндобилиарных вмешательств в лечении острого панкреатита, разработан новый способ санации патологического очага при панкреонекрозе.

Заключение. Оптимизированная лечебная тактика способствовала достоверному уменьшению удельного веса хирургических вмешательств в лечении панкреонекроза с 25,0% до 11,5% и снижению показателя летальности с 12,5% до 6,4%.

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

А.М. Карлыбаев, Е.К. Калмурзаев, М.Н. Медетбеков

Каракалпакский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Лапароскопическое ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки является современным методом хирургического лечения, который предлагает меньшую инвазивность, быстрое восстановление и благоприятные результаты для пациентов.

Целью данного исследования является описание первого опыта лапароскопического ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки в Каракалпакском филиале РНЦЭМ.

Материал и методы. Пациент Ж.А., 29 лет (ИБ №8736/1751), поступил с жалобами на острую боль в верхней части живота, рвоту и общую слабость. Были проведены обследования, включая клинический осмотр, лабораторные исследования, а также инструментальные методы исследования (рентгенография и фиброгастродуоденоскопия). В результате обследовании у пациента была подтверждена перфорация язвы двенадцатиперстной кишки. Учитывая стабильное состояние пациента и отсутствие признаков обширного перитонита, малоинвазивное лапароскопическое ушивание перфорации было выбрано в качестве метода лечения.

Результаты. После 2-х кратной обработки операционного поля 1% раствором йодоната, произведено формирование пневмоперитонеума с использованием CO2, объемом около 3 литров. Для этого в точке Калька над пупком введена игла Вереша. В операционную полость введен троакар с видеосистемой под контролем оптики. В левой подреберной области введен 11-миллиметровый троакар, а в правой подреберной области – один 5-миллиметровый троакар.

В брюшной полости обнаружено наличие около 80 мл серозной жидкости в правом боковом канале и субпечени. Жидкость была отсосана. При осмотре желудка было обнаружено его слабое расширение. На переднебоковой стенке двенадцатиперстной кишки обнаружен участок, покрытый фибринными налетами, который был разъединен тупым способом. На этом участке выявлен язвенный инфильтрат размером 1,5×1,5 см с перфорационным отверстием размерами 0,8×0,8 см, покрытым тонким фибринным налетом. Фибринный налет был удален, и было обнаружено полное перфорирование с выделением содержимого желудка и двенадцатиперстной кишки. Для декомпрессии введен назогастродуоденальный зонд, а перфорационное отверстие было ушито интракорпорально двухрядными узловыми швами.

Брюшная полость была промыта теплым 0,9% физиологическим раствором и осушена. Субпеченочная область была дренирована, и конец дренажной трубки был выведен в правую боковую область через контрапертуры. При дальнейшей ревизии было обнаружено, что тонкая и толстая кишки расширены, но других патологий в органах брюшной полости не выявлено. После завершения операции операционная рана была тщательно ушита слоями. Швы были нанесены на кожу и наложена асептическая повязка.

Послеоперационный период у пациента прошел без осложнений. На 6-й день после операции пациент был выписан с рекомендациями о дальнейшем наблюдении. Важными аспектами в плане восстановления являются рациональное питание, прием противоязвенных препаратов и контрольные обследования. Эти меры помогут обеспечить успешное и стабильное восстановление после лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки.

Вывод. Опыт и результат данного лапароскопического ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки показывает высокую эффективность лапароскопической хирургии в области оказания экстренной медицинской помощи и могут быть полезными для будущих клинических случаев.

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

К.С. Маматов, А.А. Азимов, Ю.Р. Маликов

Навоийский филиал РНЦЭМП

В период с 2003 года по 2023 год в Навоийском филиале РНЦЭМП на лечении находились 127 больных с тяжелыми сочетанными травмами грудной клетки. Мужчин было 79 (62,2%), женщин – 48 (37,8%), средний возраст больных составил 41,4 года.

Больные с черепно-мозговой травмой и травмами грудной клетки диагностированы в 34 (27%) случаях, с повреждениями костей верхних и нижних конечностей – в 21 (16,5%), с травмами грудной клетки и живота – в 13 (10,2%) случаях.

Больных с повреждением костного каркаса грудной клетки, то есть с переломами ребер, было 59 (46,4%).

С целью уточнения диагноза и выбора хирургической тактики лечения 81 (63,7%) больному выполнена видеоторакоскопия с использованием набора инструментов фирмы «KARLSTORZ» (Германия). Из числа выполненных видеоторакоскопий (81) повреждение легкого диагностировано у 17 (20,9%), им произведено торакоскопическое ушивание ткани легкого, санация и дренирование плевральной полости. У 36 (44,4%) больных выявлено повреждение париетальной плевры и межреберных сосудов с явлением гемоторакса, кровотечение было остановлено диатермокоагуляцией. 27 (34,5%) больным выполнено удаление сгустков крови. Интраоперационные осложнения наблюдались у одного пациента в виде подкожной эмфиземы, которая не потребовала каких-либо дополнительных оперативных вмешательств.

Таким образом, применение видеоторакоскопии в ургентной торакальной хирургии больным с сочетанными травмами грудной клетки играет значительную роль в определении дальнейшего тактического плана ведения больных, уменьшает количество диагностических ошибок и во многих случаях предотвращает необоснованную торакотомию.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЧЕК

У.М. Маткаримов, Н.И. Махмудов, И.М. Акбаров

Ферганский филиал РНЦЭМП

Проблема диагностики и определения тактики лечения больных с повреждениями почек является одной из важных в ургентной урологии. У таких больных в раннем периоде после получения травмы заболевание нередко протекает в стёртой форме.

Следовательно, ранняя диагностика повреждений почек особенно актуальна с целью определения тактики лечения больных.

Нами изучены и проанализированы больные, поступившие в экстренное отделение с повреждениями почек. Так, в 2022 году в урологическое отделение поступили 1806 больных с различными урологическими патологиями, из них 24 (1,3%) – с повреждением почек различной степени. Структура больных показала, что повреждения капсулы и лоханок наблюдались у 6 (25%), с повреждением капсулы без вовлечения лоханки – у 1 (4%), подкапсульная гематома – у 14 (58%) и размозжение почек – в 3(13%) случаях.

Во всех наблюдениях в анамнезе отмечалась травма, и все больные были мужского пола.

При поступлении в диагностическое отделении и в отделение экстренной урологии больные обследованы общепринятой методикой по стандарту – с применением УЗИ и экскреторной урографии на фоне противошоковой и симптоматической терапии.

Результаты анализа прошедших больных с повреждением почек показали, что у двух больных стёртое течение клинической картины привело к позднему обращению. Так, на 7 сутки после получения травмы поступил мужчина 35 лет, а на 3 сутки – мужчина 17 лет.

Один больной, которому установлен предварительный диагноз – карбункул почки, – госпитализирован на 17 сутки после получения травмы.

Следует отметить, что из общего числа больных с повреждением почек в 7(29%) случаях положительный эффект получен после консервативных мер. Нефрэктомия выполнена в 3 (15%) случаях, а в остальных 12 (50%) случаях выполнено удаление гематомы, ушивание раны капсулы почек. Во всех случаях операция заканчивалась дренированием паранефральной клечатки.

У троих больных с поздним обращением клиническая картина проявилась схожей с острым перитонитом, что привело в 1 (4%) случае к диагностической лапаротомии и в 2 (8%) случаях – к диагностической лапароскопии. Таким образом, необходимо шире применять лапароскопию в диагностике повреждений почек. При установлении разрыва паренхимы с капсулой почки необходимо незамедлительно решать в пользу экстренной операции.

IMPROVEMENT OF DIAGNOSIS AND TREATMENT TACTICS IN ACUTE PANCREATITIS ON THE BACKGROUND OF CHRONIC DIFFUSED LIVER DISEASES

Mirzaev V.I., Ganjiev F.Kh, Khamroyev Kh.N.

Bukhara branch of the Republican scientific center of emergency medical care, Bukhara, Republic of Uzbekistan.

Relevance of the topic: Despite defenses of candidacy and doctor's dissertations devoted to acute inflammation of the pancreas every year and many ongoing scientific researches, acute pancreatitis still remains relevant. The increasing rate of polyorgan failure and death in postoperative and purulent necrotic complications in destructive types of acute pancreatitis indicates that conventional treatment methods are insufficiently satisfactory. Acute pancreatitis is a complex disease, the pathological process is not limited to the pancreas, and in many cases it is multisystemic. According to some scientists, in the last 30 years, the growth rate of acute pancreatitis diseases has been observed twice and more. In the necrotic type of acute pancreatitis, in 40-70% of cases, as a result of the addition of endogenous infection to the necrotic process, a necrotic-inflammatory process develops in the pancreas and surrounding tissues, and this condition leads to infectious-toxic shock and later to septic polyorgan failure. In such cases, the result ends with death up to 85%.

Research materials and methods: The research case is based on the analysis of 84 patients undergoing inpatient treatment in the 1st and 2nd surgical departments of the Bukhara branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medicine during 2018-2022.

To divide patients according to age, the classification of age groups adopted by the 1962 Kiev Symposium and the Regional Workshop of the Bureau of the World Health Organization (Kiev, 1963) was used. According to this classification, persons up to 14 years of age were included in the children's group, 15-29-year-olds were teenagers, 30-44-year-olds were young, 45-59-year-olds were middle-aged (adults), 60-74-year-olds and 75-90-year-olds were in the elderly group, 90 older people are included in the group of long-lived people (V.V. Frol'kis, 1970). We conducted a comparative analysis of patients in two groups. The first group consisted of 44 people who were infected with O'P and JSDK (the main group). The second (control) group consisted of 40 people who were infected with OP, although there were no signs of liver pathology.

Classification of patients according to the diagnosis of chronic diffuse liver disease acute pancreatitis: in the main group, JSDK + inflammatory (interstitial) pancreatitis (IP) disease was observed more often in 27 (61%), JSDK + sterile pancreonecrosis (SPN) in 14 (32%) people, JSDK + infected Pancreonecrosis was observed in 3 (7%) people. It is known that JSDK occurs in most cases in older people, especially at this age IP and SPN are observed more and more.

It was found that in all age groups, from 30 to 74 years, if JSDK comes together with OP, its gender difference was not found.

Research results: In order to determine the clinical features of OP progression in patients with diffuse liver disease, a comparative analysis of clinical indicators with indicators in patients with OP and without liver pathology was carried out. For this purpose, we studied the results of clinical, biochemical and instrumental examinations in 40 patients with OP without liver pathology. 22 of them are women and 18 are men, their age is 29-73.

It was found that patients with JSDK and O'P have pain in the abdomen, especially in the area of the epigastrium under the ribs, vomiting, general weakness, as well as signs of endogenous intoxication (dry mouth, hyperthermia, tachycardia, etc.). The long-term latent nature of JSDK makes it difficult to determine the actual duration of the disease. In the analyzed group, the range of symptoms that determine the disease was quite wide, they were observed from simple weakness to profuse gastrointestinal bleeding, therefore, the duration of the disease history was very different from each other. The average duration of anamnesis was 3.2 years. The main complaints during hospitalization are shown in table 2.4.

Anterior abdominal wall venous enhancement was observed in 11 (25%) patients who came to the hospital. In 32 (72%) patients, an increase in the size of the liver was observed on palpation. Splenomegaly, on the other hand, was observed more often in patients. This symptom is one of the most important and significant signs in the diagnosis of JSDK. Splenomegaly was diagnosed in 14 (32%) patients. Palpable splenomegaly was observed in 9 (20.5%) and sonographic splenomegaly in 16 (100%) patients.

Conclusion: examination of hospitalized patients with acute pancreatitis against the background of JSDK should be carried out in the following direction, that is, to determine the nature of inflammation of the pancreas and the degree of inflammation of the liver parenchyma.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ДЕСТРУКТИВНОМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Т.Я. Мусоев, Л.Р. Кенжаев, Ш.М. Абдурахманов

Бухарский филиал РНЦЭМП

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) в настоящее время стала «золотым стандартом» в лечении заболеваний желчного пузыря. Быстрое вос-

становление больных после ЛХЭ было обусловлено малыми размерами операционных ран, уменьшением количества осложнений и ранней активизацией больных. Сейчас ЛХЭ технически выполнима у большинства больных с острым холециститом и его осложнениями. Трудности могут быть обусловлены выраженным спаечным процессом желчного пузыря с окружающими органами и трудностями идентификации.

Материалы и методы. В Бухарском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи с 2020 по 2022 год находились 135 больных с острым деструктивным холециститом, у которых выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Из 135 больных, которым была выполнена лапароскопическая холецистэктомия, женщин было 70,9%, мужчин – 29,1%. Средний возраст больных составил 68 лет.

В зависимости от сроков выполнения лапароскопической холецистэктомии (до 24 часов; от 28 до 72 часов; более 3 суток от момента заболевания) все больные были разделены на 3 группы.

В первую группу вошли 67 (49,6%) больных, которым лапароскопическая холецистэктомия была выполнена в срок до 24 часов с момента заболевания, и показанием к оперативному вмешательству послужило отсутствие эффекта от консервативной терапии. Во вторую группу – 39 (28,9%) больных, оперированных в срочном порядке, у которых впервые 24–72 часа от момента заболевания сохранялась окклюзия желчного пузыря, независимо от клинической картины. В третью группу вошли 29 (21,5%) больных, оперированных в отсроченном порядке, после проведения курса консервативной терапии.

Результаты. Проведена оценка возможности выполнения лапароскопической холецистэктомии, в зависимости от длительности заболевания.

В первую группу оперированных вошли 67 больных с длительностью заболевания к моменту операции до 24 часов, которым планировалась лапароскопическая холецистэктомия до истечения 24 часов от начала заболевания. Из них лишь у 8 больных (11,9%) пришлось прибегнуть к переходу на открытую операцию. При этом перипузырный инфильтрат как причина конверсии был у 1 больного (1,5%). Данное положение свидетельствует о том, что сроки заболевания не являются решающим фактором в определении показаний и противопоказаний к выполнению лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите.

Во второй группе больных, оперированных в течение 24–72 часов по срочным показаниям, длительность заболевания не превышала 72 часов лишь у 39 больных. У 21 (53,8%) больного длительность заболевания составила около 48 часов, у 18 (46,2%) больных – около 24 часов.

Из форм острого холецистита представлены только флегмонозные и гангренозные. Флегмонозные формы выявлены у 8 (20,5%) больных, гангренозные – у 31 (79,5%) больного.

В третьей группе больных, оперированных в отсроченном порядке, длительность заболевания превышала 72 часа. В третью группу вошли 29 больных, оперированных в отсроченном порядке, после проведения курса консервативной терапии. Катаральных форм острого холецистита не было. Флегмонозные изменения в стенке желчного пузыря были выявлены у 25 (86,2%) больных, гангренозные – у 4 (13,8%) больных. Перивезикальный абсцесс сочетался с гангренозной формой острого холецистита и был выявлен лишь у 15 (51,7%) больных.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что наилучшие результаты были у больных, оперированных до 24 часов от момента заболевания (1-я группа). Самые неблагоприятные результаты получены во 2-й группе, у больных, оперированных на 24–72 часу от момента заболевания. Надо отметить, что у всех больных в этой группе операции носили «вынужденный» характер из-за неэффективности консервативного лечения и нарастания клинической картины заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭРПХГ И ЭПСТ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Т.Я. Мусоев, У.О. Абидов,
А.А. Хайдаров, Л.Р. Кенжаев

Бухарский филиал РНЦЭМП,
Узбекистан

Актуальность. Одной из основных и труднораз-решимых проблем хирургии до сегодняшнего дня остаются вопросы диагностики и лечения синдрома механической желтухи (МЖ). В последние годы отмечена тенденция увеличения количества больных с механической желтухой, которая остается важной медико-социальной проблемой во всем мире.

Цели и задачи. Оценить эффективность эндоскопических методов диагностики, лечения больных механической желтухой и нозологическую структуру заболевания.

Материалы и методы. Работа основана на анализе результатов лечения 2970 больных механической желтухой (МЖ), находившихся на лечении в отделениях I и II экстренной хирургии, эндоскопического кабинета при Бухарском филиале РНЦЭМП с 2010 по 2022 г. В целом наблюдается рост числа госпитализированных, причём более выраженный в группе больных с опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны. Больные госпитализированы в экстренном порядке, также госпитализированы больные, переведённые из онкоцентра, субфилиалов и близлежащих областей с данной патологией. Необходимо отметить позднюю обращаемость больных в стационар. Мужчин было 1351 (46,2%), женщин – 1619 (53,8%).

Результаты и обсуждение. Причинами механической желтухи у 75,8% (n=2251) больных были доброкачественные заболевания, у 24,2% (n=719) – злокачественные. Отмечено увеличение частоты злокачественных новообразований гепатопанкреатодуоденальной зоны с 2010 по 2022 год. Среди злокачественных новообразований характерно увеличения опухоли ПЖ в динамике.

За период 2010 по 2022 год в Бухарском филиале РНЦЭМП произведены 2964 ЭРПХГ и 2747 ЭПСТ. По результатам ЭРПХГ, причинами механической желтухи явились: холедохолитиаз – у 1977 (в том числе и резидуальный холедохолитиаз), опухоль большого дуоденального сосочка (БДС) – у 129 больных, опухоль головки поджелудочной железы – у 365 и стриктуры терминального отдела холедоха – у 76 больных; опухоли ворот печени, метастазы в печень из других локализаций опухолей и сужение ОЖП вследствие перихоледохеальной ЛАП – у 138 больных, прорвавшаяся эхинококковая киста печени в общий желчный проток – у 126 больных, гепатикофасциола – у 3 больных, синдром Мириззи (СМ) – у 15; киста холедоха – у 3, причина не МЖ (ХАГ, ЦП и т.д.) – 66 больных.

Эндоскопическую палиллосфинктеротомию (ЭПСТ) удалось выполнить у 2747 (97%) больных. Литоэкстракцию камней из ОЖП удалось выполнить у 1842 (93,2%) больных. При невозможности удаления камней из ОЖП по причине больших размеров конкрементов производили механическую литотрипсию. Удачно данная операция выполнена у 91 больного (4,6%). Неудачи механической литотрипсии были у 44 (2,2%) больных, связанные прежде всего с парапапиллярными дивертикулами и плотными камнями.

Вывод. Применение малоинвазивных вмешательств у больных с механической желтухой является обязательным условием полноценной работы современного эндоскопического кабинета. Высокая эффективность эндоскопических вмешательств обеспечивается наличием высококвалифицированных специалистов и комплексным применением эндоскопических методик с помощью современных оборудований.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Т.Я. Мусоев, Ш.М. Абдурахманов, Л.Р. Кенжаев, У.М. Эгамов

Бухарский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

В структуре осложненных форм язвенной болезни желудочно-кишечные кровотечения составляют 40–47. Отсутствие единых тактических подходов в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений до сих пор является предметом многочисленных дискуссий. Вопросы определения показаний к оперативному вмешательству, объему и времени его выполнения остаются ключевыми в тактике лечения гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии.

В Бухарском филиале РНЦЭМП принята хирургическая тактика, основанная на следующих принципах:

1. *Прогноз степени риска рецидива кровотечения*. Практически значимым является разделение на этапе медицинской сортировки всех больных с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии на 3 группы риска рецидива кровотечения. Риск рецидива оценивается исходя из клинических и эндоскопических показателей.

Риск рецидива – абсолютный при явлениях геморрагического шока, коллапса; локализации язвы крупных размеров по малой кривизне желудка, задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки; продолжающемся струйном кровотечении из крупных сосудов (FIA). Абсолютный риск рецидива кровотечения – показание к экстренной операции (не позднее 24 часов от поступления).

Риск рецидива высокий. Сопровождается кровопотерей средней степени тяжести, при отсутствии продолжающегося кровотечения и нестабильном гемостазе (FIIA–FIIC), язвы средних размеров. Необходимость операции определяется индивидуально, с учетом эффективности диатермокоагуляции.

Риск рецидива кровотечения незначительный при эндоскопически выявленном стабильном гемостазе (FIII), небольшом объеме кровопотери. Лечение – в хирургическом отделении.

2. *Приоритет эндоскопических методик гемостаза по отношению к оперативному лечению*. С этой целью широко применяем методику эндоскопической диатермокоагуляции (ДТК) источника кровотечения. Мы считаем, что попытка эндоскопического гемостаза должна применяться у всех пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями, а показания к оперативному вмешательству должны быть предельно сужены. Наш опыт показывает, что применение ДТК в качестве самостоятельного способа остановки при кровотечениях высокой интенсивности вполне оправдан, в том числе и при струйных артериальных кровотечениях (FIA) из хронических гастродуоденальных язв.

3. *Необходимость мощной, многокомпонентной антисекреторной терапии*. Одной из центральных задач в лечении желудочно-кишечных кровотечений мы считаем стойкое подавление факторов агрессии желудочной секреции. В отделении интенсивной терапии для лечения больных с абсолютным и высоким риском кровотечения предпочтение отдаем инъекционным формам препаратов. Наряду с инъекционной формой ингибиторов про-

тонной помпы – пантопрозолом в комбинации применяем Н2-блокатор – Фамотидин. Для достижения устойчивого гемостаза предпочитаем внутривенное применение Фамотидина в дозе 20 мг от двух до четырех раз в сутки. В зависимости от клинической ситуации нередко прибегаем к комбинации с сандостатином. При лечении пациентов в хирургических отделениях переходим на пероральный прием блокаторов протонной помпы.

В соответствии с приведенными тактическими принципами за последние три года метод ДТК применен у 480 больных с гастродуоденальными кровотечениями, из них 395 больным – по поводу кровотечения язвенной этиологии (82%). Эффективность метода составила 96%. Оперировано лишь 18 пациентов (3,75%).

Наш опыт показывает, что применение диатермокоагуляции в сочетании с адекватной антисекреторной медикаментозной терапией дает возможность излечить без операции 92–96% больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями и существенно снизить количество вынужденных операций.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Т.Я. Мусоев, Б.М. Аюбов

Бухарский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Цель исследования. Оценка эффективности применения малоинвазивных вмешательств при деструктивных формах панкреатита и разработка оптимальной лечебной тактики.

Материалы и методы. В основе исследования лежит опыт лечения 3335 больных острым панкреатитом. Проанализированы результаты хирургического лечения 377 (11,3%) оперированных больных панкренекрозом (ПН). В указанном интервале хирургической деятельности были выделены 2 периода: до 1999г. и с 2000г. по настоящее время. В первый период путем широкой лапаротомии с «открытым» или «закрытым» методом дренирования были прооперированы 164 (43,5%) пациента (I группа); во втором периоде из 213 (56,5%) человек (II группа) у 188 (88,3%) были применены малоинвазивные технологии вмешательства (лапароскопическим доступом – у 108 (57,1%), минилапаротомным – у 71 (37,8%) и традиционные лапаротомии – у 34 (16,8%). При выборе доступа во втором периоде работы у больных с асептическим ПН предпочитали лапароскопию (распространенный выпот), пункцию и дренирование отграниченных жидкостных скоплений (ОЖС); при инфекционных осложнениях ПН: пункцию и дренирование (ограниченное скопление гноя – нагноившееся ОЖС, нагноившаяся киста, абсцесс); минилапаротомия (при локализации гнойно-деструктивного процесса в области головки и проксимальной части тела ПЖ, гнойно-деструктивном оментобурсите) – широкую лапаротомию (строго ограниченные показания: сочетание гнойно-деструктивного процесса в забрюшинном пространстве с гнойным перитонитом, некрозом и свищами желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), кровотечение в просвет ЖКТ, в брюшную полость и забрюшинное пространство, деструктивном холецистите в сочетании с механической желтухой. В зависимости от стадии заболевания больные были разделены следующим образом: группа «А» (205 больных (54,3%)) – оперированные в стадии асептического некроза. Группа «Б» (172 больных (45,7%)) – оперированные по поводу инфицированного ПН. То есть проведенный анализ позволил выделить 4 группы больных: пролеченные до 2000 г. – группы IA (96 (25,5%) больных) и 1Б (68 (18,0%) больных), операции у всех выполнены путем широкой лапаротомии, и больные, находившиеся на лечении с 2000 г. – группы ПА (109 (28,9%) больных), ПБ (104 (27,6%) больных). Причем в группе ПА выполнено 96 (88,1%) малоинвазивных вмешательств (лапароскопий – 85, минилапаротомий – 71) и 17 (11,9%) традиционных лапаротомий, в группе ПБ – 92 (88,5%) малоинвазивных вмешательства (лапароскопия – 23) и 17 (11,5%) традиционных лапаротомий.

Результаты. Большее число ранних системных послеоперационных осложнений отмечено у пациентов IA группы – 39,6% ($p<0,05$). Развитие в целом отсроченных осложнений достоверно чаще отмечено в 1 группе (41,4% и 17,8%). У больных IA группы ранняя летальность составила 12,5%, поздняя – 18,7%. Среди пациентов 1Б группы – 7,3 и 8,8% соответственно, ПА – 7,3 и 4,5%, ПБ – 4,8 и 6,7%. Общая летальность в I группе – 25%, во II – 11,7% ($p<0,05$). При изучении связи между уровнем послеоперационной летальности и примененной хирургической технологией установлено, что в целом при остром панкреатите (тяжелый и нетяжелый панкреонекроз) статистически достоверно уменьшение летальности при применении малоинвазивных технологий (25,4% и 9,5%, $t=8,98$, $p<0,001$). При проведении статистического анализа в группе больных с тяжелым ПН с органной недостаточностью статистически достоверного различия результатов лечения в зависимости от примененной хирургической технологии и лечебного алгоритма выявлено не было (33,3% и 31,3%, $t=0,66$, $p>0,05$).

Заключение. Общая послеоперационная летальность статистически достоверно выше при применении традиционных хирургических доступов, при этом внутри этой группы достоверно более высокая летальность отмечена у больных, оперированных в фазе асептического ПН и панкреатогенного шока. При проведении статистического

анализа в группе больных с тяжелым ПН с органной недостаточностью достоверного различия результатов лечения в зависимости от примененной хирургической технологии и лечебного алгоритма не выявлено.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Т.Я. Мусоев, Б.М. Аюбов

Бухарский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Введение. Острый панкреатит (ОП) занимает одно из ведущих мест в острой хирургической патологии. У 20% пациентов с ОП развивается панкреонекроз, летальность может достигать 40% и выше. В связи с этим особенно актуальным является вопрос о наиболее эффективном методе хирургического лечения при панкреонекрозе.

Цель. Оценить возможности эндовидеохирургических вмешательств в диагностике и лечении острого деструктивного панкреатита.

Материалы и методы. В группу включены 122 пациента с острым деструктивным панкреатитом. Лечение проводилось в Бухарском филиале РНЦЭМП г. Бухара в период 2018–2022 гг.

Результаты. На ранних сроках заболевания основной целью вмешательств являлись санация и дренирование брюшной полости и ограниченных жидкостных скоплений забрюшинного пространства путем эндовидеохирургической и чрескожной пункционно-дренирующей методики как метод хирургической детоксикации. У 38 (31,1%) больных выявлен панкреонекроз. Стерильный панкреонекроз диагностирован у 20 (52,6%) больных, инфицированный панкреонекроз – у 18 (47,4%) больных. Также встречались алиментарный – 14,5% (18 больных) и посттравматический – 5,7% (7 больных) панкреатит. У 5 (4,0%) больных выявлено тотальное поражение поджелудочной железы, у 6 (4,9%) – очаговое поражение и у 7 (5,7%) – субтотальное. Среди осложнений встречались парапанкреатический инфильтрат – у 7 (18,4%) больных, ферментативный перитонит – у 24 (63,1%), механическая желтуха – у 12 (31,5%) и флегмона забрюшинной клетчатки – у 2 больных (5,2%). Из 122 больных у 84 консервативное лечение оказалось эффективным, 38 (31,1%) больных были оперированы. Малоинвазивные эндовидеохирургические операции с дренированием и санацией брюшной полости, сальниковой сумки, лапароскопической холецистэктомией без перехода на лапаротомию выполнены 18 пациентам (47,4%). Лапаротомные операции, холецистоэктомия, санация и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости выполнены 20 пациентам (52,6%). Из них вскрытие сальниковой сумки, некрэктомия, санация, дренирование и тампонирование сальниковой сумки, дренирование брюшной полости, лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха по Керу – у 8 (40,0%) больных. Вскрытие сальниковой сумки, некрэктомия, санация, дренирование и тампонирование сальниковой сумки, дренирование брюшной полости, лапаротомия, холецистостомия – у 7 (35,0%) больных.

Вскрытие сальниковой сумки, некрэктомия, санация, дренирование и тампонирование сальниковой сумки, дренирование брюшной полости выполнены 5 (25,0%) больным. Осложнения в послеоперационном периоде: экссудативный плеврит – у 9 (7,3%), кровотечение из ЖКТ – у 1 (0,8 %), ТЭЛА – у 1 (0,8%) и полиорганная недостаточность – у 7 (5,7%) больных. У 2 (1,6%) больных с аррозивным профузным кровотечением произведена релапаротомия с остановкой кровотечения. Общая летальность составила 6,5% (8 больных), послеоперационная летальность – 2,4% (3 больных).

Вывод. Полученные результаты показывают предпочтительное использование малоинвазивных операций при лечении деструктивного панкреатита, которые оказались эффективными в 88,2% случаев, что способствует благоприятному течению послеоперационного периода и снижает послеоперационную летальность с 33% до 12%.

ТРАВМА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: РЕАЛЬНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ

А.Л. Мустафаев

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Введение. Травма поджелудочной железы встречается редко по сравнению с другими повреждениями органов брюшной полости, но представляет собой сложную клиническую проблему из-за стертых начальных симптомов и отсутствия специфических клинических признаков, что приводит к поздней диагностике и задержке оперативного лечения. Частота травм поджелудочной железы варьируется от 0,2% до 12% травм органов брюшной полости. Дорожно-транспортные аварии являются причиной примерно 75–85% тупых травм двенадцатиперстной кишки и поджелудочной железы. Механизм обычно возникает из-за раздавливания фиксированных забрюшинных органов между позвоночником и рулевым колесом. Первоначальное обследование и диагностика пациентов с травмами поджелудочной железы должны соответствовать общим принципам тактики для всех пациентов с травмами с визуализацией и мониторингом в соответствии с клинической картиной и показателями жизненно важных функций. Симптомы ППЖ неспецифичны и часто замаскированы травмой других органов, поэтому клиническая диагностика состояния сложна.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением на лечении в РНЦЭМП и его филиалах с 2011 по 2021 год находились 125 пациентов с диагнозом «изолированная или сочетанная закрытая абдоминальная травма» с выявленным при обследовании и лечении посттравматическим панкреатитом. Средний возраст пациентов составил 37,3±6,8 года. Мужчин – 84 (67,2%), женщин – 41 (33,1%). Основным механизмом получения травмы была кататравма – ДТП, падение с высоты и избиение. Сочетанная травма – 59 пациентов (47,6%). Изолированная абдоминальная травма – 65 пациентов (52,4%). Специфическими методами диагностики посттравматического панкреатита были: исследование альфа-амилазы крови и диастазы мочи, МСКТ и МРТ.

Результаты исследования. Тактика лечения и маршрутизация больных определялась первичной стратификацией больных на основании международной классификации травмы поджелудочной железы AAST по 5 степеням. У большинства пациентов (112) диагностирована травма I–II степени, у 11 больных – травма III степени и у 1 больного – травма IV степени. Случаев травмы поджелудочной железы V степени в настоящем исследовании не представлено. Консервативное лечение выполнено 82 пациентам (66,1%). Это были пациенты с травмой поджелудочной железы I–II степени. Диагностическая лапароскопия выполнена 24 пациентам (19,3%). Это были исключительно пациенты с сочетанной травмой, у которых по данным УЗИ гемоперитонеум оценивался как «умеренный» (до 1000 мл). По данным лапароскопии диагностированы травмы поджелудочной железы I–II степени. Случаев травмы поджелудочной железы III–V степени по данным лапароскопии не было выявлено. Случаев конверсии лапароскопии на лапаротомию по поводу травмы поджелудочной железы не отмечено. Лапаротомия выполнена 18 пациентам (14,5%). У 5 пациентов диагностирована травма хвоста поджелудочной железы I–II степени в ходе лапаротомии по поводу травмы селезенки. У этих пациентов диагноз посттравматического панкреатита был впоследствии подтвержден лабораторно. Объем операции заключался в дренировании поджелудочной железы и парапенкреального пространства. 4 пациентам произведена резекция хвоста поджелудочной железы по поводу травмы III степени, которая была диагностирована еще до операции по данным МСКТ и диагностической лапароскопии. У одного больного во время лапаротомии диагностирована травма поджелудочной железы IV степени и выполнена операция в рамках demage control. Повторная операция не выполнена из-за летального исхода в первые часы после операции, в том числе по причине сочетанных повреждений (тяжелая ЧМТ и травма таза). Умерли 17 пациента, общая летальность составила 13,6%.

Обсуждение, выводы и рекомендации. Стратификация больных, согласно классификации травмы поджелудочной железы по AAST, основанной на наличии или отсутствии травмы главного панкреатического протока (ГПП), позволила существенно оптимизировать маршрутизацию больных с травмой поджелудочной железы и сократить сроки оперативного вмешательства с момента поступления в стационар. В свою очередь, внедрение в клиническую практику МСКТ и МРТ позволило значительно повысить точность диагностики травмы поджелудочной железы и улучшить результаты лечения этой группы больных. Этой цели способствовало также применении октреотида в дозировке 600–1200 мг/сутки в зависимости от степени тяжести травмы поджелудочной железы. Вышеизложенное позволяет рекомендовать алгоритм диагностики и лечения, основанный на классификации травмы поджелудочной железы по AAST для оптимизации результатов лечения данной категории больных.

ОПЫТ СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ ЯТРОГЕННОЙ ПЕРФОРАЦИИ ПИЩЕВОДА У БОЛЬНОГО С КАРДИОСПАЗМОМ III СТАДИИ

З.М. Низамходжаев, Р.Е. Лигай, А.О. Цой, К.Б. Бабажанов, Э.И. Нигматуллин, А.Д. Абдукаримов, Ю. Мадиев

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Имеющиеся в настоящее время варианты лечения включают пневматическую дилатацию, лапароскопическую миотомию Геллера, инъекции ботулинического токсина, расслабляющие нижний сфинктер пищевода и эзофагэктомию при рефрактерной терминальной стадии заболевания. Грозным осложнением миниинвазивного лечения нейромышечных заболеваний является ятрогенное повреждение стенки пищевода, требующее экстренного оперативного вмешательства. Однако ушивание дефекта поврежденной стенки пищевода на фоне гнойно-воспалительного процесса не всегда приводит к успеху, вследствии чего рассматриваются новые методики восстановления целостности поврежденной стенки пищевода. В статье описан клинический случай успешного лечения ятрогенного повреждения абдоминального отдела пищевода использованием саморасширяющегося металлического стента.

Цель. Рассмотреть возможность стентирования как метод закрытия дефекта стенки пищевода при его ятрогенном повреждении.

Материал и методы. В данном сообщении мы представляем клинический случай больного с кар-

диоспазмом II–III ст., осложненным ятрогенным повреждением стенки пищевода после проведенной пневматической кардиодилатации.

Результаты и обсуждение. Больной Б., 27 лет, И/Б № 4402, госпитализирован в отделение хирургии пищевода и желудка 26.10.2020 г. с диагнозом: Основной: Кардиоспазм II–III степени. Сопутствующий: Олигофрения I ст. Язвенная болезнь 12-перстной кишки. Жалобы при поступлении: на дисфагию на твердую и густую пищу, боли за грудиной во время еды, похудение на 2–3 кг в течение 7 месяцев, на общую слабость. Диагноз «кардиоспазм II–III ст.» установлен на основании жалоб, инструментальных методов исследования. При втором сеансе пневматической кардиодилатации под рентгенологическим контролем 28.10.2020 г., во время проведения кардиолататора на фоне неадекватного поведения больного, который стал сопротивляться проведению манипуляции, наступило ятрогенное повреждение абдоминального отдела пищевода. В связи с этим после предварительной кратковременной предоперационной подготовки больной 28.10.2020г. в экстренном порядке в течение первых 3 часов оперирован. Произведена лапаротомия. Ушивание правой стенки абдоминального отдела пищевода. Санация, дренирование и тампонирование брюшной полости. В послеоперационном периоде больному неоднократно проводился рентген-контроль, при этом отмечался затек контраста по правой стенке абдоминального отдела пищевода. В связи с этим на 20-е сутки после операции (17.11.2020 г.) эндоскопически, по струне проводнику, установлен металлический (nitinol), саморасширяющийся, полностью покрытый полиуретаном стент с антирефлюксным клапаном, фирмы Flextent, КНР, длиной 60 мм, диаметром 26 мм с целью закрытия дефекта пищевода. После установки стента проводился рентгенологический контроль, затека контраста не отмечалось. Больной выписан домой, питание peros восстановлено в полном объеме. 22.12.2020 г. больной повторно госпитализирован в отделение хирургии пищевода и желудка. Жалобы на дисфагию не предъявляет. Повышения температуры тела в течение месяца не отмечалось. 24.12.2020 г. произведено эндоскопическое удаление ранее установленного стента. 24.12.2020 г. сделана рентгенография пищевода водорастворимым контрастом – Тразограф 76% – 20 мл. Затёка контраста не отмечается. Контраст свободно поступает в желудок. Рентгенологическая картина кардиоспазма I ст.

Заключение. Применение пищеводных, саморасширяющихся, полностью покрытых стентов с антирефлюксным клапаном у больных с кардиоспазмом, осложнившимся ятрогенным повреждением стенки пищевода, является хорошей альтернативой экстренному оперативному вмешательству в первые часы после ятрогенного повреждения стенки пищевода.

ПРИЧИНЫ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ БУЖИРОВАНИЯ ПО СТРУНЕ У БОЛЬНЫХ С РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ПИЩЕВОДА

З.М. Низамходжаев, Р.Е. Лигай, Ж.А. Хаджибаев, Д.С. Абдуллаев, А.О. Цой, А.Д. Абдукаримов

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Цель. Провести анализ неудовлетворительных результатов бужирования по струне у больных с постожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода (ПРСП).

Материал и методы. В отделении хирургии пищевода и желудка РСЦХ им. акад. В. Вахидова 487 больным с ПРСП выполнены различные варианты лечения: бужирование пищевода (БП) по струне – 399 (81,9%); эндоскопическое бужирование – 28 (5,7%); эндоскопическое стентирование – 25 (5,1%) и гидробаллонная дилатация – 35(7,2%) пациентам.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов БП показал, что хорошие результаты получены у 168 (42,1%) больных, удовлетворительные результаты – у 43 (10,8%) и неудовлетворительные – у 188 (47,1%) пациентов. Однако такие абсолютные данные нельзя рассматривать без учета протяженности стриктуры. Распределение больных по протяженности стриктуры было следующим: короткие (до 3 см) – у 22 (5,5%), протяженные (4–9 см) – у 145 (36,3%), субтотальные (10–15 см) – у 131 (32,8%) и тотальные (свыше 16 см) – у 101 (25,3%) больного.

У больных с короткими стриктурами число хороших результатов достигло 86,4%, удовлетворительные – у 3 (13,6%), при этом ни в одном случае не было неудовлетворительных результатов. У пациентов с протяженными стриктурами число хороших результатов уменьшилось до 71,7% больных, удовлетворительный результат получен у 14,5%, и число неудовлетворительных результатов увеличилось до 13,8%. Из 131 больного с субтотальными стриктурами пищевода отмечается уменьшение количества хороших результатов до 27,5%, а число неудовлетворительных результатов резко возросло до 63,4%. У пациентов с тотальными стриктурами только в 8,9% случаев получен хороший результат, а количество неудовлетворительных результатов достигло 84,2%. Таким образом, четко прослеживается разница в эффективности БП в зависимости от протяженности стриктуры (χ^2=158,5, df=6, p<0,05).

У 20 (13,8%) пациентов с протяженными стриктурами (n=145) в 20 случаях получен неудовлетворительный результат: у 3 пациентов наступила

перфорация после бужирования, у 1 отмечался выраженный болевой синдром на фоне обострения эзофагита, у 4 больных не удалось дальнейшее бужирование более № 24; 3 пациентов отказались от дальнейшего бужирования и у 9 пациентов вообще не удалось провести бужирование даже № 14.

В группе больных с субтотальными стриктурами (n=131) неудовлетворительный результат получен у 83 (63,4%). Так, в 1 случае после БП наступило непроникающее повреждение пищевода, в связи с чем проведено консервативное лечение с наложением гастростомы, а у 2 пациентов с проникающей травмой после бужирования пришлось прибегнуть к хирургическому лечению. В 6 случаях не удалось завершить адекватное бужирование из-за извитости стриктуры (выполнено бужирование только до № 22–24), у 1 пациента отмечался выраженный болевой синдром и 2 пациента категорически отказались от продолжения сеансов бужирования. В 60 случаях не удалось выполнить даже один сеанс бужирования, а у 11 больных выполнение БП расценено как невозможное из-за высокого риска перфорации.

У больных с тотальными стриктурами (n=101) количество неудовлетворительных результатов возросло до 84,2%. При этом в 4 случаях не удалось завершить курс бужирования, т.к. далее не прошел буж № 28. В 39 случаях попытки бужирования были безуспешны, а у 42 больных бужирование было невозможно в связи с высоким риском перфорации пищевода.

Заключение. БП остается наиболее распространенным методом инструментального лечения больных с ПРСП. Число неудовлетворительных результатов БП напрямую зависит от протяженности рубцовой стриктуры.

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ

Ф.Н. Норкузиев, М.П. Тожибоев, М.Х. Абдулахатов, М.Х. Юлдошев, Х.Э. Ахмедов, Б.Ф. Холмурзаев

Джизакский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Абдоминальная травма в настоящее время составляет 30,5–33,4% от всех травм мирного времени и продолжает расти по частоте и тяжести. Лапароскопические операции выполняются в 41–68% случаев, при этом высок процент последующих осложнений (38%). Уровень инвалидности после абдоминальной травмы достигает 25%, и вопрос ранней и полной социальной и трудовой реабилитации стоит особенно остро, так как большинство пострадавших – мужчины трудоспособного возраста.

Цель исследования. Разработать тактику лечения, включая лапароскопическое вмешательство и консервативное лечение, для улучшения исходов у пациентов с травмой живота.

Материал и методы. С 2017 года алгоритм ведения пациентов с колото-резаными ранениями живота (при отсутствии объективных данных о повреждениях живота) включал активную выжидательную тактику: хирурги осматривали пациентов каждые 15–20 минут в течение первых двух часов после поступления, каждый час в течение следующих шести часов и каждые три часа в течение первых суток. Динамический ультразвуковой (УЗ) мониторинг брюшной полости проводился при поступлении, через 1, 3, 8 и 24 часа. Показаниями к операции в этой группе были перитонеальные симптомы и свободная жидкость более 100 мл/час при УЗИ брюшной полости.

Показаниями к лапароскопии при закрытой травме живота являются значительные повреждения органов и кровопотеря от 250 до 500 мл/час. Лапаротомия показана, если кровопотеря превышает 500 мл/час. Если объем кровотечения был менее 250 мл/час, применялось консервативное лечение и динамическое наблюдение.

Согласно предложенному алгоритму, в период с 2017 по 2022 год было пролечено 114 пациентов с травмой живота, в том числе 21 женщина (18,5%) и 93 мужчины (81,5%). Средний возраст составил 35 ± 10 лет; у 78 (68,4%) – закрытая травма живота и у 36 (31,6%) – ножевые ранения. Пострадавшие, которым была проведена экстренная лапаротомия (клиническая картина диффузного перитонита, гемодинамически нестабильный гемоперитонеум, висцеральное расширение), были исключены.

Результаты. В общей сложности 114 пациентов с травмой живота были пролечены в соответствии с рекомендованным алгоритмом. Из них 104 (91,2%) пациентам было проведено оперативное вмешательство. Оперативное лечение было проведено 18 пациентам (15,7%) выполнена лапароскопическая коагуляция повреждений печени и 24 (21%) – лапароскопическая коагуляция кровоточащей брыжейки и сальника. Консервативное лечение было применено к 10 из 36 пациентов с колото-резаными ранами брюшной полости. Ни одна рана не потребовала последующей лапаротомии.

Заключение. Использование новых алгоритмов лечения и диагностики пациентов с абдоминальной травмой привело к широкому применению минимально инвазивных методов диагностики и лечения и отказу от многих эксплоративных абдоминальных процедур.

ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ ЛИТОТРИПСИЯ

*Ф.Н. Норкузиев, Г.У. Убайдуллаев,
Б.Ш. Исматов, У.А. Мамадиев,
Ш.О. Туйчиев, Н.А. Сайфуллаев*

Джизакский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Цель исследования. Оценить безопасность применения ТУУЛТ с использованием адаптированной классификации осложнений Clavien-Dindo и определить эффективность вмешательства.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное изучение результатов ТУУЛТ, выполненной у 56 больных с камнями мочеточника за период с января 2022 по май 2023 года. Средний возраст пациентов составил 43,9±1,6 года. Камни были расположены в дистальном отделе мочеточника у 26 (46,4%) больных, в среднем располагались в 20 (35,7%) случаях и у 10 (17,9) пациентов были в проксимальном отделе. Средний размер конкрементов составил 15,3±0,4 мм. Уретеролитотрипсию осуществляли с помощью ригидного уретероскопа 12 Ch. Статистическая обработка материала произведена с помощью программы StatSoft Statistica 8.0, с использованием критерия Стьюдента и Фишера.

Результаты исследования. Stone free было у 55 (98,2%) больных одного сеанса ТУУЛТ, при этом у пациентов с камнями, расположенными в среднем и дистальном отделе мочеточника, этот показатель был в 100%. Общий показатель осложнений был у 35,7%. Гипертермия была у 5 (8,9%) детей, без лабораторных признаков обострения инфекции мочевого тракта (категория I). Клинико-лабораторное обострение пиелонефрита, которое сопровождалось повышением температуры тела более 38ºС на протяжении 24 часов после ТУУЛТ, наблюдали в 7 (12,5%) случаях (категория II). У одного (1,8%) больного обострение инфекции мочевого тракта привело к сепсису (категория IVb). Причиной явилось нарушение функции нефростомического дренажа из-за его транспозиции на фоне инфекции мочевого тракта (ИМТ), выполнена его замена. При наличии гематурии, продолжающейся в течение более трех дней в трех (5,4%) случаях, была проведена инфузионная терапия. Миграция камня из проксимального отдела мочеточника в полости почки была в одном случае (категория IIIb), конкремент был удален с помощью нефроскопии. Длительность пребывания в стационаре в группе пациентов с осложнениями была больше по сравнению с теми, у которых послеоперационный период не выходил за рамки принятого в клинике стандарта (соответственно 3,4±0,2 и 5,6±0,4 дня, P>0,05).

Выводы. ТУУЛТ – эффективный и безопасный метод при лечении больных с камнями мочеточника; как правило, возникающие осложнения (категория I, II, III) можно легко устранить, и они не оказывают существенного влияния на качество жизни. Использование классификации Clavien-Dindo для оценки послеоперационных осложнений позволяет объективно сравнить результаты уретеролитотрипсии.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

*Д.Т. Пулатов, Б.И. Шукуров, Т.Т. Мансуров,
Ж.Б. Яров, М.Ё. Иброхимов*

**Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Узбекистан
Самаркандский филиал РНЦЭМП, Узбекистан**

Изучены результаты хирургического лечения 640 больных со спаечной кишечной непроходимостью (СКН), из них 448 (70,0%) больным была выполнена первичная лапаротомия, 192 (30,0%) – видеолапароскопия (ВЛС). Видеолапароскопические операции старались выполнять у лиц, ранее перенесших не более 2 абдоминальных операций. Среднее число предыдущих абдоминальных операций в анамнезе в группе ВЛС составило 1,25±0,43, а в группе лапаротомии – 1,47±0,84 (p<0,001).

Ввиду меньшей выраженности спаечного процесса у больных группы ВЛС средняя продолжительность хирургического вмешательства у них (105,78±29,04 мин) была достоверно короче по сравнению с аналогичным показателем группы открытых вмешательств (117,54±27,70 мин). Меньшая распространенность спаечного процесса в группе ВЛС также благотворно отразилась в частоте интраоперационного повреждения кишечной стенки (7,8% против 12,1% в группе первичной лапаротомии, p=0,113). При одиночных спайках в брюшной полости результативность лапароскопического адгезиолизиса составляет 86,9%, тогда как при множественных спайках этот показатель снижается до 32,3%. В общей структуре показаний к конверсии (n=59) доля некроза ущемленной кишки составляет 20,3%.

Показатель ранних послеоперационных осложнений был достоверно ниже после лапароскопического адгезиолизиса (5,3% против 30,5% в подгруппе конверсии, p<0,001), что благотворно отразилось на частоте повторных операций (3,0% против 15,3% в подгруппе конверсии, p=0,002). Все 5 случаев летального исхода в группе первичной ВЛС относились к больным, у которых пришлось выполнить конверсию ввиду тяжести ОКН или возникших технических сложностей. Средние сроки стационарного лечения у больных с видеолапароскопическим адгезиолизисом были достоверно меньше аналогичного показателя пациентов, подвергнутых конверсии (4,94±0,66 койко-дня против 8,20±1,37 дня, p<0,05).

По сравнению с группой первичной широкой лапаротомии после ВЛС адгезиолизиса статистически значимо (<0,001) меньше наблюдали развитие ранних послеоперационных осложнений (43,5 против 13,0%). В группе ВЛС частота реопераций составила 13 (6,8%) случаев, в том числе в 3 (23,1%) случаях выполнена релапароскопия. В группе первичной широкой лапаротомии частота реопераций/релапаротомий составила 65 (14,5%) случаев.

Общая летальность у больных со спаечной кишечной непроходимостью составило 4,2% и 2,6% в группах первичной лапаротомии и ВЛС соответственно.

НЕИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ ОЦЕНКИ ОБЪЕМА ГЕМОПЕРИТОНЕУМА ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА

М.М. Пулатов, Р.П. Туляков, К.С. Элмуродов, Б.И. Шукуров, Ш.К. Элмуродов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

У 160 больных с закрытой травмой живота (ЗТЖ) изучена диагностическая эффективность сонографии в выявлении признаков повреждения органов брюшной полости, и на этой основе разработана шкала ультразвуковой оценки объема гемоперитонеума. Чувствительность (Se), специфичность (Sp) и точность (Ac) УЗИ в выявлении одного из основных признаков травмы – свободной жидкости (гемоперитонеума) в брюшной полости – составляет соответственно 88,3, 87,8 и 88,1%.

С целью разработки метода измерения объема гемоперитонеума у 67 пациентов с ЗТЖ проведена оценка соотношения объема гемоперитонеума, оцененного интраоперационно, и ширины и распространенности свободной жидкости в брюшной полости, оцененного с помощью УЗИ. Наличие тонкой (до 1 см) полоски свободной жидкости в пределах одной анатомической области указывает на объем гемоперитонеума до 200 мл. При скоплении в брюшной полости до 300 мл крови УЗИ-картина характеризуется наличием слоя свободной жидкости шириной до 2 см в пределах 1 анатомической области. Для гемоперитонеума объемом 300–500 мл характерна визуализация полоски свободной жидкости толщиной до 2 см, распространяющейся на 2 анатомические области живота, или же наличие жидкости в пределах одной области, но толщиной, превышающей 3 и более см. Выявление на УЗИ свободной жидкости в брюшной полости, распространяющейся на 3 и более областей, указывает на наличие гемоперитонеума объемом свыше 500 мл. На такой же объем крови указывает также наличие свободной жидкости толщиной слоя на УЗИ более 2 см в 2-х областях или же любое по распространенности скопление свободной жидкости толщиной более 3 см. На основе этих расчетов разработана «Шкала УЗ-оценки объема гемоперитонеума у больных с травмой живота».

При сопоставлении объема интраоперационно выявленной крови в брюшной полости (фактический объем) с характером и объемом выполненного хирургического вмешательства выявлено, что у 44 (28,4%) больных с объемом гемоперитонеума до 300 мл практически никогда не возникали ситуации, требующие обязательной широкой лапаротомии. Более того, при этом количестве свободной жидкости (<300 мл) в 20,5% случаях (n=9) хирурги имеют дело с остановившимся внутрибрюшным кровотечением, в связи с чем объем хирургического вмешательства ограничивается только санацией и дренированием брюшной полости. Кроме того, при этом объеме гидроперитонеума у больных с ЗТЖ практически не встречаются случаи повреждения полых органов брюшной полости.

В тех случаях, когда объем внутрибрюшной кровопотери составляет 300–500 мл (n=34) у более чем половины пациентов (19; 55,9%), интраоперационно выполненные хирургические манипуляции и процедуры, такие как санация и дренирование брюшной полости, электрокоагуляция кровоточащего сосуда, ушивание разрыва I ст. по Moore паренхиматозного органа, ушивание десоризированных участков кишки, разрывов брыжейки и большого сальника, без особых технических сложностей могут быть выполнены с помощью лапароскопической техники с использованием рутинно используемых инструментов без применения дорогостоящих расходных материалов. А с учетом вышеуказанных 44 больных, у которых объем гемоперитонеума не превышал 300 мл, доля больных, потенциально подлежащих устранению внутрибрюшных осложнений травмы лапароскопическим способом, без применения широкой лапаротомии, возрастает до 80,8% (63/78).

При наличии более 500 мл крови в брюшной полости (n=77) возможности для применения лапароскопической техники были крайне ограничены и имели место только у 5 (6,5%) пациентов.

Наличие на УЗИ объема крови в брюшной полости до 300 мл с высокой долей вероятности исключает (RR=0,000) наличие серьезных внутрибрюшных повреждений, требующих широкой лапаротомии. При объеме свободной жидкости в пределах 300–500 мл показатель «абсолютный риск наличия значимых повреждений органов брюшной полости» составляет 44,1% (EER=0,441), а величина относительного риска (RR) – 0,472 единиц (сомнительный признак). Наиболее высокий показатель относительного риска (RR) был харак-

терен для объема свободной жидкости в брюшной полости более 500 мл, когда вероятность наличия серьезного внутрибрюшного повреждения (EER) составляет 93,5%, а величина относительного риска представляется абсолютной и составляет 4,862 единиц с 95%ДИ в диапазоне от 3,074 до 7,692 единиц.

Вышеуказанные градации объема гемоперитонеума, прогнозирующие наличие или отсутствие серьезного внутрибрюшного повреждения, нашли свое отражение в разработанном «Алгоритме выбора тактики хирургического лечения ЗТЖ на основе УЗИ-оценки объема свободной жидкости в брюшной полости». Предлагаемый подход к ультразвуковой оценке дискретных объемов свободной жидкости в брюшной полости, основанный на учете толщины слоя жидкости и ее распространенности в зонах брюшной полости, не усложняет и не удлиняет процедуру FAST-протокола, позволяет определить критические объемы гемоперитонеума, имеющие решающее значение в выборе тактики хирургического лечения ЗТЖ.

НАРУЖНАЯ ФИКСАЦИЯ КОСТНЫХ ОТЛОМКОВ ФЛОТИРУЮЩИХ ПЕРЕЛОМОВ РЕБЕР ПОД КОНТРОЛЕМ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ

М.М. Пулатов, Б.И. Шукуров,
Р.О. Рахмонов, К.С. Элмуродов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Изучены результаты лечения 141 больного с флотирующим переломом ребер (ФПР), госпитализированных в РНЦЭМП с 2017 по 2022 год. Мужчин было 109 (77,3%), женщин – 32 (22,7%). Средний возраст пациентов – 37,8±13,5 года.

Внутриплевральные осложнения ФПР на рентгенограммах проявлялись субплевральной гематомой (110 (78,0%) случаев), гемотораксом (73; 51,8%), пневмо- и гемопневмотораксом (68; 48,2%), подкожной эмфиземой (24; 17,0%) и признаками ушиба легкого (17; 12,1%). В единичных случаях наблюдался пневмомедиастинум (4; 2,8%) и признаки повреждения диафрагмы (1; 0,7%).

УЗИ грудной клетки и брюшной полости проведено у всех 141 больного, при этом гемоторакс (свободная жидкость в плевральной полости) обнаружен у 125 (78,1%) больных, а у остальных 35 (21,9%) обследованных патологии со стороны грудной клетки визуализировать не удалось в связи с подкожной эмфиземой грудной клетки. На фоне ФПР УЗ-признаки гемоперитонеума выявлены у 133 (94,3%) больных.

ВТС произведена всем 141 больному с ФПР, включенному в данное исследование. При этом у 134 (95,0%) пациентов был выявлен гемоторакс, из них у 42 (29,8%) отмечалось продолжающееся внутриплевральное кровотечение различной интенсивности: от незначительной, при наличии поверхностных разрывов легкого, диафрагмы, мелких надрывов париетальной плевры, до выраженной с перфорацией париетальной плевры отломками ребер с глубокими повреждениями ткани легкого.

Разработанный нами новый способ наружной фиксации множественных флотирующих переломов ребер (№ FAP 01003 от 05.07.2013) использован у 56 больных с ФПР, показаниями к которому были: 1) ВТС, выполненная по поводу внутриплевральных осложнений травмы – у 49 (87,5%) больных; 2) нарастающая дыхательная недостаточность за счет парадоксального движения грудной клетки – у 4 (7,1%) пациентов; 3) наличие высокого риска повреждения внутренних органов острым концом костного отломка ребра, выступающим в плевральную полость – у 3 (5,4%) пострадавших.

Из 56 больных, к которым применен новый способ наружной фиксации костных отломков ребер, в 23 (41,1%) случаях фиксация выполнена при патологической подвижности правой половины грудной клетки, в 33 (58,9%) – левой половины. Наиболее часто – в 36 (64,3%) случаях – возникала необходимость в фиксации боковых сегментов грудной клетки, несколько реже (в 16 (28,6%) случаях) приходилось фиксировать передние сегменты, и только в единичных случаях – у 4 (7,1%) больных – фиксировали грудинно-реберный сегмент. Для надежного устранения патологической подвижности грудной клетки чаще всего было достаточно фиксировать до 4 ребер, что было выполнено у 53 (94,6%) больных, и только у 3 (5,4%) пациентов возникла необходимость фиксации 5 ребер.

Миниинвазивная наружная фиксация под контролем видеоторакоскопии (метод клиники) уменьшает продолжительность искусственной вентиляции легких (с 8,2±2,5 до 2,1±1,0 суток, $p<0,001$) и, соответственно, сроки нахождения в ОРИТ (с 9,2±2,9 до 3,8±2,1 суток, $p<0,001$), снижает частоту тяжелой посттравматической пневмонии (с 64,7 до 17,9%, $p<0,001$), что благотворно сказывается на показателе летальности, снижая ее с 15,3 до 7,1% ($p>0,05$).

Кроме того, ранняя наружная фиксация ребер под контролем ВТС, способствуя существенному сокращению длительности ИВЛ, уменьшает необходимость наложения трахеостомы (с 27,1 до 3,6%, $p<0,001$), сокращает потребность в НИВЛ после экстубации (с 36,5 до 7,1%, $p<0,001$) и назначения наркотических анальгетиков (с 10,3±2,9 до 3,3±1,8 дня, $p<0,001$). После видеоассистированной наружной фиксации ребер мы достоверно реже ($p<0,001$) наблюдали эксцессы, связанные с неудачной экс-

тубацией трахеи (1,8% против 25,9% в группе длительной ИВЛ), несколько реже (p>0,05) отмечали потребность в гемотрансфузиях (10,7% против 23,5%). Применение ВТС, наряду с безопасной и надежной фиксацией перелома ребер, обеспечивало также полноценную санацию плевральной полости от гемоторакса, позволяло миниинвазивным способом выполнить гемостаз и устранить другие внутриплевральные последствия травмы, что в совокупности способствовало достоверному сокращению сроков удаления плевральных дренажей (с 4,3±1,0 до 5,6±1,7 суток, p<0,05).

Таким образом, применение наружной фиксации ФПР под контролем видеоторакоскопии (метод клиники) способствует сокращению продолжительности ИВЛ (с 8,2±2,5 до 2,1±1,0 суток, p<0,001) и, соответственно, сроков нахождения больных в ОРИТ (с 9,2±2,9 до 3,8±2,1 суток, p<0,001), снижает частоту тяжелой посттравматической пневмонии (с 64,7 до 17,9%, p<0,001), что благотворно сказывается на показателе летальности, снижая ее с 15,3 до 7,1% (p>0,05). Применение ВТС, наряду с безопасной и надежной фиксацией перелома ребер, обеспечивает также полноценную санацию плевральной полости от гемоторакса, позволяет миниинвазивным способом выполнить гемостаз и устранить другие внутриплевральные последствия травмы, что в совокупности способствует достоверному сокращению сроков удаления плевральных дренажей (с 4,3±1,0 до 5,6±1,7 суток, p<0,05).

ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ЭНДОУРОЛОГИИ В ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЕ ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

М.М. Рашидов, Р.Н. Ахмедов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

В структуре урологической заболеваемости мочекаменная болезнь является одним из самых распространенных заболеваний, которое встречается у 3–6,5% населения и имеет тенденцию к росту. На долю экстренных больных, обращаемых в приемный покой РНЦЭМП с осложнением мочекаменной болезни, приходится более 70% от общего числа обращаемых больных. Несмотря на эффективность консервативной терапии при отхождении камней мочеточника, до сих пор остаётся дискутабельным выбор методов лечения больных с мочекаменной болезнью осложненной почечной коликой.

Цель исследования. Повышение эффективности и безопасности лечения экстренных больных с камнями мочеточников неосложненной формой путем выбора оптимального метода лечения, в зависимости от локализации конкремента.

Наше исследование основано на анализе истории болезни 117 больных, госпитализированных в РНЦЭМП с обструкцией верхних мочевыводящих путей за 2019–2022 гг. Среди общего числа больных преобладали лица мужского пола – 81 (69,2%) и чаще встречались лица трудоспособного возраста от 18 до 50 лет – 97 (82,9%). В основном больные обращались в первые 6 часов от момента начала приступа почечной колики – 78 (66,7%) больных. Службой 103 доставлены 35 (29,9%) больных, а остальные обратились в приемный покой РНЦМЭП самотеком.

Наиболее часто встречаемые клинические проявления при почечной колике: гематурия отмечалась у 75,2% пострадавших, боль в поясничной области – у всех больных. Всем больным в приемном отделении РНЦЭМП проводились необходимые исследования согласно выработанному алгоритму диагностики: УЗИ, МСКТ брюшной области, при необходимости проводилась экскреторная урография.

Согласно локализации, размеру, плотности и количеству конкремента у 78 больных проводилась консервативная терапия. Одномоментная уретеролитоэкстракция или оптическая уретеролитотрипсия проводилась у 39 больных со стентированием мочеточника, все оперированные больные выписаны на 3-и сутки после операции в удовлетворительном состоянии.

У 43 (55,1%) больных, которым проводили консервативную терапию, отмечалась самостоятельное отхождение конкремента в течение 5 дней, 3 (3,8%) больным произведено перкутанное дренирование почек по поводу инфицированного уретерогидронефроза, остальные 32 (41%) пациента выписаны с рекомендациями на амбулаторное лечение и наблюдение по месту жительства.

Таким образом, одномоментная уретеролитоэкстракция или уретеролитотрипсия являются методами выбора при почечной колике неосложненной формы с локализацией конкремента в нижней и средней третях мочеточника. Согласно клиническим рекомендациям Европейской ассоциации урологов, их можно активно использовать при работе до уровня верхней трети мочеточника.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УРОЛИТИАЗА

Ш.Р. Сайидов, У.У. Рахматов

Бухарский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

В Узбекистане ежегодно проводится около 200 тыс. операций по поводу уролитиаза, из которых в 17% случаев пациенты получают высокотехнологичную медицинскую помощь.

Материал и методы.Дистанционная ударноволновая литотрипсия (ДУВЛ) является одним из малоинвазивных методов лечения МКБ, ДУВЛ-была выполнена 574 пациентам (46,29±1,42%). В 93,72±1,01% (538) случаев это было единственное лечение, которое приводило к разрушению мочевого камня. В 4,70±0,88% (27) случаев после выполнения сеанса ДУВЛ потребовалось проведение уретероскопии и контактной литотрипсии (КЛТ) из-за крупных фрагментов, также в 1,57±0,52% (9) случаев после проведения сеанса ДУВЛ потребовалось проведение уретероскопии и литоэкстракции мелких фрагментов камня. Вторым по частоте методом оперативного лечения в 26,45±1,84% случаев являлась перкутанная фистульная нефролитолапаксия, использованная в качестве основного метода лечения МКБ у 328 пациентов. Уретероскопия, КЛТ была выполнена у 242 пациентов, что составило 19,52±1,13%, дополнительно необходимость в стентировании мочеточника возникла у 5 пациентов. Уретероскопия, литоэкстракция были использованы в 2,98±0,48% (37) случаев. У 0,81±0,25% (10) пациентов для купирования пиелонефрита была наложена перкутанная нефростомия. В 1,29±0,32% (16) случаев была выполнена чрескожная чресфистульная нефролитолапаксия у пациентов с ранее наложенной перкутанной нефростомой. Уретеролитотомия была выбрана в качестве метода лечения у 5 пациентов (0,40±0,18%). В 10 (0,81±0,25%) случаях потребовались уретеролитотомия, стентирование мочеточника. В 9 (0,73±0,24%) случаях потребовалось выполнение пиелотомии по поводу коралловидных камней.

Заключение. Несмотря на отработанные схемы консервативной терапии, часто основным радикальным методом лечения уролитиаза остаетсяхирургический метод. Основными видами хирургического лечения мочекаменной болезни являются дистанционная литотрипсия, ретроградная интеренальная санация, перкутанная нефролитомия, лапароскопическая нефропиелолитотомия и открытая нефропиелолитотомия.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ АНТИОКСИДАНТНЫХ ФЕРМЕНТОВ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Г.К. Сапарбаева

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Известно, что одним из важнейших патогенетических агентов панкреатита является оксидативный стресс. Уже на самых ранних стадиях данной патологии происходит продукция активных форм кислорода, повреждение биомембран ацинарных клеток, что в последующем может приводить к прогрессированию заболевания и развитию жизнеугрожающих осложнений. В этой связи хирургия нуждается в знаниях по причинам активизации свободно-радикальных реакций, в частности по состоянию системы антиоксидантной активности, которая во многом определена генотипом.

Цель исследования. Изучить роль генетических полиморфных маркеров генов антиоксидантных ферментов SOD2 (C47T) и каталазы (–262 C/T) у больных острым панкреатитом различной тяжести.

Материал и методы. Исследуемые больные тяжелым (n=40) и легким (n=30) панкреатитом были рандомизированы по полу, возрасту и выраженности патологии. Критериями включения в настоящую работу являлись клинико-лабораторные параметры. Для определения степени тяжести заболевания использовали шкалу APACHE-2. ДНК выделяли из венозной крови после получения информированного согласия больного и подвергали анализу с помощью набора реагентов (ЗАО «Синтол», М.). Исследуемые локусы генов SOD2 C47T и каталазы –262 C/T были анализированы на аппарате CFX96 Touch™ Real-Time PCR Detection System.

Результаты. У больных тяжелым панкреатитом аллель Т и полиморфный генотип ТТ гена SOD2 C47T были достоверно ассоциированы с риском прогрессирования заболевания и развития осложнений (($\chi2 = 3,25$, $p = 0,01$), (OR = 1,53, 95% CI (0,90 – 2,45)) и (($\chi2 = 4,23$, $p = 0,05$), (OR = 2,65, 95% CI (1,12 – 3,75)). Полученными данными было доказано, что у пациентов тяжелым панкреатитом по изучаемому полиморфизму гена каталазы доминирует гетерозиготный генотип (GA) (($\chi2 = 2,91$, $p = 0,1$), (OR = 2,71, 95% CI (1,22 – 3,68)). У больных легким панкреатитом такого рода закономерности прослеживались существенно реже ($p>0,05$). Установлено, что у лиц с выявленными отклонениями генотипа отмечено продолжительное, существенное проявление оксидативного стресса. В большинстве случаев отмечено прогрессирование болезни и развитие осложнений со стороны брюшной полости и забрюшинного пространства, что потребовало проведения оперативных вмешательств.

Выводы. У больных тяжелым панкреатитом преобладающим является генотип ТТ – SOD2 C47T и GA гена каталазы –262. Достоверно определено влияние генетических мутации SOD2 и каталазы на тяжесть острого панкреатита, включая высокий риск повреждения клеточных мембран, гибель клеток, развития деструктивных процессов и прогрессирование болезни в целом. Полученный фактический материал является основанием для совершенствования превентивной терапии на самых ранних этапах болезни у лиц с повышенным риском чрезмерной активизации оксидативного стресса с акцентом на своевременное ингибирование свободно-радикальных реакций.

ОПЕРАЦИЯ «COMMANDO» В РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИЯХ

С.А. Стефанов, Д.Н. Ковальчук

БУ ХМАО-Югры «Окружная клиническая больница», г. Ханты-Мансийск
БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер», г. Сургут

Актуальность. В ряде ситуаций при замене митрального и аортального клапанов возникает необходимость вмешательства на межклапанном фиброзном теле сердца (МФТ), и стандартная техника раздельного протезирования неприменима. К ним относятся инфекционный эндокардит левых камер сердца с разрушением митрально-аортального контакта, узкий корень аорты, выраженный кальциноз МФТ. В таких случаях показано выполнение двухклапанного протезирования через корень аорты с реконструкцией фиброзного скелета сердца (операция «Commando»). И хотя данная операция была предложена Т. Дэвидом в 1995 г., она остается казуистически выполняемым вмешательством с крайне высокой летальностью (20–30%), что обусловлено технической сложностью самой операции и тяжестью состояния пациентов, которым она показана.

Цель исследования. Оценить ближайшие и отдалённые результаты операции «Commando» при различных патологиях.

Материал и методы. В период с июня 2016 по май 2023 г. операция «Commando» выполнена 10 пациентам (6 мужчин). Средний возраст – 53,2 г. (33–71). Показанием к операции в 5 случаях явился инфекционный эндокардит (ИЭ), в том числе протезный (ПЭ) – у 3; сочетание выраженного кальциноза и узкого корня аорты – у 4; протезно-пациентное несоответствие (ППН) и дисфункция аортального протеза при наличии показаний к протезированию митрального клапана – у 1. Из 5 пациентов без ИЭ у 4 этиологией порока была ХРБС, у 1 – дегенеративные изменения клапанов. ИЭ нативных клапанов был у 2 больных и являлся вторичным на фоне существующего порока аортального клапана. У 1 из них в анамнезе было АКШ и 4 функционирующих шунта на момент операции. 2 пациента из 3 с ПЭ имели в анамнезе инъекционную наркоманию. Таким образом, 6 операций были повторными, 5 имели экстренный характер. 2 пациента с ИЭ поступили в состоянии шока смешанной этиологии (кардиогенный и септический), 2 – в состоянии альвеолярного отёка лёгких, у всех 5 имелся системный эмболический синдром и сепсис. Средний риск операции по Euroscore II составил 32,4% (в группе экстренных операций – 57,12%, плановых – 7,37%). Во всех случаях для реконструкции МФТ использовалась ксеноперикардиальная заплата. У 3 пациентов в связи с циркулярным абсцессом корня аорты потребовалось полное замещение корня и восходящего отдела аорты клапансодержащим кондуитом по модифицированной методике Бенталла или Каброля с «эластичным проксимальным анастомозом». У 1 пациента было биопротезирование, у остальных использовались механические протезы. У 2 пациентов для улучшения экспозиции выполнялось полное пересечение ВПВ. У 3 пациентов с ИЭ были получены положительные гемокультуры: Stafilococcus epidermidis MRS, Streptococcus mitis и Enterococcusfaecalis. Антибактериальная терапия проводилась в течение 6 недель от даты операции. Длительность операции составила 428±11 мин, время искусственного кровообращения – 255±13 мин, пережатия аорты – 197±12 мин. Длительность наблюдения в послеоперационном периоде составила от 3 до 84 мес. (медиана 37).

Результаты. Повторное подключение ИК потребовалось в 2 случаях – для гемостаза в области проксимального анастомоза и устранения дисфункции аортального протеза. 2 экстренные операции закончены тампонированием перикарда и средостения в связи с неконтролируемой диффузной кровоточивостью. Послеоперационная кровопотеря в 1-е сутки составила 545±250 мл, длительность ИВЛ – 26±11 часов, пребывания в реанимации – 4,5 сут., в стационаре после операции – 20,5. Развились следующие послеоперационные осложнения: фибрилляция предсердий – 2, АВ-блокада 3 степени – 1, острая сердечная недостаточность – 4, острая почечная недостаточность – 1, СПОН – 2, гидроперикард – 1, пневмония – 2, медиастинит – 1, ложная аневризма проксимального анастомоза – 1, острая дыхательная недостаточность, потребовавшая подключения вено-венозного ЭКМО. У данного пациента развился единственный летальный исход (10%) в результате обширного геморрагического инсульта. Все осложнения и летальный исход встретились в группе экстренных вмешательств. После плановых операций клинически значимых осложнений и летальности не было. В отдалённом периоде результаты отслежены у всех пациентов. Зафиксирован 1 летальный исход через 2 года после операции вследствие желудочно-кишечного кровотечения на фоне передозировки варфарина. Остальные пациенты находятся в I–II ФК по NYHA, по данным контрольных эхокардиографических исследований дисфункции протезов не выявлено, клапанзависимых осложнений не зарегистрировано.

Выводы. Операция «Commando» является методом выбора при ИЭ левых камер с вовлечением МФТ, необходимости протезирования обоих клапанов при узком корне аорты, выраженном кальцинозе МФТ, повторных операциях при наличии ППН. Несмотря на техническую сложность операции и исходную тяжесть состояния пациентов, благодаря своему радикализму данное вмешательство обеспечивает хорошие ближайшие и отдалённые результаты.

ЭКСТРЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Б.Д. Тлеумуратов, Р.Ю. Садыков, Р.И. Тураев

Каракалпакский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Среди наиболее важных проблем современной хирургии одно из ведущих мест, безусловно, занимают диагностика, лечение и профилактика осложнений травматических повреждений брюшной полости. В мирное время абдоминальные травмы составляют от 1,5 до 4,5% всех травм. Неуклонный рост числа транспортных средств, особенно в крупных городах, в ближайшие годы, скорее всего, приведет к дальнейшему росту травматизма.

Цель исследования. Оценка оказания экстренной хирургической помощи пациентам при травматических повреждениях брюшной полости.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 156 пациентов, поступивших в Каракалпакский филиал РНЦЭМП с различными травмами органов брюшной полости за 2018–2022 годы. При этом учитывались особенности травматических повреждений живота, клинический осмотр и наблюдения, тяжесть течения, диагностические методы, зависимость исхода лечения от времени поступления в стационар, оперативность оказания экстренной помощи и исход лечения.

Результаты. Большинство пациентов, поступивших в стационар, были мужчинами – 106 (67,9%), женщин было 50 (32,1%). Из них в экстренном порядке оперировано 92 (58,9%) пациента, 64 (41,1%) пациентам проводилась консервативная терапия. Большинство оперированных пациентов – 79 (85,8%) – трудоспособного возраста, что делает травматические повреждения органов брюшной полости социальной проблемой. У 16 (17,4%) пациентов была диагностирована открытая травма живота, у 76 (82,6%) пациентов выявлена тупая травма органов брюшной полости.

С момента получения травмы в течение 6 часов были госпитализированы 65 (70,7%) пациентов, после 6 часов – 27 (29,3%) пациентов. Большая часть пациентов была оперирована в первые сутки с момента госпитализации после проведения полного комплекса обследования, включавшего клинический осмотр и наблюдения, обзорную рентгенографию органов брюшной полости, компьютерную томографию живота, ультразвуковое исследование (при необходимости повторное), лабораторные исследования. При наличии явных признаков внутрибрюшного кровотечения, геморрагического шока пациенты были оперированы в первый час с момента поступления.

Повреждения полых органов диагностированы у 10 (10,9%) пациентов, при этом преобладали повреждения тонкого кишечника, причем у 7 (7,6%) пациентов диагностированы множественные повреждения подвздошной кишки, что потребовало выполнения резекции участка кишки с наложением межкишечного анастомоза. Из паренхиматозных органов брюшной полости наиболее часто повреждена была селезенка – 19 (20,7%) случаев. Повреждение печени было обнаружено у 9 (9,8%) пациентов. Из всех оперированных больных умерли 7 пациентов, летальность составила 7,6%. Все умершие пациенты поступили в стационар в состоянии геморрагического и травматического шока, у них была диагностирована сочетанная травма органов брюшной полости вследствие дорожно-транспортных происшествий.

Выводы. Таким образом, результаты проведенных исследования показывают, что травматические повреждения органов брюшной полости являются одной из самых сложных проблем экстренной медицинской помощи. Наиболее важными в диагностическом и лечебном плане остаются повреждения кишечника, селезенки, печени и сочетанные травмы брюшной полости, как правило, осложняющиеся массивной кровопотерей.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ ПРИ ТРАНСПОЗИЦИИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Б.Д. Тлеумуратов, С.М. Бегалиев

Каракалпакский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Острый аппендицит является распространенным заболеванием, требующим незамедлительного хирургического вмешательства. Однако, в некоторых случаях, его диагностика и лечение могут оказаться сложными из-за редких аномалий в расположении внутренних органов. Одной из таких аномалий является транспозиция внутренних органов, когда они зеркально отображаются относительно нормального положения. В данном исследовании представлен клинический случай острого аппендицита у пациента с транспозицией внутренних органов, что создает дополнительные вызовы в диагностике и лечении.

Цель исследования. Описание результатов клинического случая острого аппендицита при транспозиции внутренних органов.

Материал и методы. Пациентка, 27-летняя женщина, обратилась в Каракалпакский филиал РНЦЭМП с жалобами на острую боль в левой подвздошной области. При сборе анамнеза было выяснено, что пациентка имеет аномальное расположение внутренних органов. При поступлении пациентке проводились стандартные клинические, инструментальные и лабораторные исследования.

Результаты. В результаты проведенного ультразвукового исследования органов брюшной по-

лости было выявлено особенности расположении внутренних органов. Печень находился в левом подреберье, в то время как селезенка расположена в правом подреберье. В области левой подвздошной области было обнаружено расширение червеобразного отростка и наличие скопления жидкости вокруг него. На основании объективных клинических, инструментальных и лабораторных исследований пациентке был поставлен диагноз: Острый аппендицит при транспозиции внутренних органов (situs inversus viscerum) и пациентка была принята на операцию в экстренном порядке. После анестезии был выполнен разрез Дьяконова–Волковича в левой подвздошной области длиной 9 см. Во время ревизии было обнаружено, что париетальная брюшина левой подвздошной области не имеет изменений, а также не выявлено наличие жидкости в брюшной полости. Установлено, что купол слепой кишки и червеобразного отростка находятся в левой подвздошной области. Червеобразный отросток имел длину 10 см, был утолщен, инфильтрирован и покрыт налетом фибрина. Была выполнена типичная аппендэктомия. Послойные швы на рану. Произведено обработка спиртом и наложена асептическая повязка. Послеоперационный диагноз: Острый флегмонозный аппендицит при транспозиции внутренних органов. Продолжительность операции составила 45 минут. В послеоперационном периоде пациентка получала соответствующее лечение, включая антибиотики и анальгетики. Послеоперационная рана зажила без признаков воспаления. Пациентка была выписана на 5-е сутки после операции для дальнейшего амбулаторного лечения у хирурга по месту жительства в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Данный клинический случай подчеркивает важность компетентного сбора анамнеза при подозрении на острый аппендицит с аномальным расположением внутренних органов. В случае отсутствия данных анамнеза, свидетельствующих за аномалию, атипичную клиническую картину, необходимо применение современных методов исследования для достоверной диагностики.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕТРОГРАДНОЙ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИИ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Д.Б. Туляганов, Ш.К. Атаджанов, Б.А. Алиев

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Последние десятилетия характеризуются устойчивым ростом заболеваемости желчнокаменной болезни. Характерным является рост осложненных ее форм, таких как холедохолитиаз, стеноз дистального отдела общего желчного протока либо их сочетание. Несмотря на внедрение новых диагностических и хирургических технологий, эти осложнения остаются основной проблемой в лечении больных с желчнокаменной болезнью.

В настоящее время общепринятой стратегией лечения желчнокаменной болезни в сочетании с холедохолитиазом является эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) с последующей лапароскопической холецистэктомией (ЛХ). Тем не менее, оптимальные сроки лапароскопической холецистэктомии после ЭРПХГ остаются не до конца определенными из-за малой изученности. Также отсутствует планомерность в отношении подходящих сроков проведения ЛХ после ЭРХПГ. Несвоевременно выполненная лапароскопическая холецистэктомия может привести к серьезным осложнениям, таким как воспаление или повреждение соседних органов – двенадцатиперстной кишки или желчевыводящей системы. Определение оптимальных сроков лапароскопической холецистэктомии позволит снизить частоту повреждения билиарной системы и частоту ремиссий.

С целью определения оптимальных сроков лапароскопической холецистэктомии после ЭРХПГ на основании оценки нами проведен ретроспективный анализ результатов лечения 148 больных, перенесших лапароскопическую холецистэктомию после ЭРПХГ в РНЦЭМП за период 2021–2022 гг. Исследуемые пациенты в зависимости от сроков проведенного хирургического вмешательства были разделены на две группы: 1-я группа – 92 больных, которым ранняя ЛХ выполнена в течение 72 часов после ЭРХПГ; 2-я группа – 56 пациентов, которым ЛХ выполнена в течение времени от 72 часов до 2 месяцев после ЭРХПГ.

Проведенный анализ показал, что пациенты, которым лапароскопическая холецистэктомия после ЭРХПГ была проведена в течение первых 72 часов, имели более короткую продолжительность пребывания в стационаре, которая составила 3±4 суток. А во 2-й группе,в которой ЛХ была проведена больным в более поздние сроки, среднее число койкодней равнялось 10±15 суток. Также в группе пациентов, которым ЛХ было проведена в первые 72 часа после ЭРПХГ, осложнения развивались на 37% меньше относительно показателей 2-й группы. При этом продолжительность операции ЛХ у пациентов в 1-й группе составляла 30±40 мин, а у пациентов 2-й группы – 90±120 мин.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения лапароскопической холецистэктомии как можно в ранние сроки после проведения эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии и установления диагноза желчнокаменной болезни с холедохолитиазом в зависимости от тяжести заболевания.

НОВЫЙ ПОДХОД К ДООПЕРАЦИОННОЙ ОЦЕНКЕ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ УЩЕМЛЕННОЙ КИШКИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Д.Б. Туляганов, Д.Т. Пулатов, Б.И. Шукуров, Ж.Б. Яров, М.Х. Абдулахатов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

С целью оценки информативности УЗИ в диагностике острой кишечной непроходимости (ОКН) были отобраны 50 больных с клиникой илеуса. При УЗИ-диагностике ОКН использовали 5 основных критериев, которые характеризуют как морфологическое, так и функциональное состояние кишки: наличие расширенных петель, нарушения перистальтических движений, расширение стенки кишки, появление и расширение складок слизистой оболочки кишки, наличие свободной жидкости в брюшной полости. В зависимости от выраженности этих признаков морфофункциональные изменения стенки кишки были разделены на три категории: неосложненная стенка кишки, отек стенки кишки, некроз стенки кишки.

В выявлении признаков ОКН УЗИ имеет чувствительность 93,33% (95% ДИ 82,7–96,5%, LR+ 18,67) и специфичностью 95,0% (95% ДИ, 79,1–99,7%, LR – 0,07), с PPV (положительное прогностическое значение) 96,6% и NPV (отрицательное прогностическое значение) 90,5% в диагностике кишечной непроходимости.

У всех 12 больных с сонографическими признаками неизмененной стенки кишки операцию начали с применения лапароскопии. Показатель конверсии в этой группе пациентов составил 25,0% (3 случая), а у остальных 9 (75,0%) больных ОКН удалось ликвидировать эндовидеохирургическим способом.

Значительно более осторожно лапароскопию применили у пациентов с УЗ-признаками обратимого отека стенки – этот метод использован только у 6 (42,9%) из 14 больных, но, тем не менее, в половине случаев – у 3 пациентов – вмешательство удалось завершить миниинвазивным способом.

УЗ-признаки некроза кишки мы считаем противопоказанием к применению лапароскопии, в связи с чем в 2 подобных случаях была выполнена первичная широкая лапаротомия, при которой подтвержден некроз кишки – операция завершена резекцией некротизированных сегментов кишечника.

Таким образом, применение предлагаемых нами ультразвуковой градации тяжести поражения стенки кишки при ОКН (неосложненная, осложненная и некроз стенки кишки) и критериев их оценки позволяет конкретизировать показания к использованию лапароскопии и способствует увеличению доли успешных случаев лапароскопического разрешения илеуса до 75% у отобранных с помощью УЗИ больных с сонографическими признаками сохранной жизнеспособности кишечной стенки.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Д.Б. Туляганов, Б.Т. Гулямов, Б.И. Шукуров, Ж.Б. Яров

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Эпидемиологические и статистические исследования последних десятилетий убедительно свидетельствуют о повсеместном неуклонном росте заболеваемости раком ободочной кишки, который занимает третье место в общей структуре злокачественных новообразований, уступая лишь раку легкого и молочной железы. До 60% больных с опухолями тонкой и толстой кишки госпитализируются в стационары по экстренным показаниям с явлениями острой толстокишечной кишечной непроходимости (ОТКН), при которой частота послеоперационных осложнений и летальности достигает 57,2%, а показатель 5-летней выживаемости не превышает 28–33%.

Материал и методы. Проведен анализ историй болезни 189 пациентов, экстренно оперированных в РНЦЭМП по поводу ОТКН за период с 2012 по 2022 г. Мужчин было 96 (50,8%), женщин – 93 (49,2%). Основной контингент пациентов составляли лица пожилого и старческого возраста – средний возраст больных, включенных в исследование, составил 63,4±14,7 года. В течение первых 3 суток от начала заболевания поступило 63 (33,3%) больных, до 5 суток – 32 (16,9%), позже 5 суток было госпитализировано 94 (49,7%) пациента.

Обследование больных с ОТКН осуществляли с помощью оценки анамнеза, физикальных данных, стандартных клинических, лабораторных, инструментальных методов обследования (рентгенография грудной клетки и брюшной полости, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, забрюшинного пространства, колоноскопии, компьютерной томографии, лапароскопии).

Результаты. Операция Гартмана выполнена 76 (40,2%) больным, левосторонняя гемиколэктомия с наложением трансверзостомы – 50 (26,5%), правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза – 43 (22,8%), наложение цекостомы – 11 (5,8%), резекция сигмовидной кишки с наложением трансверзосигмоанастомоза – 6 (3,2%), резекция сигмовидной кишки с наложением десцендосигмоанастомоза – 2 (1,1%), обходной илеосигмоанастомоз – 1 (0,5%).

В послеоперационном периоде различные осложнения отмечены у 91 (48,1%) больного: несостоятельность межкишечного анастомоза констатирована у 6 (3,2%) больных, тромбоэмболия легочной артерии – у 12 (6,3%), инфаркт миокарда – у 14 (7,4%), пневмония – у 5 (2,6%), эвентрация – у 6 (3,2%), провал стомы – у 6 (3,2%), несостоятельность дистальной культи – у 2 (1,1%), абсцесс брюшной полости – у 2 (1,1%), эмболия подвздошной артерии – у 1 (0,5%), нагноение послеоперационной раны – у 37 (19,6%) пациентов. У больных с несостоятельностью межкишечного анастомоза выполнена релапаротомия, отключение кишки из пассажа выше зоны несостоятельности. Послеоперационная летальность составила 19,0% (умерло 36 больных).

Заключение. ОТКН является грозным осложнением опухолей толстой кишки с высокими показателями послеоперационных осложнений (48,1%) и летальности (19,0%). Данное обстоятельство требует усиления мероприятий по ранней диагностике этого заболевания и его своевременного лечения. Необходимо более активно внедрять современные методы малоинвазивной декомпрессии кишечника при ОТКН, что потенциально будет способствовать уменьшению числа послеоперационных осложнений и летальности. В этом плане перспективным представляется быстро развивающаяся и повсеместно распространяющаяся методика стентирования обтурированного опухолью участка толстой кишки.

THE IMPORTANCE OF OBJECTIVE EXAMINATION IN THE DIAGNOSIS OF STRANGULATED HERNIAS COMPLICATED BY ACUTE SMALL BOWEL OBSTRUCTION

Tulyaganov D.B., Khoshimov D.E., Pulatov D.T.

Republican Research Center of Emergency medicine

Abstract

AIM. Evaluation of the significance of the results of the primary objective examination of patients with different forms of strangulated hernia complicated by acute small bowel obstruction in the early diagnosis of the disease.

Material and methods. Statistical and analytical analysis of more than 154 patients treated at RRCEM with different forms of strangulated hernia complicated by acute small bowel obstruction (umbilical hernia, inguinal and inguinal-scrotal hernia, femoral hernia, postoperative ventral hernias, as well as strangulation, obturation, adhesions, intestinal intussusception, intestinal diverticulum, etc.) during 2016-2022 yy.

Study results. The significance of the results of an objective examination in a hospital after the onset of symptoms of the disease for effective diagnostic examination and early surgical treatment of patients with different forms of strangulated hernia complicated by acute small bowel obstructionwas assessed.Of the treated patients, 39 (25.3%) were aged 18-40 years, 61 (39.6%) were aged 41-60 years, 25 (16.2%) were aged 61-75 years, and 29 (18.9%) were older than 75 years. There were 83 (53.9%) men and 71 (46.1%) women.

39 patients (25.3%) within 3 hours, 68 patients (44.1%) within 3-6 hours, 31 patients (20.2%) within 6-12 hours, 11 patients (7.2%) within 12 – within 24 hours and the remaining 5 patients (3.2%) were referred or delivered to the hospital after 24 hours. It is noteworthy that 118 of the total number of patients (76.6%) had sudden stabbing pains in the abdomen from the first hours, but, despite this, 4 of them (3.4%) went to the hospital in a day. This increases the risk of possible complications up to 100%. According to the results of the study, 39 patients (25.3%) had severe pain only in the area of the strangulated hernia, 73 patients (47.4%) had severe pain and nausea, the remaining 42 patients (27.3%) had severe pain, nausea, and vomiting was also observed.

In 19 (61.3%) who applied to the hospital in the first 6-12 hours after the onset of clinical symptoms, it was normal (36.4-36.8ºC), in 9 (29.0%) subfebrile (37-38.0ºC), 3 patients (9.7%) had febrile (38.0-39ºC) body temperature. Subfebrile (37-38.0ºC) temperature was observed in 4 of those who applied within 12-24 hours (36.4%), and in 3 of those who applied after 24 hours (60.0%). That is, in parallel with the late visit to the hospital, the number of patients with elevated body temperature also increased.

A total of 139 patients (90.3%) had a clear asymmetric swelling or mass in the area of the hernia. In the remaining 15 (9.7%) patients, there was no obvious swelling in the area of the hernia, and in 13 of them (86.7%), a diagnosis of strangulated hernia complicated by acute small bowel obstruction was made. After the operation, 4 patients died, the mortality rate was 2.6%.

Conclusions. The majority of strangulated hernias complicated by acute small bowel obstruction are umbilical, inguinal and postoperative ventral hernias. Immediately after the onset of initial clinical signs, an in-depth objective examination by a surgeon based on general and local clinical signs increases the effectiveness of early diagnosis and treatment of the disease.

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH VOLVULUS OF THE SIGMOID COLON ON THE BASIS OF A NEW METHOD OF RSCEM

Tulyaganov D.B., Abdulakhatov M.Kh., Pulatov D.T., Khoshimov D.E.

Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Uzbekistan, Tashkent

Actuality. Intestinal volvulus is a pathological condition caused by a change in the position of the intestine in the form of torsion and the formation of

a loop. Volvulus of the sigmoid colon, which is a life-threatening condition for the patient, occurs as a result of rotation of the sigmoid colon along the axis of its mesentery and leads to obstruction of the lumen of the intestinal loop. Volvulus of the sigmoid colon refers to relatively rare diseases, accounting for 3% to 8% of the total number of all types of intestinal obstruction. Despite the achievements of surgery in recent years, mortality in this disease can range from 20 to 30%, and the number of complications in this case can reach 32-47%.

The main type of treatment for acute volvulus is surgical, however, in modern literature, opinions on the scope and methods of surgical interventions are contradictory. Some researchers suggest that palliative interventions be performed only on an emergency basis, explaining this approach as less traumatic, while others believe that surgical interventions should always be radical. Palliative interventions (non-resection methods) not only do not prevent the possibility of relapses in the future and do not completely eliminate the existing pathology, but they can also aggravate the existing disorders of colon motility. Improvement of diagnostic and surgical tactics in the treatment of volvulus of the sigmoid colon, determination of indications for conservative and surgical treatment, development of new methods of surgical intervention are undoubtedly relevant in modern surgery.

The purpose of the study was to evaluate the significance of the results of diagnosis and treatment of patients with volvulus of the sigmoid colon based on the algorithm for managing patients with volvulus of the sigmoid colon developed at RSCEM.

Material and research methods. Our experience is based on the analysis of the results of a comprehensive examination and treatment of 156 patients of the RSCEM. Who suffered from volvulus of the sigmoid colon and received complex treatment in the period from 2001 to 2023.

The results. Our experience is based on the treatment of 156 patients. The age of patients ranged from 20 to 91 years (mean age of patients was 56 years). There were 102 men and 54 women. Mortality depended on the timing of the admission of patients to the hospital from the onset of the disease, age and the presence of concomitant pathologies.

Out of 156 patients, peritonitis was detected in 5cases at admission, the remaining 151 patients did not have peritonitis. From the anamnesis - in 5 3cases there was a repeated recurrence of the disease. The number of patients with a primary episode of the disease was 101. Conservative treatment had a positive effect in 16 cases. 133 patients underwent laparotomy: of these, in 140 cases, signs of necrosis were not detected, and in 5cases necrosis of the sigmoid colon was determined and a sigmostoma was applied to these patients. Interintestinal anastomosis modified by RSCEM was performed in 11 patients in whom the vital signs of the sigmoid colon were preserved. A new method, developed and implemented at RSCEM for the treatment of this category of patients, is to impose an anastomosis between the descending and sigmoid colons with a side-to-side interintestinal anastomosis. This technique is less traumatic and at the same time resection of a part of the intestine or stone is not required, the risk of developing a recurrence of the disease is reduced.

Conclusion. Volvulus of the sigmoid colon is a common cause of acute intestinal obstruction. This potentially fatal condition can occur in patients of any age with a risk factor for recurrence. Despite the fact that some conservative measures can be used to reduce the symptoms of volvulus, sigmoplication remains the main method of treatment for patients with sigmoid volvulus at the moment. However, this type of surgical intervention very often leads to relapses of the disease with further deterioration of the patient's condition.

Based on the results obtained, the new method, which was first used in our center in this category of patients, makes it possible to perform this operation on an emergency basis, which prevents the risk of recurrence of the disease.

ҚОРИН БЎШЛИҒИ ЎТКИР ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАРИ ДИАГНОСТИКАСИДА ЛАПАРОСКОПИЯНИНГ АҲАМИЯТИ

А.Ю. Тухтақулов, Н.И. Махмудов, Б.А. Туйчиев

РШТЁИМ Фарғона филиали

Қорин бўшлиғи аъзолари ўткир хирургик касалликларида, ёпиқ шикастланишларида ўз вақтида шошилинч ташхис қўйиш, даволаш амалий тиббиётнинг долзарб ва мураккаб муаммоларидан ҳисобланади. Ўткир хирургик касалликларда баъзи ҳолларда ташхис қўйишнинг мураккаблиги, беморларнинг шифохонага кеч мурожаат қилишлари, кекса ёшдаги ва оғир ҳамроҳ касалликлари мавжуд беморларда касаллик белгиларининг атипик намоён бўлиши каби ҳолатлар билан чамбарчас боғлиқдир. Ўз вақтида аниқ ташхис қўйишдаги муаммолар ва самарали даволаш услубини танлашдаги қийинчиликлар, ушбу беморларда шошилинч лапароскопияни амалга ошириш заруриятини туғдиради.

РШТИМ Фарғона филиалида кейинги 3 йил давомида жами 117 нафар беморда диагностик лапароскопия амалга оширилган. Эркаклар 74 (63,2%), аёллар 43 (36,8%) кишини ташкил этади.

Шошилинч лапароскопия ўтказишдан асосий мақсад қорин бўшлиғи ўткир хирургик касалликларини аниқлаш, худди шундай клиник белгилар билан намоён бўладиган бошқа касалликларни инкор этиш, органлардаги патологик ўзгаришлар даражасини баҳолаш, қайси даволаш услуби айнан шу бемор учун самарали эканлигини аниқлаш

каби вазифаларни ҳал этиш учун бажарилади. 117 та бажарилган диагностик лапароскопиядан 21 (17,9 %) беморларда қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир хирургик хасталиги инкор этилди. Қолган 96 нафар бемордан 64 (54,7 %) тасида ўткир хирургик касалликлар, 32 (27,3%) нафар беморларда қорин бўшлиғи аъзолари ёпиқ шикастланишлари аниқланди. Диагностик лапароскопияда қорин бўшлиғи аъзолари ўткир хирургик касалликлари топилган 64 бемордан 12 (18,75%) нафар беморда ўткир декструктив холецистит, 10 (15,6%) нафарида ўткир аппендицит, 11 (17,2%) нафарида ўткир панкреатит, 8 (12,5%) нафарида 12 бармоқ ичак ярасининг тешилиши, 6 (9,4%) нафарида тухумдон кистасининг айланиб қолиши, 4 (6,2%) нафарида ингичка ва йўғон ичак ўсмалари, ичак тутилиши, 6 (9,4%) нафарида пельвиоперитонит, 4 (6,2 %) нафарида Крон касаллиги, 3 (4,6%) нафар беморда мезентрал томирлар тромбози аниқланди.

Бу беморларнинг 38 тасида (59,3 %) анъанавий лапаротомияга ўтилди ва керакли операциялар бажарилди. Қолган 26 (40,7%) беморда эса лапароскопик операция усуллари бажарилди. Лапароскопик шошилинч холецистэктомия 7 (26,9 %) нафар беморда, аппендэктомия 5 (19,2 %) нафар, лапароскопик тухумдонлар кистэктомияси 4 (15,4 %) нафар, лапароскопик қорин бўшлиғини санацияси ва дренажлаш 4 (15,4 %) нафар, лапароскопик кичик тос бўшлиғининг санацияси ва дренажлаш 6 (23%) нафар беморда бажарилди. Қорин бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ шикастланиши билан диагностик лапароскопия ўтказилган 32 бемордан 26 тасида (81,2%) қорин бўшлиғи аъзолари шикастланишлари аниқланди, 2 (5,2%) та беморда эса қорин-парда орти гематомаси топилди. Қолган 6 (15,7 %) беморда оператив муолажаларга сабаб топилмади, қорин бўшлиғи ёпиқ шикастланишлари истисно қилинди ва «кераксиз» лапаротомиянинг олди олинди. Диагностик лапароскопияда қорин бўшлиғи ёпиқ шикастланишлари аниқланган 26 беморда анъанавий лапаротомия қилинди ва 9 (34,6 %) нафар беморда жигар жароҳатларини тикиш, 5 (19,2 %) та беморда спленэктомия, 6 (23 %) нафар беморда ингичка ва йўғон ичак жароҳатларини тикиш, 4 (15,4 %) нафар беморда ингичка ва йўғон ичаклар ичактутқичлари жароҳатини тикиш, 2 (7,7 %) та беморда сийдик пуфаги жароҳатини тикиш ва эпицистостомия қўйиш операциялари бажарилди.

Хулоса қилиб айтганда лапароскопик хирургиянинг ўткир қорин касалликларига ва ёпиқ шикастланишларда амалиётга татбиқ этилиши, диагностика услуби самарадорлигини оширган ҳолда, нафақат ташхис қўйиш муаммосини ҳал қилиш, балки 40,7 % ҳолатларда операцияни лапароскопик усул билан якунлаш имконини берди. Бу эса каминвазив хирургиянинг барча афзалликлари: операцион жароҳатнинг ва операциядан сўнгги оғриқнинг максимал камайтирилишига, беморларнинг эрта фаоллаштирилишига, даволаниш муддатининг қисқаришига, дори-дармон ва боғлов материаллари сарфининг камайишига имкон беради.

ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С КАМНЯМИ ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА

Г.У. Убайдуллаев, Б.Ш. Исматов, Н.А. Сайфуллаев, У.А. Мамадиев, Ш.О. Туйчиев

Джизакский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Актуальность. Нередко конкременты мочеточника располагаются в его терминальном отделе и являются причиной значительной дилатации мочеточника. «Частичная» обструкция не приводит к острой боли и не причиняет пациентам в течение длительного времени какого-либо беспокойства, что служит причиной позднего обращения их к врачу. Однако нахождение камня в просвете мочеточника в течение длительного времени приводит к патологическому изменению стенки мочеточника и воспалению (с последующим образованием грубых рубцов) в окружающих его тканях. Подобное состояние требует выполнить не только удаление камня, но и выполнить реконструктивную операцию уретеровезикального соединения.

Цель. Выполнить ретроспективное исследование результатов оперативного лечения пациентов с камнями, расположенными в терминальном отделе мочеточника, в зависимости от длительности заболевания.

Материалы и методы. За период с января 2017 года по декабрь 2022 года было обследовано и проведено оперативное вмешательство по поводу конкрементов нижнего (терминального) отдела мочеточника 47 больных. Средний возраст пациентов составил 34,7±9,5 года (от 18 до 56 лет). Мужчин было 65 (74%), женщин – 22 (26%). Всем больным выполнены: анализ мочи (бактериологическое исследование мочи выполнено при наличии бактериурии), биохимические и клинические исследования крови; ультрасонографию мочевого тракта. Для определения размера и места расположения камня выполнена обзорная и внутривенная экскреторная урография (с целью выяснения функционального состояния почек). Средний размер камня составил 2,3±0,4 см. Конкременты в левом мочеточнике были в 78 (89%), в правом – в 9 (11%) случаях.

Результаты. Всем больным доступ к мочеточнику осуществлен с использованием надлобкового разреза по Пфаненштилю, предполагая вероятность реконструктивной операции на мочеточнике. Обязательным условием оперативного вмешательства явилось тугое заполнение (как правило, воздухом) мочевого пузыря с помощью катетера, введенного через уретру. Уретеролитотомия выполнена через

разрез стенки мочеточника, выполненный проксимальнее места расположения камня, у 76 (87%) больных. Следует отметить, что длительность заболевания в этой группе больных в среднем составила 6,4±0,3 месяца. При ревизии мочеточника в 11 (13%) случаях оказалось, что его стенка значительно утолщена и уплотнена, имеется значительный рубцовый процесс в окружающих его тканях. После удаления камня при ревизии выявлено сужение интрамурального отдела мочеточника и уретеровезикального соустья, при этом катетер калибра 4 Ch провести через их просвет не удалось. Этим пациентам выполнена неоимплантация мочеточника в мочевой пузырь с антирефлюксной защитой по Politano-Leadbetter. Для декомпрессии верхнего отдела мочевого тракта использовали мочеточниковый стент. Длительность заболевания в этой группе больных в среднем составила 12,4±0,3 месяца.

Заключение. Длительное нахождение камня в терминальном отделе мочеточника может привести к рубцовым изменениям уретеровезикального соединения, что является причиной возникновения суправезикальной обструкции. При планировании уретеролитотомии у больных с конкрементами дистального отдела мочеточника целесообразно использовать оперативный доступ, позволяющий выполнить не только удаление камня, но и при необходимости – реконструктивную операцию для восстановления пассажа мочи.

ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ГРУДИ И ЖИВОТА

А.М. Хаджибаев, М.М. Пулатов, Б.Т. Гулямов, Б.И. Шукуров, К.С. Элмуродов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Изучены результаты хирургического лечения 242 больных с закрытой сочетанной травмой груди и живота (ЗСТГЖ), госпитализированных в РНЦЭМП за период с 2017 по 2022 г. Средний возраст больных составил 38,5±13,3 года с диапазоном от 18 до 69 лет.

Для ЗСТГЖ характерным является высокая частота (213; 88,0%) перелома ребер, при этом у большинства из этой категории больных (155; 64,0%) наблюдаются переломы 2 и более ребер. Подкожная эмфизема при осмотре и на рентгенограммах была выявлена у 175 (72,3%) пациентов. У всех 242 больных с СТГЖ, включенных в данное исследование, мы констатировали наличие рентгенологических признаков гемоторакса (88; 36,4%), пневмоторакса (44; 18,2%) и гемопневмоторакса (110; 45,5%). Частота повреждения легкого различной степени при СТГЖ составляет 77,7% (188/242). Кровотечение из межреберных сосудов было выявлено в 54 (22,3%) случаях. В 6 (2,5%) случаях источником посттравматического пневмоторакса был разрыв поверхностных булл легкого. В одном случае у больного с переломом грудины интраоперационно была выявлена гематома переднего средостения без признаков повреждения сердца и крупных сосудов средостения. Частота повреждения диафрагмы у больных с СТГЖ составляет 29,3% (71/242). При этом в два раза чаще повреждается левый купол диафрагмы (48/23), чем правый.

В структуре травм органов брюшной полости при ЗСТГЖ ведущее место занимают повреждения печени – имели место у 75 (31,0%) пострадавших. Далее по частоте идут травмы селезенки (27,3%), почек (24,4%), поджелудочной железы (16,9%) и полых органов (14,5%). Закрытым повреждениям наименее подвержены мочевыводящие пути – имели место у 29 (12,0%) больных, в том числе у 16 (6,6%) – разрыв уретры, у 13 (5,4%) – мочевого пузыря.

Главным критерием определения очередности вмешательства на грудной клетке или в брюшной полости служил объем гемоторакса и гемоперитонеума. Если по данным УЗИ и рентгенографии преобладали признаки кровотечения из органов грудной клетки, то вмешательство начинали с торакоскопии (92) или торакотомии (8), а если превалировал гемоперитонеум, первым этапом прибегали к видеолапароскопии (29) или лапаротомии (91). При идентичных объемах крови в этих смежных полостях предпочтение отдавали торакальному этапу вмешательства. У 22 (9,1%) больных с малым гемотораксом и/или пристеночным пневмотораксом без продолжающегося внутриплеврального кровотечения предоперационное дренирование плевральной полости стало окончательным вмешательством на грудной клетке.

Широкая торакотомия (без первичной видеоторакоскопии) первым этапом (8) и после абдоминального этапа (2) выполнена всего у 10 (4,1%) пациентов, тогда как показания к первичной широкой лапаротомии были у 162 (66,9%) пострадавших с ЗСТГЖ, в том числе у 91 (37,6%) больного лапаротомия выполнена первым этапом, у 71 (29,3%) – после торакального этапа. Указанные цифры отражают не только более частое доминирование внутрибрюшных повреждений, но и более ограниченные лечебно-диагностические возможности видеоэндохирургической техники при травмах живота, в связи с чем у этой категории пострадавших видеолапароскопия применена только в 80 (33,1%) случаях. В то же время видеоторакоскопия явилась основным хирургическим доступом торакального этапа вмешательства и была использована в 210 (86,8%) случаях со средним показателей конверсии 17,1% (36/210).

Из общего числа 242 больных с СТГЖ открытые вмешательства на обеих смежных полостях выпол-

нены всего в 8 случаях (3,3%), а у всех остальных пострадавших лечебно-диагностические возможности видеоэндохирургической техники позволили избежать травматичного широкого хирургического доступа в обеих (41; 16,9%) или в одной (193; 79,8%) из смежных полостей.

ХАРАКТЕР И ЧАСТОТА ФАТАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И ЖИВОТА ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ

А.М. Хаджибаев[1], К.С. Элмуродов[2], З.М. Рузиева[3], Б.И. Шукуров[1], Ш.К. Элмуродов[2]

[1]Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
[2]Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП
[3]Кашкадарьинский филиал Республиканского научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы

Изучены структура и причины летального исхода при закрытой травме груди и живота по результатам аутопсий, проведенных в Кашкадарьинском бюро судебно-медицинской экспертизы (СМЭ) в 2020–2021 гг. За указанный двухлетний период проведены патологоанатомические исследования 1830 умершим, в структуре которых ведущее место занимают умершие от механической травмы (n=717), доля которых составляет 39,2%. В общей структуре умерших от механической травмы (n=717) абсолютно преобладали погибшие от последствий закрытой травмы, которая имела место в 604 (84,2%) случаях. Только 83 (13,7%) умерших от закрытой травмы были пожилого и старческого возраста, а абсолютное большинство погибших – 521 (86,3%) человек – были детского (102; 16,9%), молодого (259; 42,9%) и среднего (160; 26,5%) возрастов. Мужчин среди умерших с закрытой травмой было 458 (75,8%), женщин – 146 (24,2%).

В структуре механизма фатальной закрытой травмы значительно преобладают дорожно-транспортные происшествия (ДТП), на долю которых приходится 522 (86,4%) случая летального исхода. Существенно реже, примерно с одинаковой частотой, смерть наступала по причине криминальной (27; 4,5%), высотной (23; 3,8%), бытовой (16; 2,6%) и производственной (14; 2,3%) травм. Причину смерти 2 (0,3%) умерших не удалось выяснить.

535 (88,6%) человек погибли вне стационара, в том числе 450 (74,5%) умерли на месте происшествия, 85 (14,1%) – во время транспортировки. Всего 69 (11,4%) человек, которые впоследствии умерли, успели довести живыми до стационара, однако хирургическую помощь успели оказать только 39 (6,5%) из них. 450 (74,5%) пострадавших с закрытой травмой погибли в первый час после получения травмы.

Только у 208 (34,4%) погибших на аутопсии выявлена изолированная травма одной анатомической зоны, а у всех остальных умерших – 396 (65,6%) – выявлено сочетанное поражение органов и систем двух и более анатомических зон. При этом у половины погибших (300; 49,7%) доминирующей причиной смерти была черепно-мозговая травма, а у четверти (155; 25,7%) умерших – изолированная и сочетанная травма органов грудной клетки. Смерть по причине повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства констатировано в 62 (10,3%) случаях. Значительно реже пострадавшие при закрытой травме погибали от последствий позвоночно-спинномозговой травмы (35; 5,8%), конечностей (35; 5,8%), таза (17; 2,8%) и других анатомических структур (13; 2,2%).

У погибших с закрытой травмой (n=604) частота изолированного и сочетанного повреждения органов грудной клетки и живота в сумме составляет 500 (82,8%) случаев, при этом изолированное повреждение только органов грудной клетки имело место у 121 (20,0%) погибшего, значительно реже – у 52 (8,6%) умерших – обнаруживали изолированное повреждение органов брюшной полости. Более чем у трети умерших от закрытой травмы (224; 37,1%) на аутопсии выявляли тандемное поражение органов грудной клетки и живота, в том числе у 65 (10,8%) погибших – одновременное повреждение органов грудной клетки, брюшной полости и других анатомических зон. Только у 104 (17,2%) умерших с фатальной закрытой травмой мы не обнаружили повреждения груди и живота.

Изолированное (n=121) и сочетанное (n=285) повреждения органов грудной клетки диагностированы у 406 (67,2%) умерших от закрытой травмы, у которых практически всегда – у 370 (91,1%) погибших) находили наличие гемоторакса (168; 41,4%) или гемопневмоторакса (202; 49,8%). Крайне редко (14; 3,4%) обнаруживали наличие пневмоторакса без накопления в плевральных полостях крови. В структуре внутригрудных повреждений преобладали разрывы ткани легкого, что имело место у 226 (55,7%) погибших. При тяжелой фатальной закрытой травме примерно с одинаковой частотой повреждению подвергаются диафрагма (48 (11,8%) случаев) и сердце (41; 10,1%). При закрытой травме грудной клетки одинаковую частоту повреждения имеют также аорта и сосуды корня легкого (зарегистрировано по 22 (5,4%) случая разрыва каждой из указанных анатомических структур). Разрывы других сосудистых образований средостения были выявлены у 15 (3,7%) погибших. В единичных случаях на вскрытии умерших от закрытой травмы были выявлены разрывы трахеи и крупных бронхов.

Что же касается внутрибрюшных/забрюшинных повреждений у умерших с закрытой травмой живота (n=318), то в их структуре преобладали ушибы и разрывы печени и селезенки, которые

обнаружены у 230 (72,3%) и 127 (39,9%) умерших соответственно. Далее по частоте следовали повреждения органов мочевыделительной системы: мочевого пузыря (17,3%) и почек (12,6%). Значительно реже наблюдали повреждения забрюшинных органов – ДПК (2,5%) и поджелудочной железы (1,9%).

Таким образом, при тяжелой закрытой травме риск изолированного или сочетанного повреждения органов грудной клетки и живота составляет 82,8%. Более чем у трети умерших от закрытой травмы (37,1%) имеет место сочетанное поражение органов грудной клетки и живота. В структуре внутригрудных повреждений абсолютно преобладают (55,7%) разрывы ткани легкого, примерно с одинаковой частотой повреждению подвергаются диафрагма (11,8%) и сердце (10,1%), значительно реже – аорта (5,4%) и сосуды корня легкого (5,4%).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА У ПОСТРАДАВШИХ С РАНЕНИЕМ СЕРДЦА

Ф.А. Хаджибаев, М.А. Мирсидиков, А.Г. Мирзакулов, У.А. Абдуганиев

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Анализ литературы доказывает, что, несмотря на проведенные многочисленные научные исследования, в проблеме диагностики и лечения ранений сердца до настоящего времени имеются нерешенные вопросы. Это касается как проблем своевременной диагностики ранений сердца, так и выбора способов хирургической коррекции ранений сердца при травмах грудной клетки. В частности, не установлены роль и место в лечебной программе ранений сердца малоинвазивных технологий, не установлена очередность применения традиционных и малоинвазивных хирургических вмешательств у больных с ранениями сердца. И, наконец, не разработан лечебно-диагностический алгоритм ранений сердца с указанием четких стандартов действия в конкретных клинических случаях.

Цель. Анализ эффективности применения нового лечебно-диагностического алгоритма у пострадавших с ранениями сердца.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов диагностики и лечения 112 пациентов с ранениями сердца при открытых травмах груди, наблюдавшихся нами в хирургических отделениях РНЦЭМП и его филиалах за период с 2010 по 2021 г. Диагностический процесс у больных с ранениями сердца включал в себя как традиционные методы исследования, направленные на установление наличия, характера повреждения органа, оценки общего состояния пациентов (общеклинические, лабораторные, рентгенологические методы, Эхо-КГ, ЭКГ), так и применение современных способов распознавания данных ранений и функционального состояния миокарда (видеоторакоскопия, специальные исследования миокардиальных маркеров – КФК, ЛДГ, АСТ, миоглобин и тропонин в крови). В зависимости от тактики и способа лечебно-диагностических процедур все больные с ранениями сердца были разделены на 2 группы: контрольную и основную. В контрольную группу вошли 59 (52,7%) больных, к которым применялась традиционная лечебно-диагностическая тактика. У 53 (47,3%) больных основной группы лечебно-диагностический процесс был дополнен разработанной диагностической шкалой прогноза вероятности наличия ранений сердца, широким применением лечебных возможностей ВТС, а также усовершенствованной схемой консервативной терапии послеоперационного периода.

Результаты и обсуждение. Больные с ранениями сердца преимущественно входили в категорию молодого трудоспособного населения, мужчины превалировали над женщинами (68,7% и 31,3%). Сравнение результатов лечения больных с ранениями сердца контрольной и основной групп проводили в два этапа. На первом этапе выполняли предварительный анализ результатов лечения больных обеих групп на основании следующих критериев: количество послеоперационных осложнений, число специфических послеоперационных осложнений, продолжительность пребывания больного в стационаре (койко-дни), летальность. Частота послеоперационных осложнений в контрольной группе была достоверно выше, чем в основной группе (44,1% и 22,6%). Прежде всего это касалось числа специфических послеоперационных осложнений (18,6% и 9,4%), требовавших повторных хирургических вмешательств. В результате этого такие показатели, как летальность (15 и 3) и время пребывания больных основной группы (12,8±1,3) в стационаре (койко-дни), оказались достоверно меньше, чем в контрольной (24,8±2,4).

Логическим завершением сравнительной характеристики полученных данных лечения обеих групп больных являлось обобщение всех анализированных критериев. На долю хороших результатов в контрольной группе пришлось 18,4%, в основной – 34,2%; на долю удовлетворительных – 35,9% и 44,3% соответственно. Что касается неудовлетворительных результатов, то в контрольной группе данный показатель был в 2 раза выше, нежели в основной (45,7% и 21,5%).

Выводы. Внедрение в лечебно-диагностический протокол ранений сердца малоинвазивных технологий и оптимизированной схемы послеоперационной консервативной терапии усовершенствует лечебно-

диагностический процесс и существенно улучшает результаты лечения этого тяжелого контингента ургентных больных. Это выражается в уменьшении количества послеоперационных осложнений, снижении летальности и уменьшении дней пребывания больных в стационаре. Разработанный новый лечебно-диагностический алгоритм ранений сердца при травмах грудной клетки является наиболее полным, достоверным, соответствующим требованиям экстренной хирургии ранений сердца и вполне может быть внедрен в практическую деятельность РНЦЭМП, его областных и районных филиалов.

ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА ПОЧКИ (ДИАГНОСТИКА НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ)

Ф.А. Хаджибаев[1], А.Т. Эрметов[2], О.Ж. Ашуров [1,2]

[1]Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
[2]Ташкентский областной филиал РНЦЭМП, Ташкент, Узбекистан

Приблизительно 1–7% всех травм приходится на травму почки. На долю тупой травмы приходится 80% всех повреждений почек. Она наблюдается у 8–10% больных с тупой травмой живота. Повреждение почки необходимо исключать у каждого пострадавшего при падении с большой высоты или дорожно-транспортных происшествий (ДТП). Факторы, влияющие на степень травмы почки: направление силы удара, положение тела во время удара, длина и состояние XII ребра, выраженность паранефральной клетчатки, тонус и степень развития мускулатуры, состояние самой почки.

Подозрение на травму почки возникает при наличии у пациента: гематурии, значительных кровоподтеков поясничной области, обширных повреждений при падении или ДТП, проникающие ранения живота или поясничной области.

Наше исследование основано на анализе 196 больных с изолированными и сочетанными травмами верхних мочевыводящих путей, поступивших в РНЦЭМП и Ташкентский областной филиал РНЦЭМП за последние 5 лет. Среди общего числа больных преобладали лица мужского пола – 143 (73%). Среди всех пострадавших чаще встречались лица трудоспособного возраста от 18 до 50 лет – 129 (65,8%). В основном больные обращались в первые 6 часов от момента получения травмы – 145 (73.9%) больных, в срок от 6 до 24 часов – 42 (21,4%) больных, свыше 24 часов – 25 (12,7%) больных. Анализ причин и обстоятельств повреждения показал, что основное число повреждений было получено в результате ДТП – 122 (62,2%) пострадавших, травматический шок наблюдался у 138 (70,4%).

Службой 103 доставлены 38 (19,4%) больных, а остальных пострадавших доставили виновники ДТП или родственники.

Наиболее часто встречаемые клинические проявления при травме почек: гематурия отмечалась у 90% пострадавших, боль в поясничной области с пораженной стороны – в 75%, наличие припухлости в поясничной области – в 40% случаев. Все больные в приемном отделении РНЦЭМП и Ташкентского областного филиала РНЦЭМП при первичном осмотре в шоковой палате осматривались необходимыми смежными специалистами. В дальнейшем, согласно выработанному алгоритму диагностики, проводились необходимые исследования. Оценивалось состояние гемодинамики, проводилось УЗИ почек и органов брюшной полости. При подозрении на наличие субкапсулярной, забрюшинной гематомы (ограничение подвижности почек, «размытости» контуров почек) в 73 (37,2%) случаях проводилась внутривенная урография. При этом у 47 (23,9%) выделительная функция обеих почек не была нарушена. В 27 (13,8%) случаях произведено МСКТ забрюшинного пространство и мочевых путей с контрастированием. В 26 (13,3%) случаях выявлена та или иная степень повреждения почек.

Таким образом, своевременная диагностика на госпитальном этапе при изолированных и сочетанных травмах почек, согласно алгоритму диагностики РНЦЭМП, дала возможность своевременно и правильно выработать тактику лечения, в связи с этим удалось намного уменьшить число осложнений и летальных исходов.

ДИАГНОСТИКА АТИПИЧНЫХ И РЕДКИХ ФОРМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАПАРОСКОПИИ

Ф.А. Хаджибаев[1,2], Д.Р. Каримов[1], Ш.Э. Баймурадов, Р.З. Мадиев [2]

[1]Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
[2]Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Среди неотложной абдоминальной патологии острый аппендицит (ОА) занимает ведущее место.При этой патологии летальность составляет 0,1–0,4%, а послеоперационные осложнения остаются достаточно высокими, достигая при осложненных формах 40%. Осложнения ОА чаще всего наблюдаются при атипичных и редких формах, диагностика которых порой представляет трудную задачу. При этом даже самые квалифицированные специалистыв 15–25% случаев допускают диагностические ошибки, а летальность может достигать 0,7–1,4%.

Цель исследования. Показать диагностические и лечебные возможности видеолапароскопии (ВЛС) при остром аппендиците, в том числе при его атипичных и редких формах.

Материалы и методы. В период с января 2017 по декабрь 2020 г. в РНЦЭМПс подозрением на острый аппендицит госпитализированы 4430 пациентов. У 1646 (37,2%) больных выполнено ВЛС. Средний возраст пациентов – 28,12±4,76 года. Мужчин было 678 (41,2%), женщин – 968 (58,8%). Основной контингент (86%) госпитализирован до 24 часов, остальные (14%) – после 24 часов. Средняя продолжительность операции – 50,0±15,0 мин. Всего выполнено 1408 лапароскопических аппендэктомий. У 585 (41,6%) больных культя червеобразного отростка формирована классическим лигатурным способом, а у 823 (58,4%) – методом РНЦЭМП.

Результаты и обсуждения. Во время видеолапароскопии из 1646 больных у 1452 (88,2%) установлено наличие острого аппендицита и его осложнений. Катаральная форма воспаления червеобразного отростка выявлена у 188 (13,0%) больных, флегмонозная – у 994 (68,4%), гангренозная – у 224 (15,4%), перфоративная – у 43 (3,0%) и у 3 (0,2%) выявлен периаппендикулярный абсцесс. Перитонит выявлен у 247 (17%) пациентов: местный – у 203 (82,1%), диффузный – у 31 (12,5%) и распространённый – у 13 (5,3%) больных соответственно. У 127 (7,7%) больных обнаружена альтернативная патология: у 37 (29,1%) – пельвиоперитонит, у 35 (27,6%) – рефлюкс маточной крови, у 25 (19,7%) – овуляции, у 17 (13,4%) – разрывы кист яичника, у 7 (5,5%) – некроз жировой подвески, у 3 (2,3%) – воспаление дивертикула Меккеля и у 3 (2,3%) – острый сегментарный мезентеральный артериальный тромбоз. У 121 (95,3%) больного патология, симулировавшая клинику острого аппендицита, ликвидирована лапароскопическим путем, у 6 (4,7%) больных, у которых во время лапароскопии установлено наличие воспаления дивертикула Меккеля (3) и сегментарный мезентериальный тромбоз (3), выполнена конверсия на лапаротомию. У 67(4,1%) больных во время ВЛС изменения в червеобразном отростке не были обнаружены. Этим пациентам проведена консервативная терапия.

Типичное расположение червеобразного отростка выявлено у 1183 (81,5%) больных, атипичные и редкие формы – у 269 (18,5%): ретроцекальный – у 167 (62,3%), ретроперитонеальный – у 19 (7%), тазовый – у 28 (10,4%), медиальный – у 36 (13,5%) и подпеченочный – у 18 (6,8%) пациентов. Лишь в одном случае установлено наличие левостороннего острого аппендицита, что составило 0,37%.

У 269 (18,5%) больных с атипичными и редкими формами острого аппендицита в 59 (22%) случаях диагностирована катаральная, в 191 (71%) наблюдениях – деструктивные формы ОА и у 19 (7%) – осложненные варианты течения ОА: перитонит – 16 (5,9%) и периаппендикулярный абсцесс – у 3 (1,1%) пациентов. Местные формы перитонита выявлены у 11 (4,1%), диффузный – у 3 (1,1%) и разлитой – у 2 (0,7%) больных. Лапароскопическая аппендэктомия по методу РНЦЭМП выполнена у 225 (83,6%), а у 44 (16,4%) выполнена конверсия на лапаротомию. Показанием к конверсии при атипичных и редких формах ОА были: тифлит – у 11 (4,1%) больных, перфорации отростка в области основания – у 5 (1,8%), технические трудности выделения отростка – у 23 (8,6%), разлитой перитонит – у 2 (0,7%) и периаппендикулярный абсцесс – у 3 (1,1%). Местные и диффузные формы перитонита (14) не являлись противопоказанием к завершению операции лапароскопическим методом. У 39 (14,5%) больных аппендэктомию выполняли через доступ Волковича–Дьяконова. Только в 5 (1,8%) наблюдениях наличие у больных периаппендикулярного абсцесса (3) и разлитого перитонита (2) завершилось конверсией в срединную лапаротомию.

Послеоперационные осложнения лапароскопической аппендэктомии при атипичных и редких формах ОА наблюдались у 8 (3,5%) больных. У 3 (1,3%) больных отмечалось образование инфильтрата в правой подвздошной области, у 2 (0,9%) – несостоятельность культи червеобразного отростка и у 3 (1,3%) – нагноение троакарной раны. Случаи образования инфильтрата в правой подвздошной области были пролечены консервативным методом, а несостоятельность культи червеобразного отростка – оперативным путем через срединную лапаротомию.

Вывод. Таким образом, ВЛС при подозрении на острый аппендицит в 88,2% случаев позволяет устанавливать наличие воспаления червеобразного отростка, а в 11,8% случаях исключает данную патологию,в 90,7% позволяет выполнить аппендэктомию малоинвазивно.

ПРОГРАММА «DAMAGE CONTROL» У БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Д.М. Хакимов, Ф.П. Касимов, У.Н. Бобаев

Андижанский филиал РНЦЭМП

Введение. В настоящее время основным залогом успешного лечения пострадавших с повреждениями грудной клетки является комплекс лечебных мероприятий, основу которых составляет противошоковая терапия и методы торакальной реанимации.

Цель исследования. Улучшить оказание ЭМП у пострадавших с травмой грудной клетки при чрезвычайных ситуациях с применениями «Damage control surgery» (DCS), состоящего из трех этапов: остановки кровотечения, противошоковой терапии и окончательного хирургического лечения.

Материалы и их обсуждение. В основу настоящей работы положены данные анализа исходов лечения пострадавшихво время ЧС в Андижанской области в 2018–2022 годах. Если в 2018 году посту-

пило 92 больных с повреждением грудной клетки, то в 2022 году из 234 госпитализированных больных их было только 19. Оказание помощи этой категории пациентов до последнего времени проводилось общепринятыми методами обследования и лечения. Массовое поступление пострадавших, нехватка специалистов и отсутствие условий для оказания специализированной помощи, занятость операционной бригады при многих ситуациях вынудило пересмотреть тактику оказания помощи при ЧС. При наличии пневмогемоторакса, гемоторакса выполняли дренирование плевральной полости, а затем решали вопрос о выполнении торакотомии. Эпизодически выполнялась и видеоторакоскопия, при наличии пневмогемоторакса в ситуации, когда нельзя было исключить проникающий характер ранения с повреждениями внутренних органов грудной клетки, а также при возможном продолжающемся кровотечении с интенсивностью до 200 мл в час. Возраст пострадавших составил от 15 до 68 лет. Мужчин было 95 (85%), женщин – 16 (15%). Дренирование плевральной полости произведена у 58 больных, торакотомия – у 48 больных. У 35 пострадавших торакотомия выполнена по поводу продолжающегося внутриплеврального кровотечения. Проведено ушивание раны лёгкого – у 28, частичная резекция – у 9, удаление инородного тела – у 7, перевязка или коагуляция межребёрных сосудов – у 18, внутренней грудной артерии – у 6, ушивание раны диафрагмы – у 2 больных. У 7 пострадавших ранение носило торакоабдоминальный характер, в связи с чем у них выполнена лапаротомия. Надо отметить, что пострадавшие поступали в тяжёлом и крайне тяжёлом состоянии, и им сразу начинали ИТ. На основе анализа лечения этой группы пострадавших, а также учитывая сложность обстановки, особое внимание обращалось на возможность повреждения того или иного органа. Это позволило систематизировать лечебно-диагностические мероприятия, проводящиеся в этих случаях одновременно. Были выделены следующие синдромы: I – Синдром дыхательной недостаточности: а) нарушение проходимости дыхательных путей; б) нарушение красности грудной клетки; в) компрессия лёгкого жидкостью (кровь); г) пневмоторакс. II– Геморрагический синдром: а) продолжающееся открытое кровотечение; б) внутреннее кровотечение. III– Синдром сердечно-сосудистой недостаточности: а) тампонада сердца; б) экстракардиальная тампонадавследствие напряжённой эмфиземы; в) ушиб сердца. IV – Синдром повреждения других органов: а) повреждение пищевода; б) повреждение трахеи и главных бронхов; в) повреждение крупных сосудов грудной клетки. Главными задачами торакотомии являлись остановка кровотечения и устранение бактериального загрязнения плевральной полости. Это достигалось положением зажимов или тампонированием плевральной полости. 2 этап – в операционной продолжали ИТ или больной переводился в отделение реанимации для стабилизации жизненно важных функций организма. 3 этап – окончательное хирургическое лечение проводилось в период от 1 до 24 часов. В остальных случаях решение вопроса о необходимости интраторакального вмешательства осуществлялось после торакоскопии. Торакоскопия выполнялась под местной анестезией, и целью такой торакоскопии было следующее: кровотечение, остановившееся или продолжающееся, если «да» – установить его источник; объем гемоторакса; наличие повреждений диафрагмы. В связи с этим у 23 больных после дренирования плевральной полости нам пришлось в сроки от 12 до 48 часов выполнить широкую торакотомию и устранить причину. При торакоскопии с последующим дренированием позволяли проводить лечебно-диагностические мероприятия в режиме «DC». В этой ситуации всегда можно вернуться к более полному исследованию органов грудной клетки и лечебным манипуляциям выведения пациента из критического состояния, подготовке бригады хирургов, инструментов и аппаратуры. Нами было проанализировано 24 торакоскопии, выполненной у пострадавших, у 16 больных торакоскопия оказалась окончательным способом лечения. У 8 больных после осмотра плевральной полости потребовалось более обширное оперативное вмешательство. Ушивание раны легкого выполнено у 6 больных, коагуляция и перевязка межреберных сосудов – у 4 больных, ушивание раны диафрагмы – у 1 больного. Летальность наступила у 2 пострадавших, которые поступили в крайне тяжелой степени травматического шока.

Выводы:

1) Использование программы «ДCS» у пострадавших с травмой грудной клетки показало высокую эффективность и надежность, обеспечивая благоприятное течение послеоперационного периода.

2) Использование торакоскопии, не требующей сложного оборудования и выполняющейся под местной анестезией, является важным диагностически-лечебным мероприятием для определения выбора дальнейшей тактики лечения.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

М.Ш. Хакимов, А.А. Имамов,
М.Р. Каримов

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Обоснование хирургической тактики лечения больных с обтурационной кишечной непроходимостью опухолевого генеза в условиях хирургического стационара.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты лечения 120 больных с толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза, находившихся на стационарном лечении в отделении экстренной хирургии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии за период с 2017 по 2022 год. Мужчин было 83 (69,2%), женщин – 37 (30,8%). В возрасте до 44 лет было 9 (7,5%) пациентов, от 45 до 59 лет – 46 (38,3%), от 60 до 75 лет – 63 (52,5%), старше 75 лет – 2 (1,7%) больных.

Время от клинического проявления заболевания до поступления в стационар составляло от 6 часов до 12 дней. Причиной острой обтурационной кишечной непроходимости стал опухоль слепой кишки – у 9 (7,5%) пациентов, опухоль восходящего отдела – у 11 (9,2%), опухоль поперечно-ободочной кишки – у 12 (10,0%), опухоль нисходящего отдела – у 8 (6,7%), опухоль сигмовидной кишки – у 59 (49,2%) и опухоль прямой кишки – у 21 (17,5%) больных.

Результаты исследования. При поступлении пациентов в стационар проводилось обследование и лечение пациентов по установленным протоколам. В течение первых 2–4 часов проводилась стандартная консервативная терапия, направленная на консервативное разрешение непроходимости, неэффективность которой явилась показанием к экстренному хирургическому вмешательству.

В первые 4 часа были оперированы 108 больных, 8 пациентов были оперированы через 12–24 часов после проведения рентгеноконтрастного исследования на пассаж бария. У 4 больных явления острой кишечной непроходимости разрешились консервативными мероприятиями.

При отсутствии метастазов, подвижных опухолей и стабильном состоянии пациентов выполняли радикальные операции; при наличии метастазов, наличии увеличенных лимфатических узлов и распространении процесса в соседние органы ограничивались наложением разгрузочных стом.

При локализации процесса в слепой кишке у 5 пациентов наложена илеостома, 2 больным произведена резекция купола слепой кишки, еще 2 – левосторонняя гемиколэктомия.

При поражении восходящей кишки в 6 случаях наложена илеостома, в 5 наблюдениях выполнена левосторонняя гемиколэктомия.

При локализации опухолевого процесса в поперечно-ободочной кишке 2 пациентам наложена подвесная илеостома, 6 больным произведена левосторонняя и 4 пациентам – правосторонняя гемиколэктомия.

При поражении нисходящего отдела толстого кишечника в 8 случаях произведена правосторонняя гемиколэктомия.

При локализации опухоли в сигмовидной кишке в 2 наблюдениях наложена подвесная илеостома (из-за наличия множественных линейных разрывов серозной оболочки поперечно-ободочной кишки и восходящей кишки), 18 больным выполнена правосторонняя гемиколэктомия, 35 пациентам наложена сигмостома (из них в 15 случаях выполнена резекция сигмовидной кишки). У 4-х больных, у которых консервативная терапия была эффективной, после дополнительного обследования диагностирована опухоль сигмовидной кишки. Из них 2 пациентам выполнена лапароскопическая резекция сигмовидной кишки, 2 больным произведено эндоскопическое бужирование сигмовидной кишки.

При поражении прямой кишки во всех случаях выполнена сигмостомия (в 4 наблюдениях произведена резекция прямой кишки).

Мы не являемся сторонниками наложения первичных анастомозов даже при выполнении радикальных операций. Лишь в 2 наблюдениях после левосторонней гемиколэктомии был наложен илеотрансверзоанастомоз.

В послеоперационном периоде в 13 (10,8%) случаях отмечено развитие послеоперационных осложнений. В 1 наблюдении отмечено выпадение стомы, что потребовало повторной операции; еще у 1 пациента отмечено внутрибрюшное кровотечение из брыжейки кишечника, что потребовало релапаротомии с прошиванием кровоточащего сосуда; в 8 случаях отмечены раневые осложнения и у 3 больных развились бронхолегочные осложнения. В послеоперационном периоде в 4 (3,3%) случаях отмечен летальный исход (в 1 наблюдении – из-за тромбоэмболии легочной артерии, в 2 – из-за развития острого инфаркта миокарда, в 1 – из-за полиорганной недостаточности на фоне продолжающегося перитонита).

Заключение. При обтурационной непроходимости кишечника объем оперативного вмешательства определяется распространенностью опухолевого процесса, состоянием больного и уровнем подготовки хирурга.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПИЩЕВОДНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

М.Ш. Хакимов, Ш.Э. Ашуров, Г.Р. Кодирова

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Разработать систему оценки интенсивности пищеводных кровотечений и предложить оптимальную лечебную тактику.

Материал исследований. Анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 257 пациентов с пищеводными кровотечениями на фоне портальной гипертензии. Возраст больных колебался от 27 до 71 года. Мужчин было 174, женщин – 83. В анамнезе у 114 были эпизоды кровотечения, остановленные консервативными мероприятиями и выполнением эндоскопических манипуляций.

Результаты исследований. Нами предложена классификация степени интенсивности кровотечения из ВРВ пищевода и желудка. Тактика лечения зависела от локализации ВРВ.

1 степень. Характеристика. Активное венозное кровотечение. Из-за высокого портального давления струя бьется на противоположную стенку пищевода или кровь быстро закрывает камеру эндоскопа, или вообще невозможно определить источник из-за интенсивности кровотечения.

Тактика лечения: при GOV1 показана установка Блекмора с последующим лигированием ВРВ пищевода при стабилизации состояния пациента через 24–48 часов; при GOV2 также необходима установка Блекмора с последующем лигированием ВРВ пищевода при стабилизации состояния пациента через 24–48 часов, при распространении ВРВ в область дна желудка – клеевая облитерация цианокрылатом или ретроградное лигирование; при IGV1 целесообразно проведение клеевой облитерации или ретроградное лигирование; при IGV2 рационально проведение клеевой облитерации. Неэффективность эндоскопических методов гемостаза является показанием к открытой операции разобщения гастроэзофагеального коллектора.

2 степень. Характеристика. Просачивание крови или капельное кровотечение.

Тактика лечения. При GOV1 необходимо выполнение склеротерапии и лигирования ВРВ пищевода; при GOV2 – склеротерапии и лигирования ВРВ пищевода, при распространение ВРВ в область дна желудка – ретроградного лигирования; при IGV1 – проведение ретроградного лигирования; при IGV2 – проведение клеевой облитерации или лигирование нейлоновыми лигатурами. При выполнении манипуляции нередко сгустки крови мешают выполнению манипуляции. В этих случаях нами предложена методика выполнения эндоскопического исследования, которая заключается в том, что ножной конец стола опускается, а головной конец приводится в полувертикальное положение, что способствует низведению сгустков в просвет желудка, что позволяет завершить манипуляцию.

3 степень. Характеристика. ВРВ покрыта свежими тромбами, кровотечения нет (это наблюдается у пациентов в течение суток после кровотечения).

Тактика лечения. При выполнении эндоскопической манипуляции наличие тромба не позволяет адекватно оценить границы кровоточащего участка ВРВ. Для этого необходимо выполнить промывание через эндоскоп данного участка и после промывания тромбов осуществлять манипуляцию. При GOV1 необходимо выполнение лигирования ВРВ пищевода; при GOV2 –лигирования ВРВ пищевода, при распространении ВРВ в область дна желудка – ретроградного лигирования; при IGV1 – проведение ретроградного лигирования; при IGV2 – проведение лигирования нейлоновыми лигатурами.

4 степень. Характеристика. Симптом белого соска (появляется в течение 2–7 суток после кровотечения после выпадения тромба из источника кровотечения ВРВ).

Тактика лечения. Выполнение мероприятий, направленных на профилактику рецидива кровотечений, не требующую специальной подготовки (типа установка зонда Блэкмора, промывание зоны источника кровотечения). Объем вмешательства аналогичен, как и при предыдущей степени кровотечения: при GOV1 необходимо выполнение лигирования ВРВ пищевода; при GOV2 – лигирования ВРВ пищевода, при распространении ВРВ в область дна желудка – ретроградное лигирование; при IGV1 – проведение ретроградного лигирования; при IGV2 – проведение лигирования нейлоновыми лигатурами.

Дифференцированный подход к выбору метода гемостаза позволил повысить частоту первичного гемостаза с 74,6% до 91,1%, снизить частоту открытых хирургических вмешательств с 10,4% до 6,5% и летальность – с 14,2% до 8,9%.

Заключение. Предложенная нами классификация позволяет объективно оценить интенсивность пищеводных кровотечений, а предложенная лечебная тактика способствует выбору надежного способа гемостаза.

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ХИРУРГИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

М.Ш. Хакимов, У.Б. Беркинов, О.Т. Сатторов

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Улучшение клинических результатов лечения больных с калькулезным холециститом путем анализа осложнений лапароскопической холецистэктомии и выбора мер их профилактики.

Материал исследований. Анализу подвергнуты результаты хирургического лечения 4519 пациентов с калькулезным холециститом, которым выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) в многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии за период с 2013 по 2022 год. 4181 больных оперированы по поводу хронического, 338 – острого калькулезного холецистита. Показаниями к ЛХЭ было неосложненное течение хронического и острого калькулезного холецистита.

Результаты исследований. Нами проанализированы интра- и послеоперационные осложнения, которые были обусловлены техническими моментами выполнения хирургических вмешательств. Осложнения, связанные с сопутствующими заболеваниями (холедохолитиаз, патология внепеченоч-

ных желчных протоков, пневмония, тромбоэмболия легочной артерии, острый инфаркт миокарда и т.д.), в данное сообщении мы не включали.

В группе пациентов с хроническим калькулезным холециститом отмечены следующие осложнения: желчеистечение – 12 (0,29%) наблюдений, несостоятельность культи пузырного протока – 6 (0,14%), кровотечения из пузырной артерии – 4 (0,10%), повреждения холедоха – 3 (0,07%), повреждения полых органов – 2 (0,05%), послеоперационный панкреонекроз – 2 (0,05%), термические стриктуры желчных протоков – 3 (0,07%), подкожная эмфизема – 12 (0,29%), пневмоторакс – 1 (0,02%), раневые осложнения – 16 (0,38%).

После операции по поводу острого калькулезного холецистита желчеистечение наблюдалось в 6 (1,78%), несостоятельность культи пузырного протока – в 4 (1,18%), кровотечения из пузырной артерии – в 2 (0,59%), повреждения холедоха – в 4 (1,18%), послеоперационный панкреонекроз – в 6 (1,78%), термические стриктуры желчных протоков – в 2 (0,59%), подкожная эмфизема – в 6 (1,78%), раневые осложнения – в 8 (2,37%)случаях.

В зависимости от характера осложнений лечебная тактика была различной.

При желчеистечении осуществлялся динамический контроль за состоянием брюшной полости, и во всех случаях на 3–7-е сутки осложнение было ликвидировано консервативными мероприятиями.

При несостоятельности культи пузырного протока на 2–4-е сутки пациенты были подвергнуты повторной лапароскопии. В 6 наблюдениях выполнено лапароскопическое клиппирование культи пузырного протока, в 4 случаях произведено открытое хирургическое вмешательство.

При кровотечении из пузырной артерии у 2 больных осуществлен гемостаз лапароскопическим способом, а у 4 – посредством открытой операции.

При перерезке холедоха хирургическая тактика зависела от момента выявления осложнения. Если повреждение диагностировали интраоперационно, в 1 наблюдении произведено наложение билиобилиарного анастомоза «конец в конец» (через 6 месяцев у больной развилась стриктура, что потребовало наложения гепатикоеюноанастомоза), в 3 случаях произведена гепатикоеюностомия по Ру. В 3 наблюдениях осложнение диагностировано на 1–3-е сутки после ЛХЭ. 2 пациентам наложена чрескожная чрезпеченочная холангиостомия (ЧЧХС), в 1 случае произведено лапароскопическое дренирование гепатикохоледоха и в сроки от 3 до 8 месяцев всем больным произведена гепатикоеюностомия по Ру.

При термических стриктурах желчных протоков у пациентов развивалась клиника механической желтухи. Этим больным произведено ЧЧХС с последующей реконструктивной операцией на билиарной системе.

При развитии панкреонекроза в 2 наблюдениях произведены открытые хирургические вмешательства, в 6 – лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости. В последующем 4 пациентам выполнены некросеквестрэктомии с этапными санациями.

При повреждении полых органов, абсцессе брюшной полости, подкожной эмфиземе, раневых осложнениях, пневмотораксе лечебные мероприятия осуществлялись согласно существующим стандартам.

Летальность отмечена в 5 (0,11%) случаях. При хроническом холецистите причиной летального исхода в 2 наблюдениях явился панкреонекроз, в 1 – внутрибрюшное кровотечение; при остром холецистите в 1 – панкреонекроз, в 1 – перитонит в результате абсцесса брюшной полости.

Проведенный критический анализ причин интра- и послеоперационных осложнений позволил разработать ряд профилактических мер.

1. При остром холецистите выполнение ЛХЭ целесообразно в первые 72 часа с момента заболевания. В более поздние сроки развивающиеся деструктивные изменения со стороны желчного пузыря повышают риск развития осложнений.

2. Учитывая зависимость частоты осложнений от выраженности морфологических изменений в желчном пузыре и опыта хирурга, нами разработан рейтинговый подход к выбору хирургической бригады для осуществления ЛХЭ.

3. С целью предупреждения возможного развития термической стриктуры желчных протоков после удаления желчного пузыря необходимо ограничить выполнение коагуляции нижней 2/3 части его ложа.

4. При невозможности идентификации элементов шейки желчного пузыря предложена методика лапароскопической холецистэктомии, которая заключалась в следующем: на 1,5–2 см выше шейки на передней стенке в поперечном направлении рассекали стенку желчного пузыря, далее в продольном направлении Т-образно вскрывали просвет желчного пузыря. Вскрытие тела желчного пузыря позволяло нам с внутренней стороны желчного пузыря определить пузырный проток и предупредить повреждение внепеченочных желчных протоков и близлежащих анатомических структур, которые при выраженном воспалительном процессе часто не имеют четкой анатомической картины.

Таким образом, предложенные нами профилактические меры позволили снизить частоту интра- и послеоперационных осложнений с 3,7% до 1,3%.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

М.Ш. Хакимов, С.Я. Камалова

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН) путем дифференцированного подхода к выбору лечебной тактики.

Материал и методы. Анализу подвергнуты результаты лечения 150 пациентов с ОСКН, которые находились на стационарном лечении в отделении экстренной хирургии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Возраст пациентов колебался от 18 до 67, составляя в среднем 39,3±9,8 года. Преобладали лица мужского пола – 89 пациентов. Большинство больных (125–83,3%) в анамнезе перенесли одну операцию на органах брюшной полости или малого таза. Все пациенты были распределены на две клинические группы: контрольную (80 больных), которым произведена традиционная терапия, и основную (70 пациентов), где были использованы усовершенствованные нами подходы.

Результаты и их обсуждение. В контрольной группе 10 больным выполнена резекция тонкого кишечника с наложением энтеро-энтероанастомоза. В 2 наблюдениях отмечено развитие несостоятельности швов межкишечного анастомоза, что потребовало выполнения повторного хирургического вмешательства. В 1 случае отмечен летальный исход. Одной из причин развития несостоятельности швов, на наш взгляд, является высокое внутрикишечное давление и неадекватная декомпрессия зоны анастомоза ввиду дислокации энтерального зонда.

Нами был разработан трехпросветный энтеральный зонд, который позволяет проводить локальную декомпрессию зоны межкишечного анастомоза и выполнять изолированно декомпрессию проксимальной и дистальной частей кишечника. При этом дислокация зонда с зоны анастомоза не отмечается.

В основной группе резекция кишечника с наложением энтеро-энтероанастомоза выполнено 7 пациентам. Применение разработанного нами энтерального зонда позволило достичь адекватной декомпрессии кишечника и предупреждать развитие такого грозного осложнения, как несостоятельность швов энтеро-энтероанастомоза. Летальных случаев не наблюдалось.

Заключение. Разработанный нами энтеральный зонд способствует интраоперационной профилактике развития осложнений и уменьшает частоту послеоперационных осложнений и послеоперационной летальности.

РОЛЬ ИРРИГОГРАФИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

М.Ш. Хакимов, М.Р. Каримов, С.П. Халиков, Ш.Э. Ашуров

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Определение роли ирригографии в ранней диагностике заболеваний толстого кишечника.

Материалы и методы исследований. В период с 2017 по 2022 годы в отделении экстренной хирургии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии на наблюдении с подозрением на острую хирургическую патологию находилось 319 пациентов. Из них в 204 случаях острая хирургическая патология органов брюшной полости была исключена.

Результаты исследования. Из 204 больных в 79 наблюдениях была выполнена ирригография. Это исследование производилось пациентам при неэффективности симптоматической консервативной терапии в течение 2–3 дней; при наличии кишечного дискомфорта (при отсутствии явной патологии на ЭГДФС и УЗИ брюшной полости); при периодических схваткообразных болях в животе, купируемых приемом спазмолитиков, и отсутствии явных причин для болей; при наличии в семейном анамнезе пациентов с онкологической патологией. Эти клинические ситуации трактовались как «кишечная колика». В 2 случаях диагностирована долихосигма, у 3 пациентов – дивертикулы толстого кишечника, в 7 наблюдениях обнаружена опухоль толстого кишечника. Ранняя диагностика заболеваний толстого кишечника позволила в ранние сроки выполнить радикальные оперативные вмешательства. Необходимо отметить значимость ранней диагностики при опухолях толстого кишечника, что позволяет выполнять одноэтапные радикальные операции.

Заключение. Ранняя диагностика рака толстой кишки в начальной стадии заболевания и своевременно выполненное оперативное вмешательство позволяет избежать развития тяжелых осложнений и будет способствовать улучшению результатов лечения больных с данной патологией. Поэтому наличие кишечного дискомфорта, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, должно служить поводом для тщательного обследования ободочной кишки. Оперативные методы и технические приемы при данной патологии достаточно разработаны, общеизвестны и принципиальны, а результаты лечения и летальность зависят от стадии злокачественного процесса и сроков госпитализации для оперативного вмешательства.

ВОЗМОЖНОСТИ РЕТРОГРАДНЫХ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

М.А. Хашимов, А.Б. Ешмуратов, А.Г. Мирзакулов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. В настоящее время широко применяются миниинвазивные рентгеноэндобилиарные методы лечения у больных с механической желтухой. Данные способы декомпрессии билиарной системы являются современными, малотравматичными и эффективными пособиями для данной тяжелой категории больных. К сожалению, число больных с механической желтухой злокачественного генеза не имеет тенденции к уменьшению, что, в свою очередь, способствует и увеличению количества эндоскопических исследований. При этом не всегда эндоскопические вмешательства являются этапными манипуляциями для последующего применения радикального вмешательства, и зачастую они остаются единственно возможными путями декомпрессии билиарной системы. Как правило, это имеет отношение к больным пожилого возраста, с терминальными стадиями онкологического заболевания, а также у пациентов с наличием сопутствующих заболеваний в декомпенсированной стадии. Увеличение количества различных транспапиллярных вмешательств пропорционально способствует и росту числа осложнений.

Цель. Анализ результатов ретроградных эндобилиарных вмешательств, выполненных больным с механической желтухой злокачественного генеза.

Материал и методы. С 2016 по 2022 г. в отделении эндоскопии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи произведено 6415 ретроградных вмешательств у больных с механической желтухой. Для выполнения исследований применялся видеодуоденоскоп модели EPX-3500HD Fujifilm. В 899 (14%) случаях у больных выявлена картина механической желтухи злокачественного генеза. В 803 случаях эндобилиарные вмешательства завершены стентированием холедоха. Мужчин было 663 (73,7%), женщин – 236 (26,3%). Возраст пациентов составлял от 18 до 99 лет. Осложнения возникли у 41 (4,6%) больного. Умерло 5 (0,6%) пациентов.

Результаты и обсуждение. Перед выполнением эндобилиарных вмешательств всем больным с механической желтухой выполнялась МРТ-холангиография, на которой устанавливалась вероятная причина блока билиарной системы, а также уровень блока. Средний возраст пациентов составлял 65 ± 2,4 года. Уровень гипербилирубинемии в среднем был 183 ± 13,8 мкмоль/л. Среди причин обструкции желчных протоков следует отметить следующие: рак поджелудочной железы, метастатические поражения гепатодуоденальной связки и печени, рак гепатикохоледоха, рак БДС. Ретроградные эндобилиарные исследования выполнялись под рентгеновским контролем по стандартной методике. У 803 больных выполнено стентирование общего желчного протока или гепатикохоледоха с хорошим дренирующим эффектом. У 96 больных выполнение стентирования не удалось, в связи с чем были рекомендованы антеградные эндобилиарные вмешательства. Осложнения составили: 9 случаев полной миграции дренажа, 12 – частичная миграция дренажа, 20 – кровотечения из зоны ЭПСТ. Ранняя летальность составила 0,6% (5 пациентов). Причиной смерти явилось прогрессирование онкологического процесса с развитием печеночной недостаточности. Остальные пациенты были выписаны с положительной динамикой либо без ухудшения.

Выводы. Для успешного лечения больных с механической желтухой, в том числе и злокачественного генеза, необходимо иметь в арсенале клиники современного инструментария, обученного медицинского персонала, что даёт возможность существенно улучшить результаты лечения данной категории пациентов. Установка билиарных стентов позволяет наименее травматичным путем осуществить декомпрессию билиарного дерева и тем самым подготовить больных к радикальным вмешательствам, а также улучшить качество жизни неоперабельным больным.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ПРИ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

М.Т. Хусанходжаева, Д.С. Шодманова, Ф.Т. Исмаилова

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Течение трубной (ТБ) беременности, в отличие от большинства заболеваний женской половой сферы, имеет весьма ограниченный временной промежуток. В большинстве (до 92%) случаев он наступает на 7–8-й неделе менструального срока беременности. Боль и гемодинамические нарушения являются основными причинами обращения женщины за экстренной помощью. Вместе с тем при любом варианте течения ТБ существует достаточно продолжительный, в несколько недель, промежуток времени – догоспитальный этап, в котором необходимо установить диагноз.

Целью настоящего исследования явился анализ клинической семиотики данной патологии на догоспитальном этапе для увеличения числа органосохраняющих операций.

Материалы и методы. Объектами исследования стали 548 пациентки, госпитализированные в отделение неотложной гинекологии РНЦЭМП и подвергшиеся оперативному вмешательству. Диагноз был подтвержден интраоперационно и верифицирован в последующем патогистологически. Был тщательно изучен анамнез заболевания, начиная от самых ранних симптомов.

Результаты и их обсуждение. Скрытый период развития ТБ сам по себе создает особенности диагностического процесса на всех его этапах. Умеренные боли в нижних отделах животав ранние сроки клинического проявления патологии отмечали лишь 78 (14,2%) из обследованных пациенток, что является отличительной особенностью догоспитального периода течения заболевания. Нарушение менструального цикла в виде мажущих выделений отметили 452 (82,4%) женщины. Так, из всего числа данных больных лишь 128 (23,3%) женщины предварительно посетили гинеколога по месту жительства, при этом лишь 25% из них направлены с подозрением на внематочную беременность на ультразвуковое исследование. С одной стороны, это отчетливо демонстрирует отсутствие необходимой настороженности участковых гинекологов в отношении данного заболевания, с другой – свидетельствует о трудности дифференциальной диагностики с целым рядом состояний, не требующих госпитализации. 96 (17,5%) из 548 пациенток с диагнозами «нарушение овариально-менструального цикла», «дисфункциональное маточное кровотечение», «острый аднексит» и «угрожающий самопроизвольный выкидыш» получали различную консервативную терапию в частных кабинетах. Это значительно усугубило симптоматику патологического процесса и привело к развитию у большинства из них «старой» трубной беременности с вовлечением в процесс близлежащих органов. Безусловно, ведущая роль в распознавании ранних симптомов заболевания в идеале должна принадлежать врачу женской консультации, которая должна решать вопрос о госпитализации в стационар. Однако реалии нашей практики таковы, что при имеющейся системе платных медицинских услуг пациентки чаще всего обращаются для исследования в кабинеты ультразвуковой диагностики в порядке личной инициативы, без направления лечащего врача. Таким образом, установлено, что на практике первым диагностическим звеном зачастую оказывается врач, производящий ультразвуковое исследование, и от его подхода – ограничится ли он формальным описанием эхографической картины либо в результате корреляции полученных при исследовании данных с анамнезом и минимальными клиническими проявлениями установит диагноз – зависит ускорение либо отдаление момента оказания квалифицированной помощи и возможности проведения органосохраняющих операций. Таким образом, клинические проявления ТБ в догоспитальный период ее развития характеризуются скудной симптоматикой, в большинстве случаев ограничивающейся отсутствием либо нетипичным течением очередной менструации, за которую женщины принимают кровотечение, связанное с отторжением децидуальной оболочки. Наиболее доступным и информативным диагностическим мероприятием у всех пациенток является качественное тестирование ХГЧ, позволяющее в короткий срок сформировать группу для УЗИ с целью уточнения локализации плодного яйца. Своевременное применение данного диагностического метода, независимо от планов в отношении наступившей беременности, позволит значительно уменьшить число осложнений ТБ и создаст благоприятные условия для сохранения репродуктивной функции путем проведения органосохраняющего лечения.

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТРАВМЕ СЕРДЦА

Е.А. Цеймах[1], П.Н. Булдаков[2], А.А. Макин[2], Н.Ю. Ручейкин[1], В.М. Каркавин[2], С.А. Дорохина[2], А.А. Аверкина[2]

[1]Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Алтайский край, Барнаул
[2] Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи, г. Барнаул», Алтайский край, РФ

Введение. Проблемы, связанные с ранениями сердца, в настоящее время являются актуальными. Вопросы выбора оптимальной тактики ранней диагностики и лечения этих повреждений являются крайне серьезными в хирургии. Очень быстро при травматическом повреждении сердца развиваются терминальные состояния. Совокупность факторов (тампонада сердца, повреждение коронарных артерий и интракоронарных структур, кровотечение, сочетанные повреждения) увеличивают вероятность летального исхода у больных с травматическим повреждением сердца, наряду с этим прогрессирование терминальных состояний и явлений шока способствуют ошибкам в лечебно-диагностической тактике. Летальность среди пациентов с ранением сердца при госпитализации по последним десятилетним данным составила 31,25% – летальность за предшествующие 30 лет.

Цель исследования. Разработать алгоритм выбора лечебных мероприятий для улучшения ранней диагностики и необходимого хирургического вмешательства у больных с проникающими повреждениями сердца.

Материал и методы. В исследовании использованы сведения о 268 пациентах, поступивших в хирургические отделения КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи, г. Барнаул», клиническую базу кафедры общей хирургии, оперативной хирургии и топографической анатомии Алтайского государственного медицинского университета с проникающими повреждениями сердца в период с 1990 по 2020 г. Мужчин было 234, женщин – 34. Возраст варьировал от 18 до 69 лет. Больные поступали в стационар в различные временные промежутки, наибольшее количество – в течение 5–40 минут от момента получения повреждения (205 пациентов). Диагностика включала клинические симптомы и данные инструментальных методов исследования (электрокардиографическое (ЭКГ), эхокардиографическое (ЭХО-КГ), рентгенография (РГ), компьютерная томография (КТ), видеоторакоскопия).

Результаты и обсуждение. Ранения сердца диагностировались на основании анализа симптомокомплекса и показателей дополнительных исследований. В основе клинических признаков был ряд симптомов.

Так, у больных симптомокомплекс состоял из различных комбинаций клинических симптомов. В большом количестве случаев отмечалось наличие видимой раны в зоне анатомической проекции сердца – у 258 (96,3%) больных, у 6 (2,2%) пациентов раны располагались в подлопаточной области и у 4 (1,5%) – в подмышечной.

Среди разнообразных клинических проявлений ранений сердца выделены достоверные (наличие раны в области грудной клетки с обильным кровотечением, выраженное падение АД, вплоть до отсутствия его, признаки тампонады сердца, повреждение либо ишемия сердечной мышцы, гемоперикард) и вероятные (наличие раны в области локализации сердца без массивного кровотечения, умеренное снижение давления, отсутствие признаков тампонады сердца, нет ишемии сердечной мышцы, не определяется гемоперикард).

Диагноз выставлялся в соответствии с клинической картиной у каждого конкретного больного. Так, удалось в срок установить диагноз ранения сердца у 259 (96,6%) больных, что позволило выполнить оперативное лечение у 228 (88,0%) больных в кратчайшие сроки (10–20 минут от момента поступления в стационар).

Учитывая опыт лечения больных с проникающими травмами сердца, в нашей клинике был составлен алгоритм выбора метода хирургического лечения.

Выводы:

1. Ранения сердца остаются крайне серьезной проблемой хирургии. Очень быстро у пострадавших развиваются терминальные состояния. При этом своевременная диагностика ранений сердца в ряде случаев затруднена.

2. Комплекс симптомов, состоящий из достоверных признаков, определяется у большинства больных. Видеоторакоскопия позволяет обнаружить наличие повреждения сердца в случаях затруднения диагностики и определить его характер в самые быстрые сроки.

3. Операция является единственным эффективным методом лечения больных с ранениями сердца.

4. Представленный в работе алгоритм с использованием видеоторакоскопии позволяет выбрать оптимальную тактику ранней диагностики ранений сердца для принятия решения об оперативном лечении пациента.

ИЗУЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОТИПОВ ГЕНА col1a1 rs1800012 И TNFα-308G/A ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Д.С. Шадманова, М.Т. Хусанходжаева, Ф.Т. Исмаилова, Ш.С. Носирова

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Джизакский филиал РНЦЭМП
Институт иммунологии и геномики человека АН РУЗ

Актуальность. За последние годы отмечается тенденция к увеличению частоты внематочной беременности, которой имеет стойкую тенденцию к росту во всем мире, достигая 1,3–2,6% среди всех беременностей. Существует множество факторов, увеличивающих риск возникновения внематочной беременности: неуклонный рост числа воспалительных заболеваний внутренних половых органов, увеличение числа абортов, использование внутриматочной и гормональной контрацепции, применение индукторов овуляции и вспомогательных репродуктивных технологий, перенесенные ранее оперативные вмешательства на трубах, опухоли и опухолевидные образования матки и придатков, эндометриоз, генитальный инфантилизм, вегетативно-сосудистые и нейроэндокринные нарушения, повышенная активность трофобласта, стресс.

Цель исследования. Изучение ассоциации полиморфизма генотипов гена col1a1 rs1800012 и TNFα-308G/A с внематочной беременностью.

Материал и методы. В настоящее исследование были включены 50 женщин с установленным диагнозом ЭБ. Согласно поставленной цели все обследованные женщины были разделены на 2 группы: в 1-ю группу вошли 25 женщин с ЭБ и с ВЗОМТ, 2-ю группу составили 25 женщин с ЭБ без ВЗОМТ (воспалительные заболевания органов малого таза).

Результаты. При физиологическом течении беременности в фетоплацентарном комплексе сохраняется оптимальный баланс противовоспалительных цитокинов, вырабатываемых Т-хелперами

I типа (Th1): IL-1β, TNFα, IFNγ, IL-12, IL-18, участвующих в клеточном иммунном ответе и продуцируемых Т-хелперами II типа (Th2) регуляторных цитокинов: IL-4, IL-5, IL-10, стимулирующих гуморальный иммунитет. При сравнительном анализе генотипов TNFα -308G/Апо GG генотипу были выявлены достоверные различия между больными и контрольной группой (OR = 0.264; 95% CI: 0,093 >0,264> 0,754; χ2 = 6,717 (p = 0,009549)). При анализе гетерозиготного генотипа GA были выявлены различия между частотой встречаемости у больных и контрольной группой (23,88% и 9,72% соответственно; OR = 3,783; 95% CI: 1,326>3,783>10,795; χ2=6,717 (p=0,009549)), что подтверждает, что при сравнительном анализе генотипов col1a1 rs 1800012 по GG генотипу не были выявлены достоверные различия между больными и контрольной группой (OR = 1,153; 95% CI: 0,477 >1,153> 2,788; χ2 = 0,1 (p = 0,751974)).

Выводы. Полученные данные анализа частот аллелей и генотипов гена *TNFα* -308G/A в группе женщин с наличием воспалительных процессов и в контрольной группе подтверждают статистически значимое увеличение частоты А аллеля у больных по сравнению с контрольной группой (13,92% против 4,862%; OR =3,312; 95% CI: 1,228>3,312> 8,936; χ2=6,119 (p=0,013376)). В то же время *G* аллель исследуемого полиморфизма встречался значительно реже по сравнению с контрольной группой (OR = 0,302; 95% CI: 0,112 >0,302>0,815; χ2=6,119 (p=0,013376)), при генотипическом анализе гомозиготного АА генотипа не было зарегистрировано,что подтверждает, что полиморфизм – col1a1 rs1800012 не является значительным предрасполагающим вкладом в развитие внематочной беременности.

ҚЎШМА КЛАПАНЛИ ЮРАК НУҚСОНИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТИ ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШНИНГ САМАРАЛИ НАТИЖАЛАРИ

Шакаров Ш.Б., Абдурахманов А.А., Каипов А.Б., Атажанов Ш.Д.

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази, Тошкент

Мақсад. Қўшма клапанли юрак нуқсони бўлган беморларни жарроҳлик йўли билан даволашнинг самарадорлигини ўрганиш.

Материаллар. Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази юрак жарроҳлиги бўлимида 2016–2022 йиллар оралиғида 18 та беморлар қўшма клапанли юрак нуқсони билан жарроҳлик муолажасини ўтказди. Беморларнинг ўртача ёши 61±2,3 ёш. Эркаклар сони 10 (55,6%) тани, аёллар сони 8 (44,4%) тани ташкил қилди. Этиологик келиб чиқиши бўйича юрак нуқсонларининг 11(61,1%) таси ревматик патология бўйича, қолган 7 (38,9%) таси ишемик характердан асоратланган. Нью-Йорк кардиологлар ассоциацияси классификацияси бўйича юрак етишмовчилигининг II синфи бўйича 10 (55,6%) та бемор ва IV синфи бўйича 8 (44,4 %)та бемор аниқланди. Беморларнинг 5 (27,8%)тасида қандли диабет касаллигининг II типи ва 3 (16,7%) тасида бўлмачалар аритмиясининг доимий формаси аниқланди. 8 (44,4%)та беморларда комбинацияланган протезлаш (аорта ва митрал клапанларини протезлаш) ва 10 (55,6 %)та беморда митрал клапанни протезлаш ва уч табақали клапанни пластика қилиш амалиёти ўтказилди. Коронарография текшируви натижасида юрак-тож томирларининг маълум даражадаги стенози ва окклюзиялари аниқланган 6 (33,3%)та беморларда клапан нуқсонлари билан биргаликда тожтомирларни шунтлаш амалиёти ўтказилди.

Натижалар. Амалиётдан кейин беморларга стандарт муолажалар буюрилди. Реанимация бўлимида ётоқ куни ўртача 2±0,8 кунни ташкил қилса, умумий стационарда ётоқ куни 8±1,6 кунни ташкил қилди. Жарроҳлик амалиётидан олдинги ва кейинги юрак чап қоринчаси қисқариш фракциялари мос равишда ўртача 42±1,5% ва 43±1,3% ни ташкил этди. Амалиётдан кейинги эрта ўлим кўрсаткичи 2 (11,2%)та ҳолатда кузатилди. Ўлимга олиб келувчи сабаблар бош мияда ўткир қон айланишининг бузилиши ва полиорган етишмовчилиги бўлди.

Хулоса. Тиббиётнинг юрак жарроҳлиги, анестезиология ва реанимация соҳаларида бугунги кундаги жадал ривожланиши, қўшма қопқоқли юрак нуқсонлари бўлган беморларни жарроҳлик амалиёти йўли билан даволашда сезиларли имкон яратиб берди.

ПРИЧИНЫ И ФАКТОРЫ РИСКА ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ И ЖИВОТА

К.С. Элмуродов[2], З.М. Рузиева[3], М.М. Пулатов[1], Б.И. Шукуров[1], Ш.К. Элмуродов[2]

[1]Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
[2]Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП
[3]Кашкадарьинский филиал Республиканского научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы

Изучены результаты аутопсии 500 умерших с изолированным или сочетанным поражением органов грудной клетки и живота. Из них на месте происшествия погибли 370 (74,0%) пострадавших, еще 68 (13,6%) погибли во время их транспортировки в стационар, живыми в приемные отделения больниц удалось доставить всего 62 (12,4%) человека. Как минимум для 130 (26,0%) пострадавших, впоследствии умерших, с закрытой травмой груди и живота была попытка оказания помощи в

виде транспортировки их в стационар, в том числе бригадами скорой медицинской помощи были транспортированы 75 (57,7%) человек, попутной машиной – 55 (42,3%). Необходимо указать, что при транспортировке пострадавших в тяжелом состоянии попутным транспортом ни в одном случае не была оказана первая медицинская помощь, тогда как при транспортировке бригадами СМП достаточно часто (58; 77,3%) проведена анальгезия наркотическими (11; 14,7%) и ненаркотическими (47; 62,7%) анальгетиками.

Как известно, при тяжелых травмах одним из обязательных компонентов первой медицинской помощи является иммобилизация шейного отдела позвоночника, однако практика показывает, что только в 12% случаев бригадами СМП соблюдается этот принцип. Более активно работники СМП у этой тяжелой категории пострадавших использовали иммобилизацию конечностей – в 25 (33,3%) случаях. Крайне низким остается уровень диагностики синдрома внутриплеврального напряжения, часто сопровождающего травмы груди за счет накопления в плевральных полостях воздуха и/или крови, в связи с чем только в 3 (4,0%) случаях бригадами СМП был выполнен торакоцентез. У этих больных торакоцентез проводился на фоне перевода пациентов на ИВЛ, ни в одном другом случае интубации трахеи не было использовано.

Хотя уровень оказания первой медицинской помощи бригадами СМП пока еще остается не на высоком уровне, чаще всего ограничивается только обезболиванием, но тем не менее транспортировка по линии СМП позволяет снизить показатель смерти во время транспортировки с 63,6 до 44,0%, а также уменьшить случаи смерти в приемном отделении с 20,0 до 10,7%, что дает большую возможность врачам стационара оказания экстренной хирургической помощи, что дает шанс пострадавшему на выживание от тяжелой травмы.

В стационаре умерло 62 (12,4%) человека, в том числе в приемном отделении – 19 (3,8%), на операционном столе – 9 (1,8%) и в раннем послеоперационном периоде – 34 (6,8%). Более половины (32; 51,6%) пациентов с тяжелой закрытой травмой груди и живота, доставленных живыми в клинику, погибли в первые сутки. От последствий травматического шока еще 5 (8,1%) пострадавших погибли в течение 1–3 суток. Высокий риск летального исхода сохраняется и в последующие 4–14 суток, в течение которых умерли 13 (21,0%) больных. По мере присоединения ранних послеоперационных осложнений в сроки позже 14 суток погибли 12 (19,4%) пострадавших. Средний срок наступления летального исхода в стационаре у этой категории больных составил 6,4±8,0 суток с диапазоном от 1 до 33 суток.

За указанные сроки нахождения пострадавших в клинике до их смерти не во всех случаях удавалось выполнить весь перечень инструментальных методов обследования, хотя возможности круглосуточного выполнения в Кашкадарьинском областном филиале РНЦЭМП значительно выше возможностей районных отделений экстренной медицинской помощи при РМО. Наиболее доступным методом обследования больных с травмами груди и живота как на областном, так и на районном уровнях было УЗИ, которому подверглись все 18 (100%) пострадавших, доставленных в областной филиал РНЦЭМП, и большая часть – 35 (79,5%) больных, госпитализированных в районные ОЭМП. При наличии оборудования рентгенографии во всех РМО во многих из них не налажено их круглосуточное функционирование, в связи с чем только 17 (38,6%) пациентам удалось выполнить прижизненную рентгенографию грудной клетки и живота. Этот же показатель у умерших больных в филиале РНЦЭМП составляет 83,3% (выполнена 15 пациентам из 18). В областном филиале РНЦЭМП, как и во всех других аналогичных филиалах других регионов страны, за последние годы принято дополнять МСКТ черепа обследованием всего туловища у пациентов с тяжелой сочетанной травмой и политравмой, в связи с чем в 8 (44,4%) случаях выполнена МСКТ черепа, а 7 (38,9%) больным данное обследование проведено по протоколу «всего туловища». До 2022 года, т.е. до создания межрайонных центров политравмы и острых сердечно-сосудистых заболеваний, на районном уровне отсутствовала возможность выполнения МСКТ, в связи с чем в ограниченных случаях (у 12 (27,3%) пострадавших) по назначению нейрохирургов это исследование было проведено в близлежащих частник клиниках.

При оформлении заключительных клинических диагнозов у умерших от закрытой травмы груди и живота в качестве причины смерти почти в половине случаев (30; 48,4%) фигурировал разрыв легкого, на втором месте по частоте причин смерти указывались травма печени (7; 11,3%) и множественные повреждения внутренних органов (7; 11,3%). Далее по частоте причин смерти после травмы груди и живота в клинических диагнозах занимали разрыв селезенки (4; 6,5%), тонкой (3; 4,8%) и ободочной (2; 3,2%), а также травма почек (2; 3,2%). По одному (1,6%) случаю в качестве основной причины летального исхода указывались повреждения сердца, аорты, трахеи, поджелудочной железы, желудка и мочевого пузыря.

При сопоставлении клинических диагнозов с результатами аутопсии умерших от закрытых травм груди и живота установлен более высокий уровень диагностики имеющихся повреждений и более точная формулировка диагноза в областном филиале РНЦЭМП по сравнению с районными ОЭМП. При относительно одинаковом уровне чувствительности (Se) применяемых подходов к выявлению внутригрудных и внутрибрюшных повреждений

в областном и районном звеньях службы ЭМП (соответственно, 72,2% и 75,0%), ввиду ограниченной доступности методов эндовизуализации повреждений внутренних органов, врачи районных ОЭМП при формулировании заключительного клинического диагноза умерших больных были более склонны к гипердиагностике возможных травм (FP=3), что отрицательно сказалось на показателях специфичности (Sp 25,0% против 75,0% в филиале РНЦЭМП) и общей точности (Ac 79,5% против 88,9%). При этом в ОЭМП не были диагностированы 6 (13,6%) случаев фатального повреждения внутренних органов, в связи с чем показатель NPV (прогностическая ценность отрицательного результата) снизилась до 40,0% против 75,0% в филиале РНЦЭМП.

Таким образом, доставка пострадавшего по линии СМП позволяет снизить показатель смерти во время транспортировки с 63,6 до 44,0%, а также уменьшить случаи смерти в приемном отделении с 20,0 до 10,7%. Врачи районных ОЭМП при формулировании заключительного клинического диагноза были несколько более склонны к гипердиагностике возможных травм, что отрицательно сказалось на показателях специфичности (Sp 25,0% против 75,0% в филиале РНЦЭМП) и общей точности (Ac 79,5% против 88,9%) диагностических процедур. В ОЭМП не диагностируются 13,6% случаев фатального повреждения внутренних органов, в связи с чем показатель NPV (прогностическая ценность отрицательного результата) снижается до 40,0% против 75,0% в филиале РНЦЭМП.

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ И ЖИВОТА

А.Т. Эрметов, А.М. Ходжибоев, М.О. Кобилов, Б.Б. Хакимов, О.В. Карабаев

Ташкентский областной филиал Республиканского научно-практического центра экстренной медицинской помощи

Введение. В современной медицине диагностика и лечение травматических повреждений груди и живота остается одной из наиболее актуальных проблем экстренной хирургии. В настоящее время увеличиваются пострадавшие с торакальной и абдоминальной травмой. Преимущественно это происходит за счет бытовых травм, транспортных происшествий и кататравмы. Хирургическая помощь пострадавшим с повреждением грудной клетки и живота осуществлялась экстренной торакотомией и лапаротомией. Этими общепринятыми оперативными вмешательствами наносили дополнительную операционную травму для организма, что усугубляло тяжесть состояния больного, а также возможность послеоперационных осложнений. Использование эндовидеохирургической техники в современной медицине открыло новые перспективы в развитии экстренной хирургии и позволило существенно снизить послеоперационные осложнения.

Цель исследования. Проанализировать результаты торакоскопии и лапароскопии у пострадавших с сочетанной травмой груди и живота в остром периоде на основании исследований ТОФ РНЦЭМП.

Материалы и методы. В ТОФ РНЦЭМП за период 2017–2022 гг. были госпитализированы 229 (100%) пострадавших с травмой грудной клетки и живота. Были выполнены операции с помощью традиционных методов торако- и лапаротомии с использованием эндовидеохирургической техники – торакоскопии и лапароскопии. Изолированные торакальные повреждения были у 111 (48,5%) больных, изолированные абдоминальные – у 86 (37,5%) больных, с сочетанной травмой грудной клетки и живота – у 32 (14%) больных. У 197 (86%) больных с изолированными травмами грудной клетки и брюшной полости были выполнены различные виды оперативного вмешательства. Мы анализировали больных с сочетанной травмой грудной клетки и живота. У нас было 32 (14%) пациента, из общего числа больных мужчин было 26 (81,2%), женщин – 6 (18,8%). 5 (15,6%) пациентов из общего количества больных наблюдали, при этом оперативное вмешательство не требовалось. У 27 (84,4%) больных выполнены 54 операции на органах грудной клетки и брюшной полости. У 3 (11,1%) больных выполнили операцию торакоскопическим путем и лапароскопическим способом. У 11 (47,7%) больных выполнили операцию торакоскопическим путем и лапараскопическим путем, с переходом на лапаротомию. У 6 (22,2%) больных выполнили торакоскопию и переходили на торакотомию, была также выполнена лапароскопия, вследствие чего операцию закончили лапараскопическим способом. У 4 (14,8%) больных операцию начали торакоскопией и переходили на торакотомию, выполнили лапароскопию и переходили на лапаротомию. В 3 (11,1%) случаях, учитывая тяжесть состояния и степень повреждения, операция начата торакотомией и лапаротомией.

Результаты. Торакоскопия и лапароскопия позволили избежать последствий от торакотомии и лапаротомии. Летальный исход наступил в 2 случаях: в первом случае были послеоперационные осложнения, вследствие чего пациент умер от тромболии легочной артерии, во втором случае произошел летальный исход при сочетанной травме груди и живота с сочетанием тяжелой черепно-мозговой травмой.

Вывод. В современной медицине использование эндовидеохирургических технологий в лечении больных с торакальной и абдоминальной травмой является перспективным направлением.

Это позволяет хирургам избежать напрасной торакотомии и лапаротомии и улучшить результаты лечения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

А.Т. Эшбоев, Х.Р. Девонов, Б.Б. Уроков

Сурхандарьинской филиал РНЦЭМП, Термез, Узбекистан

Актуальность. Проблема осложненного течения гастродуоденальных язв сохраняет свою актуальность в системе экстренной медицины. При этом доля первичных гастродуоденальных кровотечений в общей структуре осложнений не имеет тенденции к снижению, в том числе у больных старшей возрастной группы, с наличием сопутствующих заболеваний, с высоким операционным риском. В связи с этим активное внедрение в клиническую практику методов эндоскопического гемостаза может способствовать эффективной остановке кровотечения, а также проводить профилактику рецидива.

Цель исследования. Оценка эффективности использования различных методов эндоскопического гемостаза у больных с гастродуоденальными кровотечениями.

Материал и методы. С 2012 по 2022г. в отделении экстренной хирургии № 3 Сурхандарьинского филиала РНЦЭМП пролечено 850 больных с осложненным течением язвенной болезни. При этом доля кровотечений в общей структуре осложнений составила 66,8% (568). Среди госпитализированных превалировали больные мужского пола, трудоспособного возраста. Распределение по гендерному признаку было следующим: мужчин – 595 (70%), женщин – 225 (26,4%). По возрастному признаку: до 18 лет было 12 (1,4%) больных, в возрасте от 18 до 44 лет – 364 (52,0%), 45–59 лет – 230 (27,1%), старше 60 лет – 106 (12,5%). К больным, поступающим с клинической картиной язвенного кровотечения, применяли классификацию J. Forrest (1974 г.), согласно которой у 25 больных имелась картина продолжающегося кровотечения (Ia – Ib), у 270 больных кровотечение на момент поступления было приостановлено (IIa, IIb, IIc, III). С целью гемостаза и профилактики риска рецидива у 620 больных применяли следующие эндоскопические способы: диатермокоагуляцию – у 200 (32,3%), инъекционную (35% раствор этанола и 0,18% раствор адреналина) – у 400 (61,5%) пациентов, комбинацию указанных методов – у 20 (3,2%) больных.

Результаты. Большая часть больных поступала в первые сутки с момента развития признаков кровотечения: до 1 часа – 113 (17,4%), в течение суток – 420 (64,6%), больше суток – 117 (18,0%) больных. Из 25 больных с продолжающимся кровотечением (Ia-Ib) эндоскопический гемостаз был эффективен у 14 (56,0%), остальные 11 (44,0%) больных были оперированы в экстренном порядке на высоте кровотечения. Из 650 больных с остановившимся кровотечением у 558 (IIa, IIb) с целью профилактики рецидива выполнены методы эндоскопического гемостаза. Рецидив кровотечения отмечался у 110 больных, которым выполнены повторные эндоскопические вмешательства комбинированным методом. В связи с неэффективностью эндоскопического гемостаза 37 больных было оперировано. Средняя продолжительность койко-дней составила 3,7. Летальность была 2,47.

Заключение. Применение методов эндоскопического гемостаза способствует эффективной первичной остановке кровотечения и может рассматриваться в качестве окончательного вмешательства или подготовки к операции у больных с высоким риском рецидива.

РОЛЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕНЗОДИНАМОМЕТРИИ ПРИ ВЫБОРЕ МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ ФОРМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

О.Д. Эшонходжаев, Н.А. Дёмин

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова», Узбекистан

Цель исследования. На основании клинического исследования оценить возможности применения тензодинамометрии у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами до и после хирургического лечения.

Материалы и методы. В исследование включено 95 пациентов с диагнозом «послеоперационная вентральная грыжа (ПВГ) большого и гигантского размера», все пациенты получали хирургическую помощь в виде герниопластики передней брюшной стенки с установкой сетчатого имплантата. Пациенты были рандомизированы на 3 группы в зависимости от вида хирургического лечения: первая группа состояла из 32 пациентов, которым была выполнена классическая передняя сепарационная герниопластика с так называемым высвобождением миофасциального компонента наружной косой мышцы передней брюшной стенки по Ramirez в комбинации с формированием «bridging-technique», вторая группа – 34 пациента, которым была выполнена задняя сепарационная ретромускулярная герниопластика с высвобождением миофасциального компонента внутренней косой мышцы живота по типу Rives-Stoppa, третья группа состояла из 29 пациентов, которым была выполнена задняя сепараци-

онная герниопластика с высвобождением миофасциального компонента поперечной мышцы передней брюшной стенки TAR – transversus abdominis release. Проведен периоперационный анализ тензодинамометрии мышц передней брюшной стенки у пациентов, страдающих от сложных форм послеоперационных вентральных грыж.

Результаты. При анализе полученных данных выявлены статистически значимые различия в показателях тензодинамометрии после проведения хирургического лечения пациентов с ПВГ большого и гигантского размера. Удалось установить, что функциональные параметры мышечного комплекса передней брюшной стенки зависят от выбора метода герниопластики.

Через 12 недель после хирургического лечения ПВГ наиболее низкие показатели тензодинамометрии среди участников исследования отмечены среди пациентов I группы – 11,9±3,9кг в задании на сгибание туловища и 16,5±5,1кг при задании на разгибание туловища, что незначительно выше, чем до проведения модифицированной герниопластики по типу Ramirez. Для пациентов II группы отмечена статистически значимая разница ($p<0,05$) между показателями тензодинамометрии до и после герниопластики по методике Rives-Stoppa. Полученные результаты тензодинамометрии у пациентов II группы – 16,7±5,1 кг в задании на сгибание туловища и 18,1±5,1 кг в задании на разгибание туловища являются выше по сравнению с тождественными показателями до проведения хирургического лечения ПВГ. Для III группы пациентов показатели тензодинамометрии оказались статистически значимо ($p<0,05$) выше, как в сравнении с дооперационным периодом, так и в сравнении с послеоперационными показателями I группы. Тензодинамометрия после проведения TAR герниопластики в задании на сгибание туловища составила 17,5±5,3 кг и в задании на разгибание туловища – 18,5±3,9 кг, что оказалось несколько выше по сравнению с показателями II группы пациентов.

Выводы. Пациенты с ПВГ большого и гигантского размера имеют существенные функциональные и физические отклонения относительно условно здоровых людей. В связи с этим выбор метода хирургического лечения данной категории пациентов может серьезно влиять на сроки восстановления трудоспособности и качества жизни в послеоперационном периоде. Проведенное исследование позволило дать оценку функциональному статусу мышц передней брюшной стенки после проведения хирургического лечения.

СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА МЭЛЛОРИ–ВЕЙССА

Ф.Р. Якубов, Х.Н. Бекчанов, Э.А. Эрниязов

Хорезмский филиал РНЦЭМП, Ургенч

Актуальность. Частота возникновения синдрома Мэллори-Вейсса в последние десятилетия увеличилась почти в 2–2,5 раза, что обусловлено не только совершенствованием методов эндоскопической диагностики, но и ростом употребления населением алкоголя. Число рецидивов кровотечения при синдроме Мэллори-Вейсса достигает 6–42%, послеоперационная летальность – 10–17%, а общая летальность составляет 11,8–4,8%. Заболевание преимущественно встречается у представителей сильного пола в возрасте 45–60 лет, употребляющих чрезмерное количество алкоголя. При синдроме Мэллори-Вейсса можно добиться прекращения застойного кровотечения при эндоскопическом методе гемостаза. Если наблюдается рецидив, то применение комбинированного метода эндоскопического гемостаза даёт хороший результат. Эндоскопические инфильтрационные методы остановки кровотечения у больных с синдромом Мэллори–Вейсса являются наиболее эффективными и малорецидивными методами лечения.

Цель исследования. Изучить эффективность применения эндоскопических методов гемостаза, в частности, электрокоагуляцию при синдроме Мэллори-Вейсса.

Материалы и методы. В исследование были включены 43 пациента, которые были госпитализированы в Хорезмский филиал Республиканского научно-практического центра экстренной медицинской помощи по поводу синдрома Мэллори-Вейсса, в период времени с 2015 до 2020 год.

Результаты. Для лечения этих больных мы использовали эндоскопический метод электрокоагуляции. Из всех пациентов представителей мужского пола было 41 (95%), и только 2 (5%) принадлежали к женскому полу. Средний возраст мужчин был равен 55–56 годам, а средний возрастженщинбыл 67–68 лет. Эндоскопические мероприятия были выполнены в течение 3 часов после госпитализации. Все пациенты были госпитализированы в отделение интенсивной терапии для подготовки верхних отделов пищеварительного тракта к эндоскопическим манипуляциям. В основном использовали электро-эндоскопический гемостаз. У 40 (93%) пациентов эффективно использовался метод электро-эндоскопического гемостаза, и только к 3 (7%) пациентам, с IV стадией синдрома Мэллори-Вейсса, был применен традиционный метод лечения в виде операции. Во всех остальных случаях электрокоагуляционный метод гемостаза был полностью эффективен, без

повторных кровотечений, вне зависимости от стадии синдрома Мэллори-Вейсса. Также не имелось побочных последствий применения.

Выводы. В нашем исследовании повторно было доказано, что возрастные изменения являются основными факторами, которые способствуют разрыву слизистого слоя, и чем старше человек, тем легче повреждается слизистая оболочка желудка. Эндоскопический метод гомеостаза электрокоагуляция позволяет добиться устойчивого гемостаза при синдроме Мэллори-Вейсса и снижения количеств повторных кровотечений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИБС У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

А.А. Абдурахманов, Н.М. Рахимов, М.А. Обейд, С.А. Турсунов, О.А. Машрапов, И.А. Абдухалимов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Узбекистан

Актуальность. Больные сахарным диабетом (СД) чаще страдают диффузным атеросклеротическим поражением коронарных артерий. Наличие СД усугубляет течение раннего послеоперационного периода, а ускоренное прогрессирование атеросклероза при СД неблагоприятно влияет на ближайшие и отдаленные результаты операции.

Цель. Оценить течение ишемической болезни сердца у больных сахарным диабетом 2 типа в раннем периоде после аортокоронарного шунтирования для прогнозирования исходов реваскуляризации миокарда.

Материал и методы. За период с 2020 г. по 1 апреля 2023 г. в РНЦЭМП произведены 924 операции изолированной АКШ у больных с ИБС. У 563 (61%) больных диагностирован сахарный диабет (СД) 2 типа, среди них было 366 (65%) мужчин и 197 (35%) женщин, средний возраст составил 54,4±5,6 года. 554 (98,4%) пациентам проводились операции коронарного шунтирования (КШ) на работающем сердце и у 14 (2,5%) – с использованием ИК. Все пациенты имели множественное поражение коронарных артерий, фракция выброса (ФВ) до операции составила 42,4±8,5%. По клиническому течению заболевания: у всех больных диагностирована нестабильная стенокардия, из них прогрессирующая стенокардия – у 538 (95,5%) больных, а 28 (5%) больных оперированы на фоне ОИМ (в первые сутки) без зубца Q. Левая внутренняя грудная артерия использовалась у 538 (95,6%) пациентов, 17 (3%) пациентам произведено двухмаммарное шунтирование, у остальных 25 (4,4%) шунтирование произведено без использования артериальных графтов. По количеству выполненных анастомозов: 6 шунтов выполнено у 16 больных, 5 шунтов – у 70 больных, 4 шунта – у 192 больных, 3 шунта – у 268 больных, 2 шунта – у 17 больных. Индекс шунтирования составил 3,6. Анализировались осложнения послеоперационного периода: летальность, инфаркт миокарда (ИМ), острая сердечная недостаточность, а также кровотечения, инфекционные и неинфекционные послеоперационные осложнения, нарушения ритма сердца.

Результаты. В нашем исследовании летальность составила 2,8% (16 случаев). Причинами летальных исходов у всех пациентов явился периоперационный инфаркт миокарда из-за неудовлетворительного дистального русла (при ревизии артерия имела диффузное поражение, потребовавшее выполнения открытой эндартерэктомии). Острая сердечная недостаточность в пери- и послеоперационном периоде отмечалась у 6 (1%) больных, развившаяся в послеоперационном периоде вследствие исходно низких резервов сократительной функции левого желудочка (фракция изгнания – менее 40%). У 3 (0,5%) больных отмечалось нарушение функции почек. У 4 (0,7%) пациентов отмечалось диффузное коагулопатическое кровотечение, остановленное медикаментозно. У 31 (5,5%) больного отмечались нарушения ритма сердца, купированные медикаментозно. У 2 (0,3%) больных развилась глубокая супурация с диастазом грудины инфекционного генеза (Pseudomonas aeruginosa), у 4 (0,7%) больных развился диастаз грудины, связанный с замедленной репарацией тканей неинфекционного генеза, у 5 (0,8%) больных отмечался асептический некроз краев раны. Средняя продолжительность послеоперационного пребывания в стационаре составила 9,2±3,1 дня.

Выводы. Ближайшие результаты АКШ у больных СД в 98,2% случаев показывают хорошие результаты. Развитие серьезных послеоперационных осложнений, таких как летальный исход, инфаркт миокарда и инсульт, не превышает таковую в общей популяции. В нашей группе больных с СД риск развития инфекционно-воспалительных осложнений был выше, и время пребывания в стационаре после операции был дольше.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННОЙ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Д.Б. Тохтарбаев, А.А. Абдурахманов, С.А. Турсунов, Ш.У. Буронов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Цель. Анализ результатов хирургического лечения пациентов с ишемической болезнью сердца, осложненных митральной недостаточностью.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ результатов хирургического лечения пациентов с ишемической болезнью сердца, осложненной митральной недостаточностью, с 2016 по 2022 год в отделении кардиохирургии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. В указанный период оперировано 16 пациентов, которые включены в исследование. Пациенты были разделены на две группы: первая группа включала 6 пациентов, которым выполнено аортокоронарное шунтирование с пластикой МК, вторая группа – 10 пациентов, которым было выполнено аортокоронарное шунтирование с протезированием митрального клапана. Все пациенты были обследованы в полном объеме, согласно стандарту.

Результаты. Ранняя послеоперационная смертность (в течение 30 дней) в первой группе не наблюдалась, во второй группе – 1 случай (4,1%). Через 1 год выживаемость в первой группе составила 90,2%, во второй – 91,2% (p=0,125), что указывает на сопоставимые результаты в обеих группах. Контрольное исследование через год показало, что в первой группе у 4 пациентов имела место легкая степень митральной недостаточности (I степень), у 2 пациентов была умеренная степень (II степень). Во второй группе у всех больных отмечалась умеренная степень митральной регургитации (II степень), протезозависимых осложнений также не отмечалось.

Показатели левого желудочка, оцененные с помощью ЭхоКГ через 1 год после операции, показали, что фракция выброса составила в среднем 48,9% в первой группе и 50,2% во второй группе, конечно-диастолический объем составил 165,6 мл и 145,4 мл соответственно.

Заключение. Результаты данного исследования показывают, что хирургическое лечение пациентов с ишемической болезнью сердца, осложненной митральной недостаточностью, демонстрирует низкую раннюю послеоперационную смертность и хорошие долгосрочные исходы.

ENHANCING CARDIOVASCULAR CURGEONS' TRAINING THROUGH THE USE OF AORTIC CANNULATION SIMULATOR: EVIDENCE FROM A STUDY AT THE REPUBLICAN RESEARCH CENTER OF EMERGENCY MEDICINE

Abdurakhmanov A.A., Tokhtarbaev D.B., Buronov Sh.U.,Tursunov S.A.

Republican Research Center of Emergency Medicine, Uzbekistan, Tashkent

Background: Cardiovascular surgery is a complex and highly demanding field that requires extensive training. The training of cardiovascular surgeons is a complex and lengthy process that requires extensive knowledge, technical skills, and practical experience. One of the most important aspects of this training is the development of the necessary skills for aortic cannulation, a critical step in many cardiac surgical procedures. To optimize this process, the Republican Research Center of Emergency Medicine has implemented the use of an aortic cannulation simulator in their training program. In this abstract, we will explore the effectiveness of this simulator in improving the training process for cardiovascular surgeons.

Methods: A comparative study was conducted over a two-month period, involving two groups of cardiovascular surgery residents: one group was trained using the simulator, while the other group received traditional training without the use of the simulator. The study analyzed the success rates and time required for aortic cannulation in both groups.

Results: The study compared the effectiveness of an aortic cannulation simulator in cardiovascular surgery residents. The simulator group (Group 1) showed a significantly shorter procedure time (6.26 minutes) compared to the control group (Group 2) (8.74 minutes). Both groups achieved a high success rate (20/20) in cannulations. The simulator group demonstrated higher skills and execution quality (8.3/10) and greater overall satisfaction (8.5/10) compared to the control group (7.2/10 and 7.8/10, respectively). These findings support the efficacy of simulator-based training in cardiovascular surgery education.

Conclusion: The aortic cannulation simulator is an effective tool in optimizing the training process for cardiovascular surgeons. The study results demonstrate that the use of the simulator significantly improves the success rates of aortic cannulation among trainees, while also reducing the amount of time required for training. The implementation of this simulator in cardiovascular surgery training programs is therefore recommended to enhance the overall training experience and outcomes for trainees.

КОРРЕКЦИЯ ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ПОСРЕДСТВОМ ПЕРЕДНЕБОКОВОЙ ПРАВОЙ ТОРАКОТОМИИ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

С.А. Турсунов, А.А. Абдурахманов, Д.Р. Зинатулина, Ф.А. Маматалиев, Ш.Ш. Адилов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Минимально инвазивные методики обеспечивают хорошую визуализацию и доступ. Обладая рядом преимуществ, эти операции перспективны и могут выполняться с высокой степенью эффективности и безопасности. Целью мало-

инвазивной кардиохирургии является достижение наилучших результатов для пациента с тем же качеством, что и при полной срединной стернотомии.

Цель исследования. Определить возможности малоинвазивной хирургии на основе ретроспективного анализа и сравнения непосредственных результатов хирургического лечения пациентов, перенесших вмешательства по коррекции дефектов межпредсердной перегородки как традиционными, так и малоинвазивными методами.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование включены 26 пациентов с дефектом межпредсердной перегородки (ДМПП), оперированных в кардиохирургическом отделении Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Результаты. Аппарат искусственного кровообращения (ИК) в случаях миниторакотомии подключали по схеме «правая общая бедренная артерия – правая общая бедренная вена», также канюлировали непосредственно верхнюю полую вену. Бедренные сосуды канюлировали «открытым» способом. В случаях срединной стернотомии использовали стандартную восходящую аорту и бикавальную канюляцию.

Результаты. Средняя длительность вмешательства составила в случае стернотомии 130,2±39,0 минут, передне-боковой торакотомии – 140,5±49,0 минут. Время ИК – соответственно 35,0±8,1 минуты, 40,0±10 минут, пережатие аорты – 22,6±3,1 минуты, 25,6±5,1 минуты соответственно. Длительность госпитализации после операции 10±2,0 дней в случае стернотомии, 8,0±2,0 дней в случае переднебоковой торакотомии.

В целом у всех оперированных больных наблюдалось неосложненное течение послеоперационного периода. Кровотечений в раннем послеоперационном периоде, потребовавших повторной операции, не было. Раневых осложнений на стороне доступа не было.

Заключение. Минимально инвазивные методики также обеспечивают достаточную визуализацию и позволяют провести адекватную хирургическую коррекцию. Эти операции, обладающие рядом преимуществ, такими как очевидно лучший косметический эффект, относительно короткий период госпитализизации и, как правило, более короткий период реабилитации и экономическая выгода, перспективны и могут выполняться с высокой степенью эффективности и безопасности.

Мы рассматриваем малоинвазивную кардиохирургию как возможность уменьшить операционную травму, гарантию качества и безопасности, как при стандартном подходе.

ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Ф.А. Хаджибаев, П.К. Султанов, Д.Н. Эргашев, Р.К. Садиков, Ж.А. Джураев, Н.Б. Исхаков, А.А. Исматов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Введение. Трансплантация почки имеет огромное значение в жизни больных с заболеванием терминальной стадии хронической почечной недостаточности. Несмотря на улучшение качества жизни и экономическую эффективность трансплантации почки имеются еще и послеоперационные осложнения. Осложнения после трансплантации почки можно подразделить на хирургические и нехирургические. К нехирургическим осложнениям можно отнести отсроченную функцию трансплантата, различные виды инфекций и сердечно-сосудистые патологии, а к хирургическим осложнениям относятся сосудистые, урологические, раневые инфекции, лимфоцеле и послеоперационные грыжи.

Цель. Изучить частоту встречаемости послеоперационных осложнений и их виды в условиях одного Центра.

Материалы и методы. Нами был проведен ретроспективный анализ возникновения послеоперационных осложнений у 220 больных, которым была проведена операция трансплантация почки в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи за период с января 2019 года по октябрь 2022 года.

Результаты исследований. Из всех 220 больных различные виды осложнений наблюдались в 42 случаях, что составило 19%, из них 31 (73,8%) случай хирургических осложнений и 11 (26,2%) случаев нехирургических осложнений. Хирургические осложнения в виде гематомы послеоперационной раны – в 8 (19,2%) случаях, тромбоз артерии трансплантата – в 1 (2,4%) случае, тромбоз венозного анастомоза – в 1 (2,4%) случае, лимфоцеле послеоперационной раны – в 7 (16,6%) случаях, раневые инфекции – в 4 (9,5%) случаях, кровотечения из артериального анастомоза – в 2 (4,7%) случаях, кровотечения из венозного анастомоза – в 1 (2,4%) случае, перегиб венозного анастомоза – в 3 (7,2%) случаях, возникновение послеоперационной грыжи – в 2 (4,7%) случаях, урологические осложнения в виде некроза мочеточника – в 2 (4,7%) случаях. Нехирургические осложнения в виде сверхострого отторжения, приведшие к удалению трансплантата, выявлены в 2 (4,8%) случаях, в 4 случаях (9,5%) имело место острое клеточное отторжение трансплантата, которое было успешно излечено пульс-терапией метилпреднизолоном, отсроченная функция трансплантата была в 1 (2,4%) случае,

посттрансплантационный сахарный диабет – в 4 (9,5%) случаях.

Вывод. Несмотря на частоту возникновения послеоперационных осложнений, своевременно оказанная помощь и дальнейший контроль больных приводят к нормальному функционированию почечного трансплантата, кроме случаев сверхострого отторжения. Изучение и анализ осложнений в раннем посттрансплантационном периоде даёт возможность прогнозированию, предотвращению возникновения возможных осложнений и сохранению почечного трансплантата. Реципиенты с вышеуказанными осложнениями в удовлетворительном состоянии выписаны домой и находятся на амбулаторном учёте.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У РЕЦИПИЕНТА С ТРАНСПЛАНТИРОВАННОЙ ПОЧКОЙ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Ф.А. Хаджибаев, П.К. Султанов, Д.Н. Эргашев, Р.К. Садиков, Н.Б. Исхаков, Ж.А. Джураев, А.А. Исматов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Хроническая болезнь почек (ХБП) является прогрессирующим заболеванием, поражающим более 10% населения мира, что составляет более 800 миллионов человек. Миллионы людей ежегодно умирают из-за отсутствия доступного лечения, смертность от ХБП за последние два десятилетия увеличилась. Общее число женщин с нарушением функции почек – более 460 миллионов. У женщин с поздними стадиями ХБП гораздо меньше вероятность забеременеть или иметь неосложненную беременность по сравнению с женщинами с нормальной функцией почек. Даже легкая ХБП связана с более высоким риском неблагоприятных исходов для матери и плода, включая ухудшение функции почек матери, протеинурию и артериальную гипертензию, а также преждевременные роды и задержку роста плода. Фертильность является одним из потенциальных преимуществ для женщин, перенесших трансплантацию почки, однако популяционная информация о вероятности наступления беременности и благополучного исхода плода отсутствует. Наступление беременности происходит у 5–12% детородного возраста с трансплантированной почкой. Согласно статистическим данным, клинические случаи беременности у женщин с трансплантированной почкой в анамнезе участились. Именно поэтому проблема ведения беременности, родов и послеродового периода у таких женщин является актуальной.

Цель исследования. Анализ клинического случая течения беременности и родов у женщины после трансплантации почки.

Материалы и методы исследования. Изучены индивидуальная карта течения беременности, проведенных обследований и история родов пациентки с трансплантированной почкой в анамнезе. Пациентка Б., 25 лет, наблюдалась в отделении акушерской патологии беременности Республиканского перинатального центра Министерства здравоохранения Республики Узбекистан.

Результаты исследования. 18.05.2019 года больной была проведена операция «гетеротопическая трансплантация почки от живого родственного донора». Пациентка находилась на постоянной иммуносупрессивной терапии: прием такролимуса – 4 мг/сутки, микофенолат мофетил – 1000 мг/сутки, глюкокортикоид – 5 мг/сутки. У больной в январе 2022 года наступила запланированная беременность. Коррекция иммуносупрессивной терапией не проводилась. В I триместре осложнений в течение беременности не выявлено. Во II триместре наблюдалось повышение мочевины (16 ммоль/л) и креатинина (200 ммоль/л) в крови, проводились инфузионные и диуретические средства растительного происхождения, после чего отмечалось снижение мочевины (8 ммоль/л) и креатинина (110 ммоль/л) в крови. У больной III триместр протекал гладко, продолжали иммуносупрессивную терапию в прежнем объеме и растительные диуретики, проводился контроль концентрации препаратов иммуносупрессии 1 раз в месяц в I и II триместрах и еженедельно в III триместре беременности. Концентрация такралимуса в крови варьировалась от 5,5 до 5,7 нг/мл крови. В сроке 37 недель в плановом порядке выполнено благоприятное разрешение родов путем операции кесарева сечения: масса плода – 2560 г, рост – 50 см, 8–9 баллов по шкале Апгар. В послеоперационном периоде продолжалась иммуносупрессивная терапия. На 4-е сутки после операции концентрация такролимуса в крови – 4,9 нг/мл. В течение беременности и в раннем послеродовом периоде доза такролимуса оставалась без изменений. На 5-е сутки после операции кесарева сечения больная в удовлетворительном состоянии выписана из стационара вместе с ребенком. При выписке и в течение 1,5 года патологий у ребенка, а также со стороны трансплантированной почки у матери не наблюдалось.

Заключение. Беременность у женщин, перенесших трансплантацию почки, имеет благоприятный исход. Пациенты во всех случаях должны включаться в категорию повышенного риска, а беременность должна протекать под динамическим наблюдением акушера-гинеколога, нефролога, трансплантолога. Важен постоянный клинико-лабораторный контроль всех показателей состояния организма матери и плода. Для успешного функционирования трансплантата и предотвращения его отторжения у беременных с пересаженной почкой необходим постоянной контроль иммуносупрессии. Выбор оп-

тимальной дозы иммуносупрессивной терапии с минимальными побочными эффектами – основная задача специалистов и залог успешного завершения беременности.

ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН. ПРОБЛЕМЫ ДОНОРСТВА

Ф.А. Хаджибаев, П.К. Султанов, Д.Н. Эргашев, Р.К. Садиков, Ж.А. Джураев, Н.Б. Исхаков, А.А. Исматов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Введение. Трансплантация органов – одно из самых успешных достижений современной медицины. Для пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности трансплантация, несомненно, улучшает качество их жизни. Благодаря прорывам в хирургии и анестезии трансплантация органов стала доступной во всем мире. Ежегодно проводится около 120 000 операций по пересадке органов; однако, по оценкам Всемирной организации здравоохранения, это количество трансплантаций удовлетворяет лишь 10% ежегодных потребностей в трансплантации во всем мире. Многие проблемы в этом направлении остаются нерешенными и создают благодатную почву для исследований.

Цель. Обсудить последние научные данные о состоянии трансплантации почки в мире и дать представление о преимуществах, возможностях и проблемах трансплантации почки в мире и в Республике Узбекистан.

Результаты. Существует несколько исследований, направленных на улучшение доступности органов и выживаемости, в том числе оптимизация перфузии трансплантата ex-vivo и протоколов использования трансплантата с расширенными критериями, предоперационная оценка кандидатов, сравнение трансплантата и реципиента, предварительная обработка реципиентов (с использованием ишемического прекондиционирования) и доноров (с использованием легкой гипотермии). Чтобы помочь решить проблему нехватки почек для трансплантации, UNOS (Объединенная сеть обмена органами) внедрила программу трансплантации донорской почки. Эта программа помогает людям, у которых выявлены несовместимые живые доноры, найти подходящих доноров и получить трансплантат. Подобные организации существуют во многих странах мира.

Трансплантация в Узбекистане развивалась в 5 этапов:

I этап (1972–1991) – первая трансплантация почки в Узбекистане 14 сентября 1972 года на основании законодательства о трансплантации органов и тканей 1970 года.

II этап (1991–1998) – перерыв в области трансплантации из-за ее запрета законом;

III этап (1998–2017) – выполнение 48 трансплантаций почек от живого родственного донора на основании приказа Министерства здравоохранения Республики Узбекистан;

IV этап (2017–2022) – проведение 849 трансплантаций почек и 22 трансплантаций печени от родственных живых доноров на основании Постановления Кабинета Министров № 859 от 17 октября 2017 года.

Этап V – принятие Закона Республики Узбекистан «О трансплантации органов и тканей человека» 11 мая 2022 года. Согласно Закону, объектами трансплантации могут быть человеческие органы и (или) ткани, взятые как у живого донора, так и у трупа. Этот Закон расширит круг доноров для нуждающихся пациентов.

Заключение. Трансплантология – это сфера жизнедеятельности, от которой больше нельзя отказываться, поэтому необходимо разработать и внедрить гуманистические принципы, на основе которых она будет регулироваться. Выход Закона Республики Узбекистан «О трансплантации органов и тканей» требует создания программ, фондов и организаций для повышения уровня донорства в стране.

III. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ И КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

ПЕРИОПЕРАЦИОННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕВОСИМЕНДАНА У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ, ПЕРЕНОСЯЩИХ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ МИОКАРДА

Ш.А. Абдуганиев, А.А. Абдурахманов, М.А. Обейд, О.А. Машрапов, Ф.А. Маматалиев

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Известно, что пациенты с предоперационной низкой фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ) связаны с высокой заболеваемостью и смертностью в кардиохирургии. Основная цель данного исследования – периоперационное применение левосимендана у больных ИБС с тяжелой левожелудочковой недостаточностью, переносящих аортокоронарное шунтирование.

Методы. В исследование вошли 38 пациентов, прооперированных по поводу ИБС. Основную группу составили 24 пациента, которым проводилась предоперационная инфузия левосимендана; 14 пациентов, которым в предоперационном периоде проводилась стандартная терапия основного заболевания, образовали контрольную группу. Возраст больных колебался от 46 до 69 лет (53,8±6,8 г.) в основной группе и от 44 до 69 лет (54,8±7,9 г.) в контрольной. У пациентов обеих групп по данным эхокардиографии отмечалось снижение ФВ менее 35%. Распределение исследуемых больных по степени выраженности дефицита сердечного выброса: средний уровень сердечного выброса составил для основной группы больных 31,8±2,9%, а для контрольной – 33,09±2,8% ($p<0,05$). У всех больных имелся постинфарктный кардиосклероз, у 14 (33,3%) пациентов – основной и у 8 (50%) из контрольной группы – аневризма левого желудочка, не требующая пластики. Мерцательная аритмия – у 9 (21,4%) пациентов основной и у 5 (11,9%) контрольной группы. Сопутствующая гипертоническая болезнь – у 36 (84,6%) пациентов основной и у 13 (81,2%) пациентов контрольной группы. Все пациенты получали традиционную терапию, включающую мочегонные препараты, ингибиторы АПФ, малые дозы селективных β-адреноблокаторов и антиагреганты. Левосимендан вводили за 2–3 дня до операции. Через 24 часа после введения левосимендана проводили ЭхоКГ-исследование. Функция левого желудочка оценивалась по ЭхоКГ: фракция выброса составила в среднем 32,5±4,0%, КДО левого желудочка в среднем составил 230,1±54,8 мл основной группы. Периоперационный риск смерти до операции определялся по шкале EuroSCORE и составил 5,6±2,2 балла, что соответствует ожидаемой частоте летальных исходов в 7,9±4,6%. Всем пациентам выполнялась операция коронарного шунтирования, среднее количество шунтов – 2,48±0,67; 6 (14,3%) больным выполнялась эндартерэктомия из коронарных артерий по поводу их диффузного поражения.

Результаты. В период введения левосимендана не было отмечено значимых изменений параметров гемодинамики, усугубления имевшихся аритмий и появления фатально опасных аритмий. Применение левосимендана при выполнении АКШ у больных с сердечной недостаточностью позволило сократить среднюю дозу и длительность послеоперационной инотропной поддержки и сроки проведения искусственной вентиляции легких. В основном оперативные вмешательства выполнялись на работающем сердце. В основной группе частота перехода на конверции составила 3 (11,5%) случая, контрольный группы составила 6 (42,8%) случаев. Средний срок пребывания пациентов в отделении реанимации в послеоперационный период составил для основной группы 2,53±1,1 дня, для контрольной – 3,81±1,1 дня ($p<0,05$). Таким образом, представленные нами данные свидетельствуют о возможности и целесообразности включения левосимендана в протокол периоперационного обеспечения аортокоронарного шунтирования у лиц со сниженной фракцией выброса левого желудочка.

Выводы. Представляется целесообразным включение левосимендана в комплекс периоперационного обеспечения аортокоронарного шунтирования у пациентов с ишемической болезнью сердца при низкой фракции выброса левого желудочка. Левосимендан является средством, которое может быть успешно использовано для лечения пациентов с синдромом низкого сердечного выброса. Его можно использовать перед операцией у пациентов с более высоким риском до развития синдрома низкого сердечного выброса. Это поможет хирургам лучше справляться с синдромом низкого сердечного выброса после операций на сердце. Наиболее значимый клинический эффект от применения левосимендана достигается у групп больных со снижением сердечного выброса менее 35%, но более 20% от долженствующего.

ОЦЕНКА МАРШРУТИЗАЦИИ И РЕПЕРФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В ГОРОДЕ ТАШКЕНТЕ

Д.А. Алимов, Б.Ф. Мухамедова, Р.А. Рахимова, Х.М. Турсунов, М.Х. Назарова., Б.О. Казаков

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Цель. Оценить маршрутизацию и реперфузионную терапию при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST (ОКСпST) в городе Ташкенте на примере Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП), Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии (РСНПМЦК) и Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии им. В. Вахидова (РСНПМЦХ им. В. Вахидова).

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 735 историй болезней. Всех пациентов разделили на три группы по территориальному принципу госпитализации в медицинскую организацию: РНЦЭМП – 580 больных, РСНПМЦК – 76 больных, РСНПМЦХ им. В. Вахидова – 79 больных. В качестве целевых показателей оценивались: среднее время от поступления пациента с ОКСпST в приёмное отделение до начала проведения чрескожного коронарного вмешательства, количество проведенных ЧКВ, уровень летальности, доля пациентов, переведенных в РСЦ. Все пациенты были разделены на три подгруппы в зависимости от сроков возникновения ОКСпST: первая – пациенты, поступившие в первые 6 часов от начала заболевания, вторая группа – поступившие в первые сутки от 6 до 12 часов, третья группа – поступившие через 24 часа и более.

Результаты. Первым этапом работы выполнено сравнение больниц по эффективности оказания медицинской помощи больным с ОКСпST. Средний возраст пациентов составил: в РНЦЭМП – 65,1±11,1 года, в РСНПМЦК – 63,4±10,8 года, в РСНПМЦХ им. В. Вахидова – 66,2±9,6. По результатам анализа среднее время от поступления пациента с ОКСпST в приёмное отделение до начала проведения чрескожного коронарного вмешательства (время «дверь–баллон») составило: в РНЦЭМП – 70,1±4,7 мин, в РСНПМЦХ – 87,2±9,5 мин, в РСНПМЦК – 54,3±7,2 мин.

Всех пациентов с ОКС↑ST n=735, которые перенесли эндоваскулярный подход, разделили следующим образом:

– Первичное ЧКВ составило n = 504 (68,57%), из которых РНЦЭМП-n = 381 (65,7%), РСНПМЦХ-n = 70 (88,61%), РСНПМЦК-n = 53 (64,47%).

– Спасательное ЧКВ составило n=37 (5,03%), из которых РНЦЭМП-n = 28 (4,83%), РСНПМЦХ-n = 4 (5,06%), РСНПМЦК-n = 5 (6,58%).

– КАГ составило n = 118 (16,05%), из которых РНЦЭМП-n = 102 (17,59%), РСНПМЦХ-n = 5 (6,3%), РСНПМЦК-n = 11 (14,47%).

– ТЛТ после КАГ сделано: n = 27 (4,65 %), все пациенты были зафиксированными в РНЦЭМП.

Остальным пациентам по разным причинами не выполнены ЧКВ: агональное состояние – n = 13 (1,8%), аллергия на йод составила n = 1 (0,14%), высокий уровень креатинина составил n = 7(1%), число пациентов, которым по техническим причинам не выполнен эндоваскулярный подход, составило n = = 3 (0,41%), из-за отёка легких не выполнено ЧКВ – n = 9 (1,22%), из-за кардиогенного шока не выполнено ЧКВ – n = 7 (0,95%), 9 (1,22%) больных отказались. По уровню летальности: в РНЦЭМП – 13,2% (97 больных), в РСНПМЦХ – 12,66% (10 больных), в РСНПМЦК – 11,84 % (9 больных).

Заключение. В исследуемых больницах не выявлено различий по эффективности оказания медицинской помощи (по уровню летальности), что свидетельствует о рациональном использовании имеющихся ресурсов и налаженной системе маршрутизации. Для снижения госпитальной летальности необходимо:

– развивать социальную рекламу и образование населения с целью снижения времени «выжидания пациента» от момента появления симптомов до звонка в СМП;

– увеличить количество системного тромболизиса на догоспитальном этапе;

– максимально возможно снизить время «дверь – баллон»;

– увеличить количество ЧКВ при ОКСпST пациентам (увеличить доступность высокотехнологичной помощи).

ST ЭЛЕВАЦИЯЛИ МИОКАРД ИНФАРКТИДА ШИФОХОНАГАЧА ТРОМБОЛИЗИСНИНГ УЧ ОЙДАН КЕЙИНГИ БЕМОРЛАРНИ КЛИНИК ҲОЛАТИГА ТАЪСИРИ

Алавий А.Л., Кенжаев С.Р.

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали

Шифохонагача тромболизни қўллаш STэМИ билан оғриган беморларни даволаш тактикасини ўзгартирди ва умумий ўлим сонини камайтирди. Американинг йирик NRMI реестри беморларнинг турли тоифаларида ўлим вақтини кечиктириш таъсирини акс эттирди: атиги 40 дақиқа олдин миокард инфаркти бўлган 65 ёшдан кичик беморларда реперфузиянинг кечикиши ва 2 соатдан кам вақт олдин симптомларнинг пайдо бўлиши ўлим хавфини оширади. Шифохонагача тромболизис ўткир миокард инфарктида клиник кечишига таъсирини ўрганиш долзарб масалалардан ҳисобланади.

Текширув мақсади. Шифохонагача тромболизисни ST элевацияли ўткир миокард инфарктида бир ойдан кейинги касалликнинг клиник кечишига таъсирини таҳлил қилиш.

Материал ва методлар. Текширувга STэМИ билан оғриган 108 та 35 ёшдан 67 ёшгача бемор киритилди (ўртача ёши 5,12 ± 1,3 йил). Беморлар касалликнинг клиникаси намоён бўлгандан дастлабки 6 соат ичида РШТЁИМ Бухоро филиали тез ёрдам кардиобригадаси ёрдамида фармакологик реперфузия ўтказилган. Беморлар 2 гуруҳга бўлинди: 1-гуруҳ – шифохонагача ТЛТ (n=50), 2-гуруҳ шифохонадаги ТЛТ (n=58). 108 та беморларнинг барчасига миокард реваскуляризациясидан сўнг 1 ойдан кейинги клиник ҳолати баҳоланди. Олинган натижалар статистик таҳлилдан ўтказилди.

Натижалар: Шифохонагача тромболизис гуруҳида Q-тишчали МИ назоратдаги гуруҳга қараганда кам ривожланди (39,7% ва 44%; p < 0,05).

Уч ойдан сўнг динамикада 1-гуруҳ беморларда СЮЕ NYHA бўйича I ФС 40 (81,6%) беморларда ривожланди, II ФС 8 (16,4%), III ФС 1 нафар (2,0%) беморларда кузатилди. Терапия негизида беморларда ЮЕ белгиларининг камайиши (ҳансираш, ўпкада нам хириллашлар ва б.) кузатилди. 2-гуруҳда эса 30 (54,5%) беморларда СЮЕ ФС I NYHA бўйича, 19 (34,5%) СЮЕ ФС II, 6 (10,9%) – СЮЕ ФС III, 1 (1,8%) беморларда IV ФС ривожланди.

Иккала гуруҳда ҳам оптимал танланган базис терапия негизида ШОКС шкаласи бўйича баллар миқдори камайди. 1-гуруҳда ШОКС шкаласи бўйича баллар миқдори дастлаб 3 (1; 4) ни ташкил этди ва 3 ойдан кейин терапия таъсир остида 2 (2; 4) га ишонарли камайди (p<0,05). 2-гуруҳда ҳам дастлаб баллар сони 5 (2; 6) деб белгиланди ва 3 ойдан кейин 3 (2; 4) баллга камайди (p<0,05).

Шифохонагача тромболизис ўтказилган беморларда уч ой давомида қайта госпитализация – 1 (2,04%), стабил зўриқиш стенокардияси – 5 (10,2%), қайта миокард инфаркти – 1 (2,04%) кузатилди. Шифохонада ТЛТ бажарилганлар гуруҳида эса уч ой мобайнида қайта госпитализация – 2 (3,5%), стабил зўриқиш стенокардияси – 7 (12,5%), қайта миокард инфаркти – 2 (3,5%) кузатилди.

Хулоса. Шундай қилиб, ST элевацияли ўткир миокард инфарктининг юрак ишемик касаллигининг турли хил ўткир шаклларига айланиши ва асоратларнинг ривожланиш даражасини инфаркт ҳавзасига боғлиқ артерияда реперфузия бошланиш вақти ва тезлиги белгилайди. ST элевацияли ЎКСда шифохонагача тромболизис вақтини тезлаштириш касалликнинг уч ойдан кейинги клиник кечишига ижобий таъсир кўрсатади, сурункали юрак етишмовчилиги оғир синфлари ривожланмаслигига ҳисса қўшади ва ҳаёт учун хавфли асоратлар ривожланишининг олдини олади.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМ ДИСТАНЦИОННОЙ И АВТОМАТИЧЕСКОЙ ИНТЕРПРЕТАЦИИ ЭКГ В ДОГОСПИТАЛЬНОМ И ГОСПИТАЛЬНОМ ПЕРИОДАХ

Н.Д. Архангельский, В.М. Теплов, Д.М. Прасол

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ

Сердечно-сосудистые заболевания (далее – ССЗ) продолжают оставаться одной из ведущих причин смертности и выхода на инвалидность в трудоспособном возрасте. Ежегодно от ССЗ умирает 16,7 млн человек, из них 7,4 млн – от ишемической болезни сердца (далее – ИБС). Основной причиной в структуре смертности от ИБС является острый коронарный синдром (далее – ОКС). В рамках алгоритмов по оказанию скорой медицинской помощи по профилю «Острый коронарный синдром» ведущим методом исследования в условиях догоспитального периода остается регистрация 12-канальной электрокардиограммы. Появление на рынке медицинской техники разнообразных систем для дистанционной передачи и удаленного анализа электрокардиограммы (далее – ЭКГ)может помочь сотрудникам скорой медицинской помощи в принятии решения о госпитализации пациента в первичное сосудистое отделение (далее – ПСО) или региональный сосудистый центр (далее – РСЦ) с возможностью специализированного лечения ОКС. В рамках стационарного периода оказания скорой медицинской помощи пациентам кардиологического профиля автоматическая интерпретация ЭКГ при проведении сестринской сортировки позволяет выделить категорию пациентов, которым требуется проведение экстренных и неотложных лечебно-диагностических инвазивных мероприятий.

Было выявлено, что обеспечение в субъекте страны удаленного изучения результатов электрокардиографии опытным специалистом позволило в течение года достоверно увеличить долю пациентов, госпитализированных в профильные медицинские организации (см. табл.).

Сравнение субъектов с возможностью дистанционной передачи ЭКГ и без таковой

Субъект		Частота события от общего числа пациентов с ОИМ		
		тромболизис	смерть в машине	госпитали-зация в ПСО/РСЦ
С возможностью дистанционной передачи ЭКГ (n=25)	до внедрения	0,113±0,015	0,0051±0,0007	**0,77±0,042**
	после внедрения	0,111±0,014	0,0062±0,001	**0,87±0,022***
Без возможности дистанционной передачи ЭКГ (n=12)	2019 г.	0,118±0,023	**0,0053±0,0009**	0,86±0,032
	2020 г.	0,105±0,013	**0,008±0,0009***	0,84±0,039

* Различия достоверны (p<0,005).

В рамках использования систем автоматической интерпретации ЭКГ в структуре сестринской медицинской сортировки проанализировано 10874 самостоятельных обращений в ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. ак. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации за период 2019–2022 годов, из которых выделено 983 обращения с жалобами кардиологического профиля. В 172 случаях первичная интерпретация ЭКГ медицинской сестрой вела к немедленной транспортировке пациента в ПИТР СОСМП («красная» зона), в которых у 8 пациентов заподозрен диагноз ОКС, выполнено ЭКАГ и первичное ЧКВ. В 164 случаях у пациента выявлялись значимые нарушения проводимости или ритма.

Вывод. Использование дистанционных систем передачи, анализа, хранения ЭКГ обеспечивает увеличение госпитализации в профильные медицинские организации пациентов с острым коронарным синдромом. Включение в алгоритм сестринского триажа первичной интерпретации ЭКГ при помощи автоматических систем позволяет обеспечить быстрое выявление пациентов кардиологического профиля, нуждающихся в лечении в условиях палаты реанимации и интенсивной терапии, несмотря на стабильные витальные функции.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА И ЭНДОГЕННОЙ СОСУДИСТОЙ РЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОТРАВЛЕНИЯМИ ГИПОТЕНЗИВНЫМИ И АНТИАРИТМИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ ДО 60 ЛЕТ И СТАРШЕ

М.В. Белова[1,3], К.К. Ильяшенко[1,2], М.М. Поцхверия[1,2,3], А.Ю. Симонова[1,2,3], Г.Н. Суходолова[1,2], Е.В. Клычникова[1]

[1]ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», Москва

[2] ФГБУ ФНКЦ ФХМ им. Ю.М. Лопухина ФМБА России, Москва

[3]ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

В настоящее время доля отравлений гипотензивными и антиаритмическими препаратами (ГАП) составляет от 7,8 до 9,4% в общей структуре экзотоксикозов. Возраст пациентов имеет большой диапазон, при этом около 50% приходится на лица трудоспособного возраста 30–59 лет; от 25 до 30% в разные годы – на пострадавших старше 60 лет. Несмотря на сведения, имеющиеся в настоящее время в литературе, патогенез этих отравлений требует более углубленного изучения.

Цель. Выявить особенности нарушений показателей окислительного стресса (ОС) и эндогенной сосудистой регуляции у больных разного возраста с отравлениями ГАП.

Материалы и методы. Обследовано в динамике (1-е, 2-е, 3-и сутки) 40 больных с острыми отравлениями ГАП, включая ингибиторы АПФ, β-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов в возрасте от 20 до 85 лет, из них 19 человек – старше, 21 – моложе 60 лет. Пациенты находились на лечении в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского в период с 2020 по 2022 г. Исследовали в крови пациентов: малоновый диальдегид (МДА), общую антиокислительную активность сыворотки крови (ОАА), рассчитывали показатель окислительного стресса ($К_{МДА/ОАА}$), стабильные метаболиты оксида азота (NOx) и концентрацию ангиотензинпревращающего фермента (АПФ). Изменение показателей оценивали в сравнении с возрастными референтными значениями. Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ IBM SPSS Statistics 27.0. Определяли медиану (Me), 25-й и 75-й процентили. При выявлении различий количественных показателей внутри групп в динамике применяли критерий Уилкоксона (кр. W).

Результаты. У пациентов старшей возрастной группы в 1-е и 2-е сутки пребывания в стационаре содержание в крови МДА было статистически значимо снижено по сравнению с возрастной нормой – на 27,8% и 26% соответственно, на 3-и сутки обнаружена тенденция к нормализации. В эти же сроки ОАА была снижена на 22% ($p>0,05$). На 3-и сутки происходило дальнейшее снижение этого показателя. $К_{МДА/ОАА}$ на всех этапах исследования статистически значимо превышал соответствующую норму более чем в 2 раза. На наш взгляд, такая ситуация указывает на развитие окислительного дистресса, что сопровождается более тяжелым течением заболевания у данного контингента больных по сравнению с лицами трудоспособного возраста. Нельзя исключить, что это обусловлено общим низким адаптационным потенциалом организма, ранее выявленным нами у гериатрических больных с отравлениями психофармакологическими препаратами. На этом фоне во все сроки исследования обнаружено снижение АПФ от 31% в первые сутки до 70% на 3-и сутки, которое указывало на склонность к дилатации сосудов артериального русла. Вероятно, такая ситуация обусловлена сердечно-сосудистой патологией у этой категории лиц и длительным приемом ими препаратов группы ингибиторов АПФ. При этом содержание NOx также было снижено в пределах 17–71%, что, вероятно, носило компенсаторный характер, направленный на поддержание сосудистого тонуса.

У пациентов моложе 60 лет на протяжении трех суток от момента госпитализации отмечали статистически значимое увеличение содержания МДА от 64% по сравнению с соответствующей нормой на 1-е сутки до 86% на 3-и сутки на фоне лечения и снижение ОАА. Следует отметить, что интенсивность расходования антиоксидантной емкости крови выразилась в статистически значимом отли-

чии этого показателя от нормы на 2-е и 3-и сутки. $К_{МДА/ОАА}$ в среднем во все сроки исследования более чем в 2 раза превышал норму. У данного контингента больных в раннем периоде заболевания имел место окислительный стресс.

Содержание АПФ в крови пациентов трудоспособного возраста в 1–3 сутки было снижено на 25–41% от нормы соответственно. Уровни NOx у пациентов моложе 60 лет обнаруживали тенденцию к повышению на первых двух этапах исследования. Однако на 3-и сутки при значительном снижении содержания в крови АПФ происходило снижение содержания NOx на 21,5% по сравнению с нормой и на 39% – с исходным показателем.

Заключение. Проведенные исследования показали, что у лиц моложе 60 лет в раннем периоде острых отравлений ГАП имеет место адекватная реакция на химическое воздействие, проявляющаяся окислительным стрессом, при этом значения АПФ и NOx на этапах исследования в целом носят разнонаправленный характер.

У пациентов старшей возрастной группы развивается окислительный дистресс, на фоне которого обнаруживается снижение в крови уровня АПФ и параллельно ему – уровня NOx.

THE COMBINATION OF ZINC AND ALPHA-LIPOIC ACID MEDICINES IN THE TREATMENT OF DYSLIPIDEMIA IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

Boboyev B.M.[1], Kairov A.K.[1], Azimov A.A.[1]

Republican research centre of emergency medicine, Tashkent, Uzbekistan[1]

Introduction: Alpha-lipoic acid (ALA) is produced naturally in human organism. It plays a crucial role in lipid metabolism. It is also a cofactor of enzymes in carbohydrate metabolism. Recently, it has been shown that ALA supplementation might affect the lipid profile by influencing lipid metabolism. However, these findings remain controversial. The probable lipid-lowering mechanism might be explained by beneficial effects of ALA on mitochondrial fatty acid β-oxidation through activation of AMP-activated protein kinase.

Materials and methods: The total of 30 patients (12 males and 8 females) aged 46-67 with Coronary artery disease, FC II-III, patients without mycardial infarction and diabetus mellitus were chosen for the sudy. The study was carried out in Tashkent medical academy, in the department of vascular surgery in 2021-2022. We analyzed simple blood serum triglyceride (TGL), high density lipoprotein (HDL) and low-density lipoprotein (LDL) in patients with CAD before and after administration of alpha-lipoic acid, 300 mg capsule, twice daily, and atorvastatin 30 mg once daily at least two months.

Results: All the patients in the sample were divided into two groups based on the type of lipid lowering medicine received. 1st group consisted of 15 patients and average level of TGL, HDL and LDL are before therapy 215,4 mg/dl, 39,7 mg/dl and 187.8 mg/dl, 2nd group consisted of 15 patients and average level of TGL, HDL and LDL are 215,8 mg/dl, 37,7 mg/dl and 188,4 mg/dl. We give 1st group of patients atorvastatin 30 mg and 2nd group of patients atorvastatin 20 mg + alpha-lipoic acid 600 mg + Zinc 50 mg. After a 2 month we checked total level of TGL, HDL and LDL in blood serum in the both group of patients. 1st group of patients after therapy the level of TGL declined from 215,8 mg/dl to 176,7 mg/dl, HDL changed from 37,7 mg/dl to 43,7 mg/dl and LDL is dropped 138,3 mg/dl. 2nd group of patients after therapy the level of TGL declined from 215,8 mg/dl to 147,7 mg/dl, HDL changed from 36,8 mg/dl to 53,7 mg/dl and LDL is decreased from 188,4 mg/dl to 128,5. In the comparative analyses in both group of patients, we can see that from the obtained results in the 2nd group of patients the level of TGL and LDL significant declined compared to 1st group.

Conclusion: The high amount of TGL and LDL in the bloodstream may cause and increase the progression of atherosclerosis of coronary artery. Lipid lowering therapy plays an important role in the decreased the level of lipids. Through this prevalence of fatal outcomes such as myocardial infarction and ischemic stroke significant declined. It is evident that the noticeable reduction in 2nd group patients after combined therapy whereas there have been moderate changes in 1st group of patients after monotherapy. ALA and Zinc might reduce TC or LDL by the following mechanisms: 1. Increased the activity of lipoprotein lipase: 2. Synthesis LDL receptors in the liver lead to transmission of cholesterol to the hepatic system and increased synthesis of Apo-lipoprotein A. 3. Increased plasma adiponectin levels, which improved free fatty acid β-oxidation.

Overall, our findings indicated that ALA supplementation did not show any significant effect on serum HDL.

DYNAMIC CHANGES OF QT INTERVAL IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE AFTER THE STENTING OPERATION

Boboyev B.M.[1], Kairov A.K.[2], Azimov A.A[2].

Tashkent Medical Academy. The department of Vascular surgery disease. Tashkent.Uzbekistan.[1] Republican research centre of emergency medicine, Tashkent, Uzbekistan[2].

Unexpected sudden cardiac death is one of the most distressing and baffling issues in the contemporary society. A lot of risk factors for sudden cardiac death had been proposed in the past, many have been discarded for their lack of specificity. Persistent prolongation of the QT interval constitutes a further important risk indicator in people with ischemic heart disease. Based

on clinical, epidemiological and experimental data, cardiac ischemia is one of the major triggering factors of malignant ventricular arrhythmia.

Terms such as "controversy" and "debate" are frequently used when describing QTc prolongation as a risk factor for death. The QT interval is the measure of time between the onset of ventricular depolarization and completion of ventricular repolarization. Prolonged QT interval is thus considered an attractive noninvasive risk factor for SCD since a delay in ventricular repolarization can provoke arrhythmias, such as ventricular fibrillation and torsade de pointes. Unfortunately, available data have yielded conflicting results, thus fueling the ongoing debate on the clinical significance of abnormal QTc prolongation.

The purpose of the study: In order to assess the formation of risks of life endangering arrythmias, the changes in the QT interval are identified via non-invasive ECG test in cardiology. We have investigated the dynamic changes in the QT interval in patients with IHD after the stenting operation.

Materials and methods: The total of 40 patients (15 female and 25 male) aged 45-65, IHD, stable angina, FC III, patients without mycardial infarction and diabetus mellitus were chosen for the sudy. The study was carried out in the second clinic of TMA, in the department of surgery and angiography in 2015-2016. SCHILLER ECG, veloergometry and the SIEMENS angiography apparatus were deployed in the research. The stents Resolute, Biomatrix, Orsiro and Xience were used in the study.QT interval was measured three days before and after the intervention and the formula of Bazett was used in this measurement.

Results: All the patients in the sample were divided into three groups based on the results of coronaroangiography. 1st group consisted of 15 patients and 75,5±2,24% stenosis was identified in the descending coronary artery, 2nd group consisted of 15 patients and 75,0±2,4% stenosis was identified in the circumflex coronary artery, 3rd group consisted of 5 patients and 76,0±1,6% and 75,2±2,4% stenosis was identified both in right and descending coronary artery, 4th group consisted of 5 patients and 78,5±1,6%, 76,2±2,6% and 68,5%±1,6% stenosis was identified right, descending and circumflex coronary arteries.Drug-eluting stent was inserted in all patients. Recanalization rate constituted 3 balls according to TIMI. QTc accounted for 476,1±3,71 ms before the operation and 445,1±3,3 ms after the operation in 1stgroup patients. This indicator was 469,1±5,6 ms before the stenting operation and 432,7±5,3ms after it in 2nd group patients. QTc was 466,2±1,3 ms before the recanalization and 462,6±3,97 ms after the operation in 3rd group patients and in the last group of patients less changes in QTc (before 480,2±1,3 ms and 476,6±3,97 ms after the operation).

Conclusion: The prolongation of the QT intervals demonstrates the process of ventricular repolarization is nonhomogenous and it illustrates the progression risk of fatal, life threatening arrythmias based on re-entry mechanism.It is evident that the noticeable reduction in QTc is being observed after recanalization in a single-vessel disease of over 70% whereas there haven't been any noticeable changes in QTc in a double, triple -vessel diseases. The decreases of QT interval may have been caused by improvements in myocardial perfusion and may prove beneficial in reducing the probability of arrhythmias occurring.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИСХОДОВ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Б.З. Жалолов, С.Р. Курбонов, К.К. Нуъмонов

Навоийский филиал РНЦЭМП

Цель работы. Апробировать математическую модель прогнозирования течения острого периода инфаркта миокарда.

Материалы и методы. Обследованы 135 больных с острым Q-позитивным инфарктом миокарда левого желудочка различной локализации в возрасте от 34 до 88 лет (средний возраст – 66, стандартное отклонение – 12 лет), из них 64 женщины и 71 мужчина. Для прогнозирования исходов острого периода инфаркта миокарда был использован подход, основанный на интеллектуальном анализе данных (Data Mining) с применением математических средств метода дерева решений.

Результаты. С помощью алгоритма дерева решений выделены лабораторные показатели (атрибуты), которые в дальнейшем использованы в качестве входных данных. Адекватность классификации этих атрибутов определена построением таблицы сопряженности. Точность полученных результатов расчетов – 95,56%, что свидетельствует о хорошем согласии модели и фактических данных. На визуализаторе дерева решений выделены 8 наиболее существенных лабораторных показателей. Значимость метаболита NO_2 составила 24,9%, триглицеридов – 16,7%, мочевины – 14,8 %, эритроцитов – 11,2%, аланинаминотрансферазы – 9,4%, липопротеинов очень низкой плотности – 9,4%, креатинина – 8,5%, протромбинового индекса – 5,1%. С достаточным доверием на вкладке «Правила» можно относиться только к 4-му и 9-му правилам, в которых достоверность приближается к 100%, а цена влияния на факт смерти составила 33,59% и 32,03% соответственно.

Заключение. С помощью алгоритма дерева решений выявлены прогностически значимые факторы течения острого инфаркта миокарда. При совокупности следующих признаков: содержание NO_2 <22,755 мкмоль/л, триглицеридов ≥ 1,565 ммоль/л, эритроцитов <4,91 Т/л, аланинаминотрансферазы <1,23 ммоль/л, мочевины <7,05

ммоль/л, липопротеинов очень низкой плотности <0,965 ммоль/л, креатинина ≥91,55 мкмоль/л – прогнозируется летальный исход с точностью 95,56%. При содержании NO_2 ≥ 22,755 мкмоль/л прогнозируется благоприятный исход с точностью 95,56%.

ОБЪЕМНАЯ КТ-ПЕРФУЗИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

А.И. Икрамов[1,2], Н.М. Джураева[2], Л.Н. Турсунова[1,2]

[1]Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников
[2]ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Цель работы. Определить диагностическую значимость объемной перфузионной компьютерной томографии (КТ) в изучении состояния миокарда левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы исследований. В отделении МР и КТ диагностики ГУ «РСНПМЦХ им. академика В. Вахидова» было обследовано 18 пациентов с ИБС в возрасте от 52 до 73 лет (средний возраст составил 56±2,3 года). Все пациенты – мужского пола. Пациентам выполнена объемная КТ-коронарография и КТ-перфузия миокарда на широкодетекторном 640-срезовом компьютерном томографе «Aquillion one» версии Genesis (Canon Medical Systems, Япония). Первым этапом проводилось нативное исследование для подсчета коронарного кальциевого индекса по стандартизованной методике A.S. Agatston с помощью специального программного обеспечения Calcium Score. Затем проводилась КТА сердца и КА с введением тест-болюс контрастного вещества (Юнигексол 350) через периферический венозный катетер диаметром 18–22G в кубитальную вену со скоростью 5,0–5,5 мл/сек. При этом определялись стенотические изменения в коронарных артериях (КА), а также оценивались зоны дефектов перфузии миокарда ЛЖ, с введением стресс-агента натрия аденозинтрифосфата (АТФ) из расчета 1 мг/кг в течение 3 минут и в покое (без введения стесс-агента). Стенотические изменения, выявленные в КА, оценивали по системе CAD-RADS (Coronary Artery Disease – Reporting and Data System). Анализ результатов перфузии миокарда проводили с помощью метода полярного картирования с использованием модели 17 сегментарного деления ЛЖ по AHA (American Heart Association 2002 г.). Дефекты перфузии миокарда ЛЖ определяли визуально и путем автоматического расчета полуколичественного показателя коэффициента трансмуральной перфузии (transmural-perfusionratio – TPR) в покое и в фазу реактивной гиперемии при введении стресс-агента.

Результаты исследований. Согласно полученным результатам, минимальный кальциноз КА был выявлен у 4 пациентов (22,2%), умеренный кальциноз – у 9 пациентов (50%) и выраженный коронарный кальциноз отмечался у 5 пациентов (27,8%). При анализе результатов объемной КТ-коронарографии у 3 пациентов (16,7%) отмечался однососудистый характер поражения КА, в 6 (33,3%) случаях отмечалось двухсосудистое поражение и у 9 (50%) пациентов было выявлено мультисосудистое поражение КА. При этом в 23 сегментах (58,6%) определялись гемодинамически незначимые стенозы, а в 16 сегментах (41,4%) стенозы имели гемодинамически значимый характер. Наиболее часто атеросклеротическое поражение отмечалось в передней межжелудочковой артерии (48%), реже встречалось поражение огибающей ветви левой КА (15%). Атеросклеротические бляшки (АСБ) были выявлены в 39 сегментах КА, из них в 19 (48,7%) сегментах определялись кальцинированные АСБ, а в 20 (51,3%) сегментах мягкотканые и смешанные АСБ. При оценке результатов объемной КТ-перфузии миокарда наибольшее число участков гипоперфузии миокарда было выявлено в бассейне кровоснабжения ПМЖВ – 37 сегментов (48%), меньше всего определялись участки гипоперфузии в бассейне ОА – 13 сегментов (17%). У пациентов с категориями CAD-RADS 4A и CAD-RADS 4B определялись участки гипоперфузии с показателями TPR 0,91±0,068. В группе пациентов категории CAD-RADS 5 значения TPR составили 0,82±0,095. При этом зоны гипоперфузии миокарда ЛЖ достоверно чаще – в 12 сегментах (63,1%) соответствовали участкам КА с наличием кальцинированных АСБ (p=0,024) и реже – в 6 сегментах (30%) – отмечались в участках КА с мягкотканными и смешанными АСБ (p=0,037).

Заключение. Проведение объемной КТ-коронарографии и КТ-перфузии миокарда левого желудочка может стать комплексным методом диагностики ИБС, который дает возможность оценить не только состояние КА с изучением показателей коронарного кальциноза, наличия и степени стенотических изменений, но и позволяет изучить состояние миокарда ЛЖ, с определением зон пониженной перфузии, относящихся к бассейну той или иной КА, в рамках одного исследования, что делает возможным определить наиболее оптимальную тактику ведения пациентов и соответственно улучшить результаты лечения.

ФАКТОРЫ РИСКА И ТЕЧЕНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

М.Х. Исмайлов, М.Ш. Нуратдинова

Каракалпакский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Артериальной гипертонией (АГ) страдают 30–40% взрослого населения. С возрастом распространенность увеличивается и достигает 60–70% у лиц старше 65 лет. Многочисленные эпидемиологические исследования показали значимую прямую связь между уровнем артериального давления (АД) и заболеваниями сердечно-сосудистой системы и общей смертностью.

Целью данного исследования явилось изучение факторов риска, особенности течения и осложнений у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы. Проанализированы истории болезни пациентов, поступивших с диагнозом ГБ в кардиологическое отделение Каракалпакского филиала РНЦЭМПР за 2022 год.

Результаты. Из 102 госпитализированных пациентов было 52 (50,9%) женщины и 50 (49, 1%) мужчин, возраст пациентов варьировалот 32 лет до 76 лет. Было выявлено, что преобладающий возраст ГБ – 52–72 года – 66 (64,7%) случаев. Анализ ГБ по стадиям развития и степени АГ выявил следующее: ГБ II стадии, АГ 1 степени наблюдалось у 10 (9,8%) пациентов, ГБ II стадии, АГ 2 степени – у 48 (47,1%), ГБ II стадии, АГ 3 степени – у 20 (19,6%), ГБ III стадии, АГ 2 степени – у 10 (9,8%), ГБ III стадии, АГ 3 степени – у 14 (13,7%) пациентов соответственно. Наследственная предрасположенность была выявлена у 54 пациентов, что составляет 52,9% случаев. При аускультации акцент II тона над аортой выявлен у 40 (39,2%), систолический шум на верхушке сердца – у 6 (5,8%). Индекс массы тела в пределах нормы был только у 14 пациентов (13,7%), ожирение I степени – у 64 (62,7%) пациентов, ожирение II степени – у 18 (17,6%), ожирение III степени – у 6 (5,9%) пациентов. Повышение АД I степени – у 24 (23,6%) пациентов, II степени – у 54 (52,9%), III степени – у 24 (23,5%). При ЭКГ (электрокардиограмме) гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) обнаружена у 74 (72,5%) пациентов, внутрижелудочковые блокады – у 8 (7,8%) пациентов. У пациентов из сопутствующих заболеваний выявлен сахарный диабет – у 8 (7,8%). Осложнения в виде дисциркуляторной энцефалопатии были выявлены у 40 (39,2%) пациентов, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – у 20 (19,6%) пациентов.

Выводы. Таким образом, результаты исследований показали, что к основным факторам риска ГБ относится возраст старше 50 лет, наследственная предрасположенность, ожирение и сахарный диабет, осложнения чаще протекали в виде дисциркуляторной энцефалопатии и ХСН.

ST ЭЛЕВАЦИЯЛИ МИОКАРД ИНФАРКТИДА ШИФОХОНАГАЧА ТРОМБОЛИЗИСНИНГ РЕМОДЕЛЛАНИШ КЎРСАТКИЧЛАРИГА ТАЪСИРИ

Кенжаев С.Р.

РШТЁИМ Бухоро филиали

Текширув мақсади. Шифохонагача тромболизисни ST элевацияли ўткир миокард инфарктидан уч ойдан чап қоринчанинг ремоделланиш кўрсаткичларига таъсирини таҳлил қилиш.

Материал ва методлар. Текширувга STэМИ билан оғриган 108 та 35 ёшдан 67 ёшгача бемор киритилди (ўртача ёши 5,12 ± 1,3 йил). Беморлар касалликнинг клиникаси намоён бўлгандан дастлабки 6 соат ичида РШТЁИМ Бухоро филиали тез ёрдам кардиобригадаси ёрдамида фармакологик реперфузия ўтказилган. Беморлар 2 гуруҳга бўлинди: 1-гуруҳ – шифохонагача ТЛТ (n=50), 2-гуруҳ шифохонадаги ТЛТ (n=58). 108 та беморларнинг барчасига миокард реваскуляризациясидан сўнг 3 ойдан кейинги ремоделланиш кўрсаткичлари баҳоланди. Олинган натижалар статистик таҳлилдан ўтказилди.

Натижалар. Шифохонагача ТЛТ ўтказилган беморлар гуруҳида ЧК ОДХнинг 3 ой давомида 7,7% га, шифохонада ТЛТ бажарилган беморлар гуруҳида 9,8% га статистик аҳамиятли ошиши кузатилди (p<0,05). ЧК ОСХ кўрсаткичи ҳам иккала гуруҳда дастлабки кўрсаткичга нисбатан камайиши кузатилди (p<0,05). Статистик жиҳатдан яққолроқ камайиш 1-гуруҳда кузатилди (p<0,05). МИнинг ўткир даврида ремоделланиш миокард мушак массасининг ўзгаришига ҳам, ЧҚ бўшлиғининг кенгайишига ҳам таъсир қилади. Шифохонагача ТЛТ ўтказилган беморларда 3 ойдан сўнг чап қоринчанинг ремоделланиш кўрсаткичларининг кескин ошиб кетмаслиги 89% беморда, шифохонада ТЛТ бажарилганларда эса 82% беморда кузатилди. Уларда чап қоринча девори қалинлиги кескин ўзгаришсиз қолиб, чап қоринча миокарди массасининг, қоринча ҳажмларининг, сфериклик индекси, миокардиал стресс кўрсаткичларининг сезиларли ўсишисиз, ЧҚ геометриясининг ва систолик фаолиятининг нисбатан сақлаб қолиши билан боғлиқ юрак геометрияси ўзгариши юзага келди.

ТЛТ амалга оширилган беморларда қараганда ЧҚ шикастланган деворининг юпқалашиши, унинг миокарди массасининг статистик аҳамиятли ошиши, бўшлиғининг сезиларли дилатацияси, систолик фаолиятидаги сезиларли пасайиши ҳолатлари кам учрайди.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

А.К. Койиров, А.А. Азимов, К.Р. Мирхайдаров, У.Ш. Яхшибоев, М.Р. Шомуродов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Введение. Мониторинг центральной и периферической гемодинамики является актуальной проблемой современной интенсивной терапии критических состояний. Разработка и появление новых высокотехнологичных методов оценки функциональной способности и резервов сердечно-сосудистой системы в условиях патологического процесса, определяет необходимость выявления оптимальных показаний для их применения на практике.

Цель исследования. Оценить эффективность коррекции объема интенсивной терапии по результатам комплексного мониторинга гемодинамики при острой сердечной недостаточности (ОСН), обусловленной коронарной патологией.

Материал и методы. Согласно стандартам РНЦЭМП, всем больным с ОСН проведен комплекс диагностических исследований, включающих в себя усиленное мониторирование, регулярное проведение ЭХОКГ (СИ, УИ, ФВЛЖ), КШС, уровень оксигенации и доставки крови (DO2I, CaO_2, SpO_2), лабораторные исследования, по результатам чего корригирована интенсивная терапия ОСН.

Результаты. Проведено лечение ОСН по стандартам РНЦЭМП 26 пациентам, госпитализированным с острым коронарным синдромом, осложненным ОСН. Средний возраст больных составил 62±12 лет. При поступлении и в процессе интенсивной терапии на 3-и и 7-е сутки оценивали основные показатели гемодинамики, индексированные с учетом индивидуальных характеристик каждого конкретного пациента. 15 пациентам коррекцию объема терапии проводили с учетом актуальных гемодинамических параметров, 11 пациентов группы сравнения получали объем лечения согласно стандартам по клиническому состоянию и показателям эхокардиограммы. Объем терапии: двойная антиагрегантная терапия аспирином и тикагрелором или клопидогрелом, антикоагулянты (фондапаринукс, эноксапарин), нитраты, метапролола сукцинат, ингибиторы АПФ (зофеноприл, лизиноприл), статины (розувастатин, аторвастатин), при нестабильной гемодинамике инотропные препараты (добутамин, допамин), коррекция гиповолемии или гиперволемии по показаниям, диуретики. 4 больным с ОКС с подъемом сегмента ST был проведен тромболизис (стрептокиназа), Коррекция объема проводимой терапии с учетом актуального состояния параметров кровообращения по результатам комплексного мониторинга способствовала более ранней стабилизации гемодинамики у больных ОКС, осложненным ОСН. На 3-и сутки отмечена стабилизация гемодинамики у 11 из 15 больных ОКС, осложненным ОСН (73,3%), которым проводилась коррекция объема терапии согласно динамике конкретных показателей кровообращения, состояния инотропии и волемии; в группе сравнения – у 3 из 11 пациентов (27,3%) при коррекции лечения по традиционно учитываемым показателям гемодинамики. На 7-е сутки в 100% случаев отмечена стабилизация гемодинамики у больных ОКС, осложненным ОСН, у которых для стабилизации состояния использовали результаты комплексного мониторинга гемодинамики, в то время как в группе сравнения нестабильность гемодинамики на 7-е сутки сохранялась у 2 из 11 пациентов (6,7%).

Заключение. Применение комплексного мониторинга повышает эффективность лечения ОСН. Стабилизация гемодинамики с использованием в коррекции лечения ОСН результатов гемодинамического мониторинга происходит в среднем на 3 сутки, без использования гемодинамического мониторинга – на 5 сутки. Коррекция лечения с учетом актуальных показателей гемодинамического мониторинга позволяет быстрее и эффективнее стабилизировать состояние пациента, практически не выходя за рамки стандартов оказания специализированной помощи в перечень применяемых лекарственных препаратов, но существенно сокращая длительность их использования и объем лекарственной терапии.

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

А.К. Койиров, С.Р. Кенжаев, У.Ш. Ганиев, А.А. Азимов, К.Р. Мирхайдаров, У.Ш. Яхшибоев

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Острый коронарный синдром нередко сопровождается кардиальной одышкой, связанной с быстрым развитием легочного застоя, вплоть до отека легких, и, как правило, является следствием острого повреждения миокарда. Дыхательная недостаточность при клиническом синдроме, отличительным признаком которой является отклонение газового состава крови от нормы либо обеспечение нормального газового состава за счет увеличения работы дыхания и сердца, сопровождается снижением функциональных возможностей организма.

Цель исследования. Изучение встречаемости одышки и причин ее возникновения при остром коронарном синдроме (ОКС).

Материал и методы. Обследованы 79 пациентов (49 мужчин, 30 женщин) в возрасте от 51 до

94 лет (72,5±14,6 года в среднем) в отделение кардиотерапевтической реанимации РНЦЭМП, поступивших с диагнозом ОКС без подъема сегмента ST на ЭКГ – 54 человека (68,3%) и ОКС с подъемом сегмента ST на ЭКГ – 25 человек (31,7%). Проводились анкетирование с использованием шкалы градации ангинозных приступов (ШГАП). Выраженность одышки оценивалась по шкале Борга (рейтинг категорий). Результаты обработаны с применением электронных таблиц Excel 2010.

Результаты. При анализе результатов анкетирования с использованием шкалы Борга нестерпимую одышку (10 баллов) отметили 7 пациентов (8,82%), выраженную очень сильно (7 баллов) – 8 (10,08%), сильную, но терпимую (5 баллов) – 13 (16,38%), умеренную (3 балла) – 15 (18,9%), незначительную (2 балла) – 12 (15,2%), едва беспокоющую (1 балл) – 7 (8,82%), не беспокоющую (0,5 балла) – 6 (7,56%), а у 11 человек одышка отсутствовала (13,86%). Следовательно, клинически значимая одышка наблюдалась у 43 пациентов (54,18%). По данным ШГАП, боли продолжительностью 20 и более минут с динамикой на ЭКГ и сопровождающиеся острой сердечной недостаточностью наблюдались у 42 пациентов (52,92 %), боли продолжительностью 20 и более минут без динамики на ЭКГ – у 10 пациентов (12,6%), боли продолжительностью менее 20 минут с динамикой на ЭКГ – у 21 пациента (26,46%), боли продолжительностью менее 20 минут без динамики на ЭКГ – 5 пациентов (6,3%), боли отсутствовали у 1 пациента (1,26 %).

Заключение. При сопоставлении было установлено, что тяжесть одышки определялась выраженностью болевого синдрома и наличием девиаций на ЭКГ, за исключением некоторых пациентов с сопутствующей респираторной патологией, исходной сердечной недостаточностью и гипервентиляционным синдромом. Таким образом, одышка является частым симптомом ОКС. Причинами одышки являются тяжесть поражения сердца, а также сопутствующая патология.

ДИСФУНКЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

А.К. Койиров[1], Х.И. Саттаров[1], Ф.У. Махмудов[1], Э.Б. Болтаев[2], У.Ш. Яхшибоев[1]

[1]Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
[2]Бухарский медицинский институт

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – важная медицинская, социальная и экономическая проблема, что определяется ее высокой распространенностью, большими затратами, в том числе связанными с повторными госпитализациями, и неблагоприятным прогнозом. Несмотря на современные достижения в области лечения этого состояния, наблюдается неуклонный рост распространенности ХСН. Прогрессирование заболевания ведет к повреждению внутренних органов за счет их гипоперфузии и системного застоя, что позволяет рассматривать ХСН как полиорганную патологию. ХСН может сопровождаться печеночной дисфункцией, которую в настоящее время обозначают термином «сердечно-печеночный синдром» (СПС). Длительное течение ХСН сопровождается прогрессирующим развитием фиброза печени с нарушением ее синтетической функции и ассоциируется с ухудшением прогноза. Ретроспективный анализ клинических исследований показал, что СПС при декомпенсации ХСН наблюдается в среднем у 85,1% больных [6,7]. Основными механизмами развития СПС при декомпенсации ХСН считают снижение печеночного кровотока с развитием цитолиза при левожелудочковой недостаточности и повышение венозного внутрипеченочного давления при правожелудочковой недостаточности.

Цель. Оценить распространенность ассоциации и предикторы СПС у пациентов, госпитализированных с декомпенсацией СН.

Материал и методы. У 322 пациентов с декомпенсацией СН (возраст 69,5±10,6 года, артериальная гипертония 87%, инфаркт миокарда 57%, фибрилляция предсердий (ФП) 65%, хроническая болезнь почек 39%, сахарный диабет 2 типа 42%, фракция выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) 38±13%, ФВ<35%, 39% NYHA IV, функциональный класс 56%) оценены показатели функции печени при поступлении. СПС диагностировали при повышении хотя бы одного показателя функции печени. При проведении статистического анализа использовался U-критерий Мана–Уитни, критерий хи-квадрат Пирсона (x2). Независимые предикторы устанавливались в многофакторном регрессионном анализе. Статистически значимым считалось значение $p<0,05$.

Результаты. Сердечно-печеночный синдром наблюдался у 274 (85,1%) пациентов. Проанализирована частота отклонения от нормальных значений различных печеночных маркеров: повышение трансаминаз (ТА) выявлено у 68 (21.1%) пациентов (только АЛТ/ только АСТ/ повышение обоих ТА у 32,4, 26,5, 41,1%); повышение прямого и/или общего билирубина выявлено у 264 (82%) пациентов (только прямого/ только общего/ повышение прямого и общего билирубина – у 27,3, 0,8, 71,9%); повышение щелочной фосфатазы (ЩФ) и/или гаммаглутамилтранспептидазы (ГГТ) у 140 (43,4%) пациентов (только ЩФ/ только ГГТ/ повышение ЩФ и ГГТ – у 27,2, 35,7, 37,2%). У пациентов с СПС, в отличие от пациентов с нормальной функцией печени, выявлены более высокие ЧСС (102±30 и 89±26 ударов в минуту, $p<0,01$), более низкий средний уровень пульсового АД (54,1±15,2

и 59,3±13,1 мм рт.ст., p = 0,014). У всех пациентов с уровнем систолического АД<110 мм рт.ст. при поступлении наблюдалось развитие СПС (p = 0,02, x2 = 5,4). В подгруппе с СПС по сравнению с пациентами без СПС достоверно чаще наблюдались симптомы застоя и гипоперфузии: хрипы (85 и 69%, p<0,01, x2=9,9), набухание шейных вен (43 и 23%, p <0,01, x2=7,6), дилатация нижней полой вены (53 и 4,2%, p <0,01x2 = 7,2), гепатомегалия (73 и 56%, p<0,01, x2 = 6,9) асцит (42 и 21%, p<0,01, x2 = 7,4), акроцианоз (62 и 29%, p <p <0,001, x2 = 17,6). Пациенты с развитием СПС по сравнению с пациентами без СПС имели более выраженные структурные изменения миокарда (более низкую ФВ (36±12 и 45±11%, p<0,001), больший конечный диастолический размер (КДР) ЛЖ (5,8±0,9 и 5,4±0,8 см, p<0,01) и КДР правого желудочка (ПЖ) (3,5±0,7 и 2,9±0,3 см, p<0,001), более высокое систолическое давление в легочной артерии (57±18 и 39±16 мм рт.ст., p<0,001) и большую частоту тяжелой митральной (45 и 29%, p<0,001, 2 = 55,3) недостаточности. Установлено, что у всех пациентов с потребностью во внутривенной инотропной и вазопрессорной поддержке наблюдался СПС. Независимыми предикторами развития СПС были тяжелая трикуспидальная недостаточность (отношение шансов (ОШ) – 32,28, 95%, доверительный интервал (ДИ) 7,68–135,70, p<0,001), КДР ПЖ>3,1 см (ОШ 11,69, ДИ 5,22–26,19, p=0,044), ЧСС>115 ударов в минуту (ОШ 10,88, ДИ 2,58–45,85, p=0,041), ФВ<31% (ОШ 6,73, ДИ 2,35–19,27, p=0,014), постоянная форма ФП (ОШ 5,67, ДИ 2,71–11,84, p=0,027), гидроторакс (ОШ 4,26, ДИ 1,92–9,43, p=0,028), асцит (ОШ 2,71, ДИ 1,29–5,66, p=0,038).

Заключение. У пациентов с декомпенсацией СН установлена высокая частота СПС и его ассоциации с более тяжелым профилем СН, более выраженными признаками застоя и гипоперфузии, структурными изменениями миокарда, клапанными нарушениями.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН ПРИ РАЗНЫХ ИСХОДАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

С.С. Косимов, Г.Т. Эгамбердиева, С.С. Ганиев

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Цель работы. Сравнить частоту встречаемости факторов риска у больных инфарктом миокарда в зависимости от исхода заболевания.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ факторов риска (ФР) 191 истории болезни больных мужчин с диагнозом «инфаркт миокарда» (ИМ). В зависимости от исхода заболевания все больные были распределены на 2 группы: 1-я группа – с благоприятным исходом (n=157, 61,1±0,52 года) и 2-я группа – с неблагоприятным исходом (n=34, 61,4±1,17 года). Данные группы были сопоставимы по возрасту, частоте встречаемости первичного и повторного ИМ, ИМ с зубцом Q, локализации очага некроза (чаще всего встречался ИМ передней стенки). Статистическая обработка результатов исследования проведена с использованием пакета статистических данных за 2015 год.

Результаты исследования. Анализ данных показал, что в 1-й группе по частоте убывания факторы риска распределились в следующем порядке: артериальная гипертония (84%), курение (сигареты и насвай) (23%), ожирение (17%), злоупотребление алкоголем (5%), сахарный диабет 2 типа (13%). Во 2-й группе – артериальная гипертония (95%), курение (сигареты и насвай) (23%), злоупотребление алкоголем (3%), ожирение (18%), сахарный диабет 2 типа (5%). Как таковых значимых межгрупповых различий по частоте встречаемости ФР не было найдено. Отсутствие различий в частоте встречаемости ФР позволяет говорить о важном вкладе их как в развитии заболевания, так и в его прогрессировании и исходе. При анализе структуры осложнений ИМ обнаружено следующее. В 1-й группе преобладали перикардит (9%), аневризма сердца (8%), тромбоэндокардит (5%), острая сердечная недостаточность (ОСН, 45%, из них 21% ОСН I по Killip), тогда как во 2-й группе – ОСН (86%, из них 50% ОСН IV по Killip), нарушение сердечного ритма (77%), психоз (3%), разрыв миокарда (3%). По всей видимости, выявленные особенности осложнений заболевания связаны с несовершенством постинфарктного репаративного фиброза, модификация которого обусловлена влиянием ФР как патогенетического фактора.

Выводы. При сравнении частоты встречаемости ФР в группе больных ИМ и умерших не выявлено межгрупповых различий. По-видимому, развитие более тяжелых форм осложнений во 2-й группе, наряду с другими причинными факторами, связано с модификацией репаративного фиброза. Своевременный мониторинг репаративного фиброза позволит предупредить развитие осложнений, тем самым снизить частоту летальных исходов.

ГИПЕРТОНИК КРИЗ ПРОФИЛАКТИКАСИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК АСОСЛАРИ

Мамасолиев Н.С., Холикова Н.А., Каландаров Д.М., Бобаев У.Н.

РШТЁИМ АФ ва Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон

Тадқиқотнинг мақсади. Гипертоник криз (ГК) тезкор профилактикасининг эпидемиологик асосларини ўрганиш ва баҳолашдан иборат.

Тадқиқот материали ва усуллари. ГКнинг келиб чиқишига алоқадор хатар омилларини (ХО)

ва унга қарши тезкор профилактиканинг хос хусусиятларини аниқлаш 15–70 ёшгача бўлган 725 нафар уюшмаган Андижон аҳолисида (361 нафари аёллар ва 364 таси эркаклар) амалга оширилди.

Эпидемиологик, сўровномали, биокимёвий ва инструментал текширув усулларидан фойдаланилди. ГК Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти томонидан қабул қилинган тасниф бўйича (2003) ташхисланди.

Олинган натижалар. ГК Андижон аҳолисида 37,2 % тарқалиш частотаси билан аниқланади (аёлларда – 43,0 % ва эркакларда – 28,9 %; P< 0,05). ГК қуйидаги ХОларга боғлиқ келиб чиқади ва/ёки ургент антигипертензия терапия, профилактика энг аввало уларга қарши йўналтирилиб ташкил этилса мақсадга мувофиқ бўлади: маълумотлиликнинг нотўлиқлигига – (21,5 %), абориген аҳолига (83,9 %), жисмоний меҳнат билан шуғулланувчиларга (52,5 %), «яхши шароитда яшовчиларга» (33,7 %), ортиқча тана вазнига (24,3 %) ва семизликка (30 %), чекишга (31,3 %), алкоголь истеъмолига (24,0 %), дислипидемияга (35,8 %), руҳий зўриқиш омилига (19,0 %), юрак қисқариш частотасининг ошишига (89,4 %) ва коморбидликка (56,7 %).

Хулоса. ГК хатар омиллари тўпланиши частотасига бевосита боғлиқ ҳолда келиб чиқади ва унга нисбатан юқори хатар даражаси туғдирувчи преморбид фонни туғдиради. Андижон шароитида ГКнинг асоратланиб давом этишида артериал босимни даражасини эмас, айнан ушбу хатар омилларининг сони ва хиссалари муҳимроқ роль ўйнайди. ГКнинг преморбид фонини яратишда хатар омилларининг ҳиссаларини ҳисобга олиб предиктив, превентив ва ургент профилактика дастурларини тузиш ҳамда фармакотерапияни «мўлжалли» амалга ошириш, шубҳасиз, мақсадга мувофиқ тезкор фаолият бўлиб ҳисобланади.

ГИПЕРТОНИК КРИЗНИНГ ФАРҒОНА ВОДИЙСИ ИҚЛИМИЙ ШАРОИТИДА ШАКЛЛАНИШИ ВА КЕЧИШИ ХУСУСИЯТЛАРИ

Мамасолиев Н.С., Курбонова Р.Р., Соипова Г.А., Бобаев У.Н.

РШТЁИМ АФ ва Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон

Мавжуд тадқиқотлар далолат беришадики, ер шарининг аёзли иқлими асосий метеорологик омилларнинг таъсири билан шаклланади ва улар ноинфекцион касалликларнинг келиб чиқишини кучайтиради. Мазкур масала гипертоник кризга (ГК) нисбатан Фарғона водийсининг замонавий иқлимий шароитида ўрганилмаган.

Тадқиқотнинг мақсади. ГКнинг Фарғона водийсининг кескин континенталли иқлимий шароитида шаклланиши ва кечишининг замонавий хусусиятларини ўрганишдан иборат.

Текширув материали ва усуллари. Андижон иқлимий шароитида бир вақтли эпидемиологик ташкил этилди. Унга охирги сайлов рўйхати бўйича 7250 та (3610 та аёллар ва 3540 та эркаклар) жалб қилинди. Улардан тасодифий сонлар жадвали бўйича 10 % ли репрезентативли танлов ўтказилди ва текширув учун 725 та (323 та аёллар ва 364 та эркаклар) аҳоли ажратилди. Шулардан, эпидемиологик, клиник, биокимёвий ва инструментал текширув усуллари қўлланилиб, 603 таси (83,2 %) текширилди (эркаклар – 280 та; 6,9 % ва аёллар – 323 та; 89,5 %)

Олинган натижалар ва хулосалар. Иқлимий муҳит ўзгариши билан боғлиқ ҳолда ГК муаммоси популяция даражасида ўта долзарблашган. Иқлимий омиллар таъсирида ГКнинг шаклланиши/кечишининг қуйидаги частоталарда тарқалишининг ўзгариши билан аниқланиши кузатилади: • ГКнинг I, II ва III босқичлари – 9,1 %, 16,6 % (P< 0,05) ва 11,4 % дан (P< 0,05); • ГК – < 20 ёшда – 2,2 %, 20 – 29 да – 1,3 %, 30 – 39 да – 9,0 %, 40 – 49 да – 49,2 %, 50 – 59 да – 81,9 %, 60 – 69 да – 91,6 % ва ≥ 70 ёшлиларда – 55,0 % дан частоталарида кузатилади, яъни ёш ГК шаклланиши ва авжланиб кечишида кучли патоген хатар омили сифатида тасдиқланади: ёш ўтиши билан ГКнинг келиб чиқиш хавфи, АГ билан беморларда 28 баробарга етиб ошади (P< 0,001). Ёш билан бир қаторда, ҳар бир ёш гуруҳида «1-даражали хатар омиллари» (диастолик АГ, систолик АГ, руҳий зўриқиш омили, АГ 2 даражаси, абориген аҳоли), «2-даражали хатар омиллари» (чекиш, дислипидемия, полипатия, АБ 3-даражали) ва «3-даражали хатар омиллари» (семизлик, алкогол истеъмоли, номақбул ижтимоий ҳолат) бўлиши ушбу хавфни 20,8 %, 29,2 % ва 50 % га оширади. Улар эътирофга олинса ГКни олдиндан 47,5 % га камайтириш имкони энг камида туғдирилади.

АНТИГИПЕРТЕНЗИВ УРГЕНТ СТРАТЕГИЯНИ ГИПЕРТОНИК КРИЗДА ОПТИМИЗАЦИЯЛАШТИРИШ ЙЎЛЛАРИ

Мамасолиев Н.С., Усманов Б.У., Каландаров Д.М., Холикова Н.А.

РШТЁИМ АФ ва Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон

Тадқиқотнинг мақсади. Гипероник кризнинг (ГК) фармакоэпидемиологиясини Андижон шароитида ўрганиш.

Тадқиқот материали ва усуллари. Фармакоэпидемиологик текширув (ФЕТ) РШТЁИМ Андижон филиали бўлимларига ва шаҳар тез тиббий ёрдамига ГК билан мурожаат қилган беморлар популяциясида ўтазилди. Жами 1800 та 15–70 ёшли бемор жалб қилинди ва халқаро миқёсда татбиқ этилган ФЕТ усуллари қўлланилди. ФЕТ уч йўналишда

бажарилди: яхши даволаш амалиётининг стандартлари ва протоколларини аниқлаш ҳамда баҳолаш, объектив асослари систематик тарзда антигипертензив ургент терапияга мувофиқлаштириб тўплаш ва олинган маълумотларни стандартларга қиёслаб баҳолаш.

Олинган натижалар ва хулосалар. ГК билан беморларни 32,3 % илгари умуман даволанишмаганларини ва 52,6 % беморлар бўлса артериал гипертензия (АГ) бўйича номунтазам даволанишиб юрганлигини текширув натижалари кўрсатди.

Тасдиқландики, 84,9 % клиник вазиятларда ГКнинг келиб чиқиши фармакологик омил билан боғлиқ бўлади (нотўлиқ ва номунтазам антигипертензив терапия сабабли).

Таҳлиллардан келиб чиқадики, 86,4 % беморларда моногипотензив терапия ва фақат 13,6 % клиник вазиятларда комбинацияланган антигипертензив терапия ўтказилади. Халқаро клиник тавсиялардан четлашишга алоҳида эътибор кучайтирилиши кераклиги кўзга ташланади.

ФЕТдан яна хулоса чиқариш мумкинки, 74,2 % га етиб даволашни 1-чизиқ антигипертензив препаратларига киритилмаган препаратлар қўлланилганлиги ҳам ГК ривожига «ҳисса қўшади».

Тасдиқландики, халқаро стандартлардан четлашишлар 34,7 % ни артериал гипертонияда ташкил қилади (субъектив сабабларга кўра асосан ва бемор омилининг етакчилик роли билан боғлиқ ҳолда).

Олинган натижалар таҳлилидан яна хулоса қилиш мумкинки, гипертоник кризга нисбатан мувофиқ терапевтик ёндашув стационаргача босқичда 96,7 % ва стационар босқичда 68,7 % га етиб тўлиқликда бажарилади.

Ушбу маълумотларни эътиборга олиш, сўзсиз, ГКни ургент стратегиясини кескин самаралаштиради ва хавфсизлантиради.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СУТОЧНОЙ ИНФУЗИИ ГЕПАРИНА С БОЛЯРНЫМ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОГО ФИЛИАЛА РНЦЭМП

Н.И. Махмудов, С.С. Косимов, А.Ш. Хомидов

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Целью настоящего исследования явилось сравнение действия антикоагулянта гепарина у больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) при различных методиках его введения.

С этой целью больные были разделены на две группы: 1-ю – опытную и 2-ю – контрольную.

В опытную группу вошли все больные с ОИМ, которым до момента обработки материала была проведена инфузия гепарина. Их оказалось 56 человек. В контрольную группу включены остальные больные с ОИМ, которые получили лечение в отделении в 2021–2022 гг. – 133 человека.

Примечание: QMI (Q-waved Miocardial Infarction) – инфаркт миокарда с зубцом Q, NQMI (Non-Q-waved Miocardial Infarction) – инфаркт миокарда без зубца Q.

Для большей объективности исследования никаких особых критериев для отбора в опытную группу не было, больные туда попадали по принципу случайности. Кроме того, в исследование не включили больных, которым были назначены низкомолекулярные гепарины.

Больным из обеих групп, помимо базисной коронароактивной терапии, сразу же при поступлении вводили 5000 ЕД гепарина внутривенно струйно. Затем обследуемым из опытной группы начинали проведение внутривенной суточной инфузии гепарина из расчета 1000ЕД/час с помощью инфузомата или капелярно, через сутки переводили на подкожное введение гепарина по 5000 ЕД каждые 6 часов. Больным же из контрольной группы начинали подкожное введение гепарина без предварительной инфузии.

Антикоагулянтная терапия всем пациентам проводилась под контролем времени свертывания крови (ВСК) и АЧТВ каждые 6 часов.

Уже с самого начала антикоагулянтной терапии бросалось в глаза, что у больных опытной группы уже в первые часы удавалось добиться целевых значений ВСК (увеличение в 1,5–2 раза по сравнению с исходными данными), в то время как у больных контрольной группы это происходило на 3–4 сутки.

В целом течение заболевания у больных из 1-й группы проходило более доброкачественно, количество опасных для жизни осложнений ОИМ (ранняя постинфарктная стенокардия, рецидивы ОИМ, острая сердечная недостаточность и т. д.) было достоверно ниже, чем во 2-й группе.

В то же время у больных из 1-й группы дважды отмечались случаи кровотечений: у одного больного – носовое, у другого – из геморроидальных вен.

Как видно из таблицы, переход в подострую стадию инфаркта миокарда происходил быстрее у больных из опытной группы; смертность в этой группе (7,14%) была ниже, чем в контрольной (14,28%).

Стоит обратить внимание, что процент смертности у больных с ОИМ из 1-й группы наиболее низок там, где инфузия гепарина проводилась у больных, поступивших с «досуточным» ОИМ. При инфузии гепарина больным, поступившим с инфарктом продолжительностью более суток, смертность практически не отличалась от таковой у больных из 2-й группы.

Вывод. Внутривенная суточная инфузия гепарина, как начало антикоагулянтной терапии у больных с ОИМ, является наиболее предпочтительной, она позволяет достоверно снизить смертность, количество серьезных осложнений заболевания, ускорить начало реабилитации больных. При этом

начинать в/в инфузию необходимо как можно раньше, желательно в первые сутки острого инфаркта миокарда.

НОСТАБИЛ СТЕНОКАРДИЯНИНГ СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ШАКЛЛАРИДА КОМБИНИРЛАНГАН ГИПОТЕНЗИВ ҲАМДА КАРДИОПРОТЕКТИВ ДОРИ ВОСИТАЛАРИ ҚЎЛЛАНИЛИШИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

Мухитдинов У.Х., Турниёзов А.А., Курбонов С.Р., Азимов О.О., Зарипов С.З.

РШТЁИМ Навоий филиали

Сурункали юрак етишмовчилиги бўлган беморларда valsartan+sacabitril юрак-қон томир тизими ва буйраклар ҳолатига қўшимча фойдали таъсири неприлизин томонидан ажратилган пептидлар сонининг кўпайиши, масалан, натрийуретик пептидлар (НП) билан боғлиқ valsartan бир вақтнинг ўзида ангиотензин II нинг салбий таъсирини босиб туради. Натрийуретик пептидлар гуанилциклаза ва мембраналар билан боғланган бўлиб, рецепторларни фаоллаштиради. Бу вазодилятация белгиларини келтириб чиқарадиган циклик гуанозин монофосфат концентрациясининг ошишига олиб келади, натижада натрий урез ва диурезнинг кучайишига, гломеруляр фильтрация тезлиги ва буйрак қон оқимининг ошишига сабаб бўлади.

Максад: СЮЕ бор бўлган беморларда valsartan +sacabitril дори воситасининг torasemidi билан бирга қўллаб беморларни самарали даволаш.

Материаллар ва усуллар. Биз бунда турли юрак-қон томир касаллигига чалинган (ишемик кардиомиопатия ДКМП инфарктдан кейинги кардиосеклероз) беморларда сурункали юрак етишмовчилиги бўлган ЭХОКГ текширувида фракция ҳажми (ФХ) 25 % дан 40 % гача бўлган 50 та беморда (28 та аел 22 та эркак ўртача ёш 65) valsartan - sacabitril + диуретиклар билан биргаликда қўлланилган.

Натижа. Сурункали юрак етишмовчилиги бор беморларда 6 ой давомида valsartan -sacabitril + torasemidi билан бирга қабул қилганда 6 ойдан кейин қайта ЭХОКГ текширувида чап қоринча ФХ нинг ўртача 5–6% гача кўтарилиши кузатилди.

Бир йил давомида қабул қилгандан кейин беморларда қайта ЭХОКГ текшируви ўтказганимизда чап қоринча ФХ 9,2% кўтарилганлиги кузатилди.

Хулоса. Valsartan-sacabitril+диуретиклар (torasemidi) билан қўллаганимизда беморларда чап қоринча ФВ ошиши натижасида беморларнинг ҳаёт сифати яхшиланди.

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ КАРДИОДИЛАТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С КАРДИОСПАЗМОМ И АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ

З.М. Низамходжаев, Р.Е. Лигай, А.О. Цой, Ж.А. Хаджибаев, Х.Н. Бекчанов, О.А. Файзуллаев, К.Б. Бабажанов, Ж. Авалбаев

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Анализ современной мировой литературы показывает разногласия среди хирургов относительно эффективности консервативных, инструментальных и хирургических методов лечения больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии. Однако большинство отдают предпочтение инструментальному методу расширения кардии – кардиодилатации, при которой хорошие и удовлетворительные результаты составляют 75–90%.

Цель. Изучить характер осложнений методов кардиодилатации у больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии.

Материал и методы. В отделении хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова» с 1975 по 2022 год находились на амбулаторном и стационарном лечении 947 больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии.

Результаты и обсуждения. Дилатация аппаратом Штарка выполнена в 36 (3,8%) случаях, пневматическая – в 829 (87,5%) и гидробаллонная – в 61 (6,4%). Бужирование пищевода полыми бужами выполнено 7 (0,7%) больным при стенозирующем рефлюкс-эзофагите, который развился после ранее перенесенных эзофагокардиомиотомий.

Наиболее частым осложнением миниинвазивных вмешательств было обострение эзофагита – у 67 (7,2%) пациентов, им успешно проведена консервативная терапия. Кровотечение из слизистой кардии и дистального отдела пищевода развилось у 36 (3,9%) больных, им проведена консервативная терапия с полной остановкой кровотечения. Перфорация пищевода в зоне кардиоэзофагеального перехода наступила у 1 больной с ахалазией II ст. во время второго сеанса кардиодилатации аппаратом Штарка. Больной экстренно выполнено ушивание дефекта пищевода с фундопликацией. Инвагинация желудка в просвет пищевода наступила у 1 больного с III стадией ахалазии кардии во время первого сеанса кардиодилатации из-за несмыкания браншей аппарата Штарка. Пациенту в экстренном порядке выполнена дезинвагинация желудка. Летальных исходов не было.

Заключение. Частота осложнений дилатации при лечении больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии зависит от вариантов кардиодилататоров. Оптимальные результаты получены у пациентов

после пневматической и гидробаллонной дилатации. Наиболее грозными осложнениями кардиодилатации являются перфорация пищевода и инвагинация желудка в просвет пищевода, что требует экстренного хирургического лечения.

ВНЕЗАПНАЯ СЕРДЕЧНАЯ СМЕРТЬ – ОПЫТ 5 ЛЕТ РАБОТЫ ЦЕНТРА ПО ЛЕЧЕНИЮ ВСС

Д.М. Прасол, В.М. Теплов, Е.А. Цебровская

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» МЗРФ

Внезапная сердечная смерть (ВСС) остается одной из наименее изученных проблем в современной реаниматологии. Различные авторы сообщают, что среднее число ВСС в мире колеблется в пределах 0,6–6 случаев на 1000 человек населения в год, а в России это число равно 1,4–1,7 случаев на 1000 человек населения в год, что составляет 200 000–250 000 в год, или 10% от общей смертности. При этом выживаемость не превышает 1,0%. Для повышения качества сердечно-легочной реанимации (СЛР) в ряде стран применяется экстракорпоральная мембранная оксигенация (ЭКМО) одновременно с традиционными реанимационными мероприятиями (ЭСЛР) с целью снижения гипопрефузии, расширения диагностических мероприятий и улучшения результатов при внегоспитальной остановке кровообращения (ВнеГОК).

Нами было проанализировано 109 случаев внезапной остановки кровообращения, в 16 из которых применялась ЭСЛР. Обратило на себя внимание количество мужчин среди этой группы пациентов – 74%, а также то, что наиболее частой причиной внезапной остановки кровообращения (ОК) стали острый инфаркт миокарда – 54% и декомпенсация хронической сердечной недостаточности различного генеза – 14%. Наиболее частой внесердечной причиной ОК стала тяжелая экзогенная интоксикация (12%) – преимущественно алкоголь и суррогаты.

Применение ЭСЛР (в виде вено-артериальной ЭКМО) у пациентов с внегоспитальной рефрактерной остановкой кровообращения было оправданно при строгом соблюдении критериев применения технологии (наличие свидетеля, который начал проведение компрессий грудной клетки менее чем через 5 минут от момента ОК, старт ЭКМО менее чем через 60 минут от момента ОК, эвакуация в стационар с применением электромеханического кардиомассажера, сохранная фотореакция зрачков, возраст менее 70 лет, наличие электрической активности сердца) и позволило в 37,5% случаев (6 из 16) выполнить расширенный диагностический комплекс и добиться восстановления спонтанной сердечной деятельности, что впоследствии позволило отказаться от экстракорпоральной механической поддержки кровообращения.

Выявлена прямая взаимосвязь между выживаемостью и продолжительностью догоспитального периода, который характеризуется многоэтапностью и затяжными попытками стабилизации состояния на месте происшествия вместо скорейшей эвакуации пациента в ходе реанимационных мероприятий в стационар с круглосуточной возможностью проведения, в первую очередь, чрескожного коронарного вмешательства, и во вторую очередь – компьютерной томографии и эндоскопических вмешательств. Обнаружено, что метаболические расстройства тем выраженнее, чем продолжительнее догоспитальный период, а связь между уровнем pH при поступлении и благоприятным исходом более достоверна, чем с уровнем $EtCO_2$ и лактатом артериальной крови.

ПРОТИВОАРИТМИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ АТФ У БОЛЬНЫХ С ПРИСТУПАМИ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ

Т.Н. Прудскова, Н.З. Мамиров, А.С. Ачилов, З.Х. Аралов, И.М. Элибоев, В.В. Хайдаркулов, А. Каримов, М. Аллашев, Г.Р. Арифходжаева

Пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия – это внезапно начинающийся приступ учащения сердечных сокращений до 160–220 в минуту под влиянием импульсов, исходящих из гетерогенных центров и полностью вытесняющих нормальный синусовый ритм. Нередко возникает как у лиц молодого и среднего возраста без тяжелых заболеваний, так и у больных с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями. Купирование приступов суправентрикулярной пароксизмальной тахикардии является важной задачей врачей скорой и неотложной помощи. Одним из препаратов, который широко применяется для купирования этого вида нарушения сердечного ритма, является АТФ (натрия аденозинтрифосфат), который замедляет механизм re-entri в атриовентрикулярном узле.

Цель работы. Показать эффективность АТФ в купировании приступа суправентрикулярной пароксизмальной тахикардии у больных с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 20 больных, из которых 8 женщин в возрасте 30–39 лет – 1, 40–49 лет – 2, 50–59 лет – 3, 60–69 лет – 2 и 12 мужчин в возрасте 30–39 лет – 2, 40–49 лет – 4, 50–59 лет – 5, 60–69 лет – 1.

Диагноз суправентрикулярной пароксизмальной тахикардии устанавливали на основании жалоб больных, клиники и характерных изменений ЭКГ, в виде равно укороченного интервала R–R, не измененному комплексу QRS, зубцу P, который в большинстве случаев наслаивался на зубец T и ЧСС.

У 10 больных пароксизм развился в связи с ишемической болезнью сердца – стенокардией, у 7 больных – на фоне постинфарктного кардиосклероза, и у 3 больных – на фоне ревмокардиосклероза.

Всем больным, с учетом противопоказаний, вводили АТФ внутривенно, струйно, без разведения, в дозе 2,0 (20 мг), быстро, в течение 5–6 секунд.

Обсуждение. Купирование суправентрикулярной пароксизмальной тахикардии происходило практически сразу после введения препарата. У 2 больных отмечалось появление головокружения и тошноты, 1 больного – появление одышки во время введения препарата, и у 1 больного были зарегистрированы желудочковые экстрасистолы. Все эти явления прошли самостоятельно, без оказания дополнительной медицинской помощи, в течение нескольких минут. Регистрация ЭКГ, после купирования пароксизма, указывала на восстановление синусового ритма.

Выводы. В большинстве случаев АТФ (натрия аденозинтрифосфат) хорошо переносится и является эффективным антиаритмическим средством, для купирования суправентрикулярной пароксизмальной тахикардии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СТРЕПТОКИНАЗЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Т.Н. Прудскова, З.Н. Мамиров, В.Х. Маматкулов, В.В. Хайдаркулов, В.Н. Жумаев, А.С. Ачилов, З.Х. Аралов

Учитывая роль тромбоза в патогенезе острого инфаркта миокарда, в клинической практике широко применяются тромболитические препараты. Вызывая лизис первичного тромба, они восстанавливают коронарный кровоток, ограничивают зону некроза, улучшают насосную функцию левого желудочка, и в конечном итоге уменьшают летальность больных инфарктом миокарда. Одним из представителей этой группы является стрептокиназа – непрямой активатор плазминогена. Введенная в организм больного с инфарктом миокарда, она образует комплекс с плазминогеном, который активирует превращение эндогенного плазминогена в плазмин, играющий главную роль в растворении фибринового тромба.

Цель исследования. Показать влияние стрептокиназы на ограничение зоны некроза, на течение и исходы острого инфаркта миокарда.

Материалы и методы. Нами в 2020–2022 гг. было обследовано 29 больных с острым инфарктом миокарда, поступивших на стационарное лечение в отделение реанимации в первые шесть часов от начала заболевания. Среди обследованных были 13 женщин: в возрасте 40–49 лет – 4; 50 – 59 лет – 4; 60–69 лет – 5 и 16 мужчин: в возрасте 40–49 лет – 4; 50–59 лет – 10; 60–69 лет –2.

Диагноз острого инфаркта миокарда устанавливали на основании типичной клинической картины, характерных изменений ЭКГ – подъем сегмента S–T над изолинией и появления патологического зубца Q. У 7 больных наблюдался подъем сегмента S–T на задней стенке левого желудочка, у 22 больных – на передней стенке левого желудочка. У 10 больных подъем сегмента S–T над изолинией прослеживался в отведениях V1–V6. У 7 больных – V1–V4 и у 5 больных– V1–V3. У всех больных начало заболевания характеризовалось длительным ангинозным статусом. Признаков кардиогенного шока, отека легких и тяжелых нарушений сердечного ритма при поступлении не отмечалось. Стрептокиназа всем больным вводилась по общепринятой методике, в дозе 1 500 000 ЕД на 100,0 физиологического раствора, внутривенно, капельно, в течение 1 часа, с предварительным в/венным введением 30 мг преднизолона для предупреждения аллергической реакции. Время введения препарата от начала острого коронарного синдрома: 1 час – 15 больных, 2–2,5 часа – 6 больных, 3–4 часа – 8 больных. Одновременно назначалась ацетилсалициловая кислота в суточной дозе 125 мг, а в последующем – гепарин в дозе 5000 ЕД каждые 6 часов в течение 7 дней.

Результаты исследования. Для оценки эффективности тромболитической терапии мы использовали такие показатели, как исчезновение болевого синдрома, динамика ЭКГ, осложнения. У всех больных болевой синдром был купирован в первые сутки заболевания. Введение стрептокиназы сопровождалось быстрой динамикой ЭКГ в виде снижения сегмента S–T и формирования отрицательного зубца Т к концу первых суток. Формирование патологического зубца Q и комплекса QS отмечалось не во всех грудных отведения, где регистрировался подъем сегмента S–T над изолинией, то есть отмечалось ограничение зоны некроза. У 3 больных наблюдалось нарушение сердечного ритма, в виде желудочковой экстрасистолии. У одного больного появились интенсивные боли в пояснице, которые были купированы иньекциями промедола и преднизолона. У одного больного отмечалось появление аллергической крапивницы, которая была устранена введением дексаметазона. Ни в одном случае мы не наблюдали каких-либо геморрагических осложнений, не было рецидивов острого инфаркта миокарда и летальных исходов.

Выводы:

1. Применение стрептокиназы привело к благоприятному течению острого инфаркта миокарда, быстрому купированию болевого синдрома, с положительной динамикой ЭКГ в виде приближения сегмента S–T к изолинии и формированию отрицательного зубца Т и появлению патологического зубца Q или комплекса QS, с ограничением окончательных размеров инфаркта миокарда.

2. В целом переносимость стрептокиназы была хорошей, рецидивов острого инфаркта миокарда, летальных исходов не отмечалось.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ш.Х. Пулатова, Ж.С. Алиев, З.К. Хасанова, И.Р. Тоиров

Бухарский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Введение. Важным механизмом развития острой сердечной недостаточности (ОСН) является активация нейрогормональной, в частности, симпатоадреналовой системы (САС). С другой стороны, наличие компонентов метаболического синдрома (МС), таких как абдоминальное ожирение (АО) и инсулинорезистентность (ИР), сопровождается активацией САС. Исходя из этого в настоящей работе проведено исследование вариабельности ритма сердца (ВРС) у больных с ОСН и МС.

Материал и методы. Обследовано 46 больных мужского пола с ОСН (II–III класса по Киллип), с постинфарктным кардиосклерозом и с синусовым ритмом. Давность перенесенного инфаркта миокарда – от 6 месяцев до 5 лет. В качестве контрольной группы обследовано 15 практически здоровых лиц. В зависимости от компонентов МС выделены 3 группы больных: I группа (n=15) – больные без МС; II группа (n=16) – больные с различной комбинацией дислипидемии (ДЛП) с АО, АГ и гипертриглицеридемией; III группа (n=15) – больные с различной комбинацией ДЛП и сахарного диабета 2-го типа (СД2) с АО, АГ и гипертриглицеридемией. Всем обследуемым осуществлялось суточное мониторирование. При анализе ВСР использовали параметры, оценивали: mRR – среднее значение всех RR интервалов: SDNN – стандартное отклонение всех RR интервалов: SDNNi – среднее значение стандартных отклонений за 5-минутные периоды; SDANN – стандартное отклонений усредненных за 5 минут значений интервалов RR; rMSSD – квадратный корень суммы разностей последовательных RR-интервалов; PNN – 50-процентная представленность эпизодов различия последовательных интервалов RR более чем на 50 мс; TP – общая мощность всех интервалов RR; LF – мощность в диапазоне низких частот; HF – мощность в диапазоне высоких частот; LF/HF – отношение значения мощностей; VLF – мощность в диапазоне очень низких частот; ULF – мощность в диапазоне ультранизких частот.

Результаты. При анализе ВРС в I группе было выявлено угнетение парасимпатического отдела ВНС и повышение активности СНС, проявляющейся уменьшением pNN50 ($p<0,01$), RMSSD ($p<0,05$), HRV TI ($p<0,05$); HF ($p<0,01$) и увеличением соотношения LF/HF. Эти изменения происходили на фоне умеренного снижения общей ВРС, свидетельством чего является уменьшение SDNN ($p<0,05$) и TP ($p<0,05$). Для больных II группы характерным является более выраженное снижение всех показателей ВРС. Наиболее значимыми из них по отношению к I группе были: mRR, SDANN, SDNN, RMSSD, LF и VLF. Особо привлекает внимание дальнейшее снижение LF с тенденцией к нормализации LF/HF-соотношения, а также снижение SDNN. Больные с ОСН и с более выраженными проявлениями МС характеризуются дальнейшим прогрессивным снижением большинства показателей ВРС. Все показатели, за исключением SDNNi, HF ULF оказались статистически значимо ниже, чем показатели I группы.

Заключение. Таким образом, выявлена тесная взаимосвязь между ВРС и тяжестью МС у больных с ОСН. Так, ОСН без МС сопровождается умеренным снижением ВРС с активацией СНС. Наличие МС в виде комбинации ДЛ с АО и АГ у больных с ХСН способствует более выраженному снижению ВРС, в том числе и СНС. Присоединение к указанным компонентам МС СД2 сопровождается вегетативной денервацией сердца, свидетельством чего является выраженное снижение общей ВРС с нормализацией симпато-вагального соотношения. Снижение SDNN ниже 90 мс указывает на плохой прогноз жизни у больных с ОСН, сочетающийся с тяжелыми признаками МС.

РОЛЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ВГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЯХ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Ш.Х. Пулатова, Н.Ш. Сафаров, М.М. Бабаева

Бухарский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Цель. Оценить взаимосвязь между выраженностью тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) и гемодинамическими показателями больных острым инфарктом миокарда (ОИМ).

Материал и методы. В наше клиническом исследование были включены 58 больных, из них 33 (56,9%) мужчины и 25 (41,3%) женщин, находящихся на лечении в Бухарском филиале 1-го РНЦЭМП кардиотерапевтического отделении, в возрасте от 46 до 65 лет (54,6±10,5). 25 (54,3%) больных ОИМ – без зубца Q и 21 (43,1%) – с зубцом Q в остром периоде. Всем больным были проведены общеклинические, лабораторные исследования, а также электрокардиография и эхокардиография. Углубленно изучался психологический статус (ПС) с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS.

Результаты. После психоэмоционального обследования больные ОИМ разделены на 2 группы:

пациенты с аффективными расстройствами – 28 (48,3%) и без них – 30 (53,4%). Анализ ПС 1 группы показал, что у 5 (17,6%) пациентов диагностировали депрессию, из них 3 (10,7%) имели субклинически выраженную и 2 (7,1%) – клинически выраженную. Также 13 (46,4%) исследуемых этой группы были с тревогой, из них 7 (25%) – с субклинически и 6 (21,4%) – с клинически выраженной, а также у 7 (25%) больных была сочетанная тревожно-депрессивная симптоматика. Клинические симптомы: боль в области сердца, сердцебиение, одышка, плохой сон, головные боли, головокружение, отеки, общая слабость значительно преобладали в 1-й группе. Было установлено, что средняя частота сердечных сокращений в группе с ТДР на 5–11 ударов в минуту выше, чем без них. У больных с клинически выраженной тревогой уровень систолического артериального давления был значительно выше, в среднем на 15–20 мм рт.ст. по сравнению с другими. Однако различие уровней диастолического артериального давления в исследуемых группах не оказалось статистически значимым. По данным эхокардиографии, в группе с сопутствующими клинически выраженными ТДР отмечена достоверно более низкая фракция выброса левого желудочка 42,2±7,1% по сравнению со 2-й группой – 47,4±1,47% (p=0,29). Также у больных депрессией выявлена тенденция к наибольшей выраженности процессов постинфарктного ремоделирования левого желудочка, а при сочетании с тревогой и увеличением показателей конечного систолического и диастолического размеров левого желудочка в сравнении с пациентами без аффективных расстройств. Однако достоверного влияния сопутствующих ТДР на диастолическую функцию ЛЖ при ИМ не выявлено.

Заключение. У больных ОИМ определение ПС выявило преобладание клинически выраженных тревожных и субклинически выраженных депрессивных расстройств. Отмечалась взаимосвязь между уровнем аффективных расстройств и гемодинамической нестабильностью заболевания. У больных ОИМ наличие расстройств депрессивного спектра ассоциировалось со значительным снижением фракции выброса левого желудочка в остром периоде заболевания.

ОСОБЕННОСТИ ДИСЛИПИДЕМИИ И ЧАСТОТА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ ПРИ ПЕРВИЧНОМ БИЛИАРНОМ ХОЛАНГИТЕ

В.И. Решетняк, И.В. Маев

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ, Россия

Первичный билиарный холангит (ПБХ) является редким аутоиммунным холестатическим заболеванием печени. Дефицит аутоиммунной толерантности является критическим фактором начала и постепенного развития внутрипеченочного холестаза. Последний приводит к недостаточному поступлению желчных кислот в двенадцатиперстную кишку и к повышенному накоплению желчных кислот в гепатоцитах и плазме крови. Именно эти изменения желчевыделения следует рассматривать в качестве первопричины в нарушении липидного обмена при ПБХ. Нарушения в метаболизме и транспортировке липидов при этом происходят как в отношении липидов, поступающих в организм человека с пищей, так и в отношении липидов и их транспортных систем, синтезируемых в организме. Недостаточное поступление желчных кислот в двенадцатиперстную кишку способствует ухудшению процессов эмульгирования жиров, мальабсорбции жиров и жирорастворимых витаминов, развитию энергетической недостаточности питания, потере веса, медленно прогрессирующему похуданию. Патофизиологические механизмы развития потери веса и медленно прогрессирующего похудания связаны с ухудшением процессов гидролиза жиров и уменьшением всасывания гидролизованных продуктов – жирных кислот и моноглицеридов, развитием стеатореи у пациентов с ПБХ, а также с дисбиозом кишечной микрофлоры. При этом процессы гидролиза жиров панкреатическими липазами не нарушены. Потеря веса и развитие медленно прогрессирующего похудания у пациентов с ПБХ уже на ранних стадиях заболевания приводит к ускоренному b-окислению жирных кислот, которое направлено на компенсацию развивающейся энергетической недостаточности питания, что в свою очередь также способствует прогрессированию развития недостаточности питания. Недостаточное поступление желчных кислот в кишечник при ПБХ ухудшает солюбилизацию пищевого холестерина и образование мицелл, что приводит к снижению его всасывания из кишечника, повышенному синтезу холестерина в печени и увеличению его уровня в крови. Наряду с этим прогрессирующее развитие внутрипеченочного холестаза у пациентов с ПБХ приводит к заброcу желчных кислот в плазму крови. В результате через систему обратной связи повышается экспрессия фактора роста фибробластов 19 (FGF19), который активирует печеночный мембранный рецептор FGFR4, подавляя синтез желчных кислот, что также способствует развитию гиперхолестеролемии. Длительное повышенное содержание холестерина в плазме крови пациентов с ПБХ в результате увеличения его синтеза в печени приводит к образованию ксантом и ксантелазм. Исходя из физико-химических свойств жёлчных кислот, нейтрализовать их при попадании в общий кровоток в результате холестаза можно путём формирования мицеллярно-ламеллярных структур с фосфолипидами и холестерином, подобно тем, которые образуются в желчи. В связи с этим попавшие

в общий кровоток жёлчные кислоты у пациентов с ПБХ уже на ранних стадиях заболевания приводят к дислипидемии, проявляющейся повышенным содержанием общего холестерина (ХС), фосфолипидов, жирных кислот, холестерина липопротеинов низкой (ХС ЛПНП) и высокой (ХС ЛПВП) плотности, а также появлением в плазме крови липопротеина Х (Lp-X).

При этом уровень триглицеридов у пациентов с ПБХ практически не изменяется или повышен незначительно. Lp-X содержит желчные кислоты, альбумин, высокую долю неэстерифицированного (свободного) холестерина и фосфолипидов. Показано, что концентрация Lp-X в плазме крови пациентов с ПБХ определяется степенью холестаза. Содержание сывороточного ХС при ПБХ увеличивается из-за присутствия Lp-X, который имеет плотность, аналогичную плотности ЛПНП. Это делает ХС Lp-X неотличимым от ХС ЛПНП при его количественном определении. Из-за этого сходства в плотности Lp-X часто ответственен за ложное повышение уровня ХС ЛПНП, поэтому повышение ХС ЛПНП у пациентов с ПБХ требует осторожной интерпретации и при необходимости – проведения исследования на определение Lp-X. Выявляемое повышение общего ХС у пациентов с ПБХ прежде всего пытаются рассматривать с точки зрения его влияния на развитие атеросклероза и патологических изменений со стороны сердечно-сосудистой системы у этих больных. **Однако повышение уровня холестерина у пациентов с ПБХ, так же как увеличение содержания фосфолипидов, направлено на нейтрализацию детергентного действия желчных кислот, попавших в общий кровоток по мере нарастания холестаза**. В этом плане дислипидемия при ПБХ является «аномальной» и представляет собой компенсаторный ответ организма на появление в общем кровотоке желчных кислот. Именно желчные кислоты, а не содержание общего холестерина определяют дислипидемию. Поэтому у пациентов с ПБХ, несмотря на **увеличение общего холестерина и ЛПНП** в плазме крови, выявляется **низкий риск развития атеросклероза и сердечно-сосудистых событий,** а также низкая степень стеатоза печени. «Аномальная» гиперхолестеролемия при ПБХ, вызванная попаданием жёлчных кислот в общий кровоток, может служить модельной системой для поиска и разработки новых способов лечения дислипидемии.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

А.М. Сергеева, В.М. Луфт, А.В. Лапицкий, Б.Р. Кельбетова

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

Введение. Старческая астения – это гериатрический синдром, характеризующийся возраст-ассоциированным снижением физиологического резерва и функций многих систем организма, потерей автономности и высоким риском развития неблагоприятных исходов, таких как госпитализации, функциональные дефициты, падения и переломы, летальный исход.

Материалы и методы. Обследовано 60 пациентов терапевтического профиля в возрасте от 60 до 90 лет, проходивших лечение в Санкт-Петербургском научно-исследовательском институте скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. Проведена оценка соматометрических показателей, характеризующих трофологический статус (масса тела, окружность плеча, окружность мышц плеча, кожно-жировая складка над трицепсом), компонентного состава тела биоимпедансным методом, а также показателей мышечной силы методом кистевой динаметрии. Изучены некоторые лабораторные показатели и проведен скрининг наличия саркопении по опроснику SARC-F.

Результаты. Среди обследованных пациентов 40 чел. (14 женщин и 26 мужчин) были в возрасте до 75 лет, а 20 пациентов – старше 75 лет (17 женщин и 3 мужчины). Частота снижения индекса тощей массы тела в 1 группе составила 11,7%, во 2 – 80%. Снижение силы кистевого пожатия продемонстрировали 27,5% и 55% соответственно. Согласно скрининговому исследованию по опроснику SARC-F, саркопения имела место у 10% и 40% соответственно. Частота гипопротеинемии наблюдалась соответственно у 35 и 20% пациентов, что, вероятнее всего, связано с характером имеющейся у пациентов патологии и не в полной мере отражает трофологический статус. Анемия встречалась со сравнимой частотой, в 1 группе – у 42,5%, во 2 – у 40% пациентов. Лимфопения – у 25% больных в обеих группах. Среднее относительное содержание жировой ткани было избыточным у 39,4% мужчин и 43,1% женщин в 1-й возрастной группе и 37,4% и 42,3% – во 2-й возрастной группе соответственно).

Заключение. Исходя из полученных данных, у пациентов пожилого и старческого возраста имеется высокая частота саркопении, что необходимо

принимать во внимание при разработке программы, поддерживающей их нутритивно-метаболическую терапию.

СОЗДАНИЕ МОДЕЛИ-ТРАНСФОРМЕРА ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОГНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ, ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

Е.Г. Скородумова

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

Актуальность. Мультифокальный атеросклероз (МФА) представляет собой гемодинамически значимое атеросклеротическое поражение нескольких артериальных бассейнов. На предварительном этапе проведения исследования были оценены данные аутопсии пациентов с длительно существовавшей ишемической болезнью сердца (ИБС), погибших от инфаркта миокарда (ИМ) (согласно follow-up, по данным локального регистра НИИ СП им. И.И. Джанелидзе 2019–2022), для оценки наличия стенозирующего поражения. У 43,5% умерших из этой когорты выявлен генерализованный МФА и ретроспективно оценен по трем шкалам: Diamond-Forrester [3, 4], модель Duke [5], CADC2 [3]. Выявление МФА у больных ишемической болезнью сердца служит поводом для интенсификации лечебно-профилактического воздействия, соответственно оптимизация лечебных подходов играет важную роль в структуре оптимизации лечебно-профилактических воздействий, так как все шкалы, такие как Diamond-Forrester, модель Duke, CADC2 разрабатывались с целью оценки стенозирующего атеросклероза коронарных артерий и только теоретически могли бы служить ориентиром для скрининга МФА.

Цель. Создать шкалу для скрининга мультифокального атеросклероза.

Материалы и методы. В исследование было включено 106 пациентов со стенокардией напряжения, (64 мужчины (60,4%) и 42 женщины (39,6%), средний возраст – 63,8±13,4 года. Из них доказанный мультифокальный атеросклероз имели 56 больных, что соответствовало минимальному пороговому уровню статистической значимости $p<0,05$ по методике К.А. Отдельновой.

Результаты. Данная модель визуализировала, что диагностическими уровнями шкальных величин явилось: уровень холестерина – 6,26 ммоль/л, RDW-CV – 16,3%, нейтрофилов – 53,1%, эозинофилов – 6,3%, лейкоцитов – $9,1x10^9$(л). У лиц с уровнем холестерина меньше 6,27 ммоль/л, без повышения плотности печени, по данным ультразвукового исследования, отсутствием обструктивной болезни легких/уровнем RDW-CV меньше 16% только 1 пациент имел МФА против 24 больных с уровнем холестерина меньше 6,26 ммоль/л, имевших повышение плотности печени, по данным ультразвукового исследования, и уровень воспалительных гранулоцитов: нейтрофилы – выше 51,3%, эозинофилы – выше 6% на фоне общего количества лейкоцитов $91×10^9$(л). У лиц с ОХ выше 6,27 ммоль/л МФА наблюдался у 14 человек (100%). В целях совершенствования диагностики у больных МФА с помощью автоматического линейного моделирования были определены независимые прогностические факторы, влияющие на развитие МФА. У пациентов вне данной медико-математической модели таким параметром было наличие в анамнезе инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST. 74,3% пациентов имели атеросклеротическое поражение брахиоцефальных артерий, а 83,7% больных – облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. Помимо этого, независимым прогностическим маркером являлось наличие текущего или имевшего место в прошлом онкологического заболевания (77,2%).

Модель была проверена на выборке пациентов из локального онкологического регистра НИИ СП им. И.И. Джанелидзе «Онкокардиология». С МФА – 63 пациента, без МФА – 56 больных. В данном случае F-критерий полной модели составил 6,3, коэффициент детерминации – $R^2=4,5$; $R^2>0,3$, уровень значимости $p=0,03$. Таким образом, результаты проверки модели, созданной с использованием линейной регрессии, в целом удовлетворительные. Предсказательная ценность: количество верно классифицированных – 54 (положительно) и 49 (отрицательно). Количество ложноотрицательных случаев составило 9, а ложноположительных – 7 случаев.

Чувствительность модели составила 85,7%, специфичность – 87,5%. Данная модель проверялась с использованием ROC-кривой.

Площадь под кривой составила 0,798, что соответствовало оценке «хорошо» на шкале площади под кривой.

Заключение. Таким образом, добавленные новые данные в отношении прогрессирования МФА, особенно у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, онкологическое заболевание, обструктивное поражение легких, позволяют повысить объективность выявления развития мультифокального атеросклероза. В модель прогнозирования развития МФА включены гематологические показатели, применяемые в рутинной практике: RDW-CV, содержание лейкоцитов, сегментоядерных нейтрофилов, эозинофилов, общего холестерина, а также повышение плотности печени, по данным ультразвукового сканирования, в виде стеатоза и фиброза и наличие хронического обструктивного поражения легких. Все параметры являются максимально

воспроизводимыми в клинической практике не только для пациентов, находящихся в стационаре, но и для лиц на амбулаторном этапе.

ЎТКИР ГИПЕРТЕНЗИВ ҲОЛАТЛАРНИ БАРВАҚТ АНИҚЛАШ, ПРОГНОЗЛАШ ВА ОЛДИНИ ОЛИШНИНГ ИЛМИЙ АСОСЛАРИ

Соипова Г.А., Мамасолиев Н.С., Усмонов Б.У., Холиқова Н.А.

РШТЁИМ АФ ва Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон

Тадқиқотнинг мақсади. Ўткир гипертензив ҳолатларни (ЎГХ) Фарғона водийси шароитида барвақт аниқлаш, прогнозлаш ва олдини олишнинг илмий асосларини ишлаб чиқиш.

Текширув материали ва усуллари. Водий шароитида иккита эпидемиологик тадқиқот ўтказилди: 725 нафар катта ёшдаги эркак ва аёллар популяциясида бир вақтли эпидемиологик тадқиқот ва 1800 та ЎГХ билан беморларда скринингли ретроспектив фармакоэпидемиологик мониторинг халқаро тавсиялар ҳамда мезонлардан келиб чиқиб амалга оширилди.

ЎГХ ташхиси эпидемиологик, фармакоэпидемиологик, клиник, биокимёвий ва инструментал текширувлар қўлланилиб шакллантирилди. Замонавий статистик дастурлардан фойдаланиб олинган маълумотлар қайта ишланди ва баҳоланди.

Олинган натижалар ва хулосалар. Водий популяциясида ЎГХ нисбатан юқори частоталарда кузатилади ва уни барвақт аниқлаш ёки олдини олиш учун бирламчи скринингли ташхисот усули қўлланилса, қулайлиги ва тиббий-иқтисодий самарадорлиги нуқтаи назаридан мақсадга мувофиқ бўлади. ЎГХ водий шароитида аксарият аёлларда ва нисбатан кам частоталар билан эркакларда аниқланади. Ёш ортиши билан ЎТХни аниқланиш частотаси 4,5 баробардан (30–39 ёшда) то 37,2 баробаргача (50–59 да) кўпайиб қайд қилинади.

ГКни келтириб чиқарувчи 24 та эндемик хатар омили ажратилади, улардан предиктив ва превентив мақсадда фойдаланиш мумкин. Уларнинг таъсирида ГК хавфи 20,8 фоиздан 50,0 фоизгача етиб ортади.

Предиктив, превентив ва профилактик илмий асос бўлиб хизмат қилиши мумкин бўлган яна бир натижани таҳлиллар тасдиқлайди: фармакоэпидемиологик номувофиқлар (антигипертензив терапиянинг номуқобил ўтказилиши, номунтазам гипотензив терапия, номувофиқ антигипертензив фаолият) 84,9 % ҳолатларда аниқланади. Бу натижалардан келиб чиқиб яратилган «Гипертоник кризларни Андижон шароитида прогнозлашга асосланган профилактика тизими ва даволаш стратегиясини алгоритми» дастури ургент даволаш-профилактика амалиётларини самарали (90 % га етиб) такомиллаштиради. Бу алгоритмдан фойдаланиш атеросклеротик континуум хавфини кескин камайтиради ва ЎГХда фармаконазоратни кучайтиради.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

В.У. Убайдуллаева, Б.А. Магрупов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

В настоящее время заболевания сердечно-сосудистой системы продолжают занимать лидирующие позиции в структуре смертности. Поэтому не удивительно, что методики лечения сердечно-сосудистых заболеваний развиваются наиболее интенсивно. На современном этапе наиболее значимые результаты лечения атеросклеротического поражения сосудов показывают эндоваскулярные технологии, в частности коронарная ангиопластика, путем стентирования сосудов [1].

Целью настоящего исследования явилось изучение морфологических данных у больных, перенесших стентирование коронарных артерий.

Материалы и методы. Проведен анализ 58 историй болезни и протоколов вскрытий умерших пациентов после проведения стентирования коронарных артерий. В период с 2012 по 2021 год в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи было проведено 5972 аутопсийных исследования, из них 58 (1%) составили умершие, которым было выполнено стентирование коронарных артерий (КА), в группе больных с установленными стентами было 42 (72,4%) мужчины, 16 (27,6%) женщин. Средний возраст больных был 65,7±1,2 года: у мужчин – 63,9±1,5, у женщины – 70,6±2,0.

Результаты исследования. Атеросклеротическое поражение аорты оценивалось по стандартной классификации и имело 2 стадию поражения у 10 (17,2%), 3 стадию – у 36 (62,0%), 4 стадию – у 12 (20,7%) больных. Избирательность поражения КА атеросклерозом и процент стеноза: ствол левой коронарной артерии (ЛКА) – 66,3±9,6, передней межжелудочковой артерии (ПМЖА) – 64,3 ±5,0, огибающей коронарной артерии (ОКА) – 45,7±4,6, правой коронарной артерии (ПКА) – 45,4±4,4. У 49 (84,5%) больных на секции диагностирован левый тип кровоснабжения, у 9 (15,5%) – правый тип. Изменение внешних размеров сердца и их параметры выглядели следующим образом: длина сердца – 12,7±0,16, ширина – 12,1±0,2, толщина – 6,9±0,1 см. Толщина стенки левого желудочка (ЛЖ) – 1,6±0,04 см, правого желудочка (ПЖ) – 0,4± 0,023 см. Гипертоническая болезнь (ГБ), как фоновая патология, зарегистри-

рована у 57 (98,2%), сахарный диабет 2 типа (СД) – у 17 (29,3%) человек. Острый инфаркт миокарда (ОИМ) наблюдался в 16 случаях (27,6%), рецидивирующий инфаркт миокарда – в 4 (6,9%), повторный инфаркт миокарда – в 24 (41,4%), крупноочаговый постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) – в 7 (12%), в остальных 7 (12%) случаях основным заболеванием явилась другая патология, не связанная с поражением сердечной мышцы. При инфаркте миокарда отмечалось поражение передней стенки ЛЖ в 8 случаях (18,2%), поражение передней стенки ЛЖ в сочетании с межжелудочковой перегородкой – в 8 (18,2%), поражение задней стенки ЛЖ – в 5 (11,4%), циркулярное поражение стенок ЛЖ – в 23 (52,3%) случаях, ПИКС располагался по передней стенке ЛЖ у 5 (14,7%) пациентов, по передней стенке и МЖП – у 6 (17,6%), по задней стенке ЛЖ – у 8 (2,5%), циркулярное расположение имело место у 15 (44,1%) пациентов.

Установка стентов в ствол левой коронарной артерии (ЛКА) произведено 1 пациенту (1,7%), в переднюю межжелудочковую артерию (ПМЖА) – 31 (53,4%), огибающую коронарную артерию (ОКА) – 4 (6,9%), в правую коронарную артерию (ПКА) – 9 (15,5%); 2 стента и более было установлено в 13 (22,4%) случаях. Ремоделирование и перестройка сердечной мышцы наблюдались в 100% случаев, при этом тоногенное удлинение гипертрофированного сердца с началом гипотонического расширения зарегистрировано у 34 пациентов (58,6%), миогенная дилатация гипертрофированного сердца – у 24 (41,4%). Сроки пребывания больных со стентированием КА в стационаре составили: до суток – 26 (44,8%) пациентов, до 3 дней от момента поступления в стационар – 12 (20,7%), от 4–10 к/дней – 19 (32,7%), свыше 10 к/дней – 1 (1,7%).

Таким образом, проведенный анализ исследования показал, что стентирование коронарных артерий проводилось в патологически измененной сердечной мышце с истощением компенсаторных механизмов перестройки, далеко зашедшем атеросклеротическом процессе и при наличии как минимум одного фонового заболевания, отягощающего ИБС. Имело место позднее поступление пациентов в стационар.

РШТЁИМСФ ДА 2021–2022 ЙИЛЛАР ДАВОМИДА МИОКАРД ИНФАРКТИДАН ВАФОТ ЭТГАН БЕМОРЛАРНИНГ ЎСИШИНИ ҚИЁСИЙ ТАҚҚОСЛАШ

Урақов Н.А., Умаров Ш.Б., Муқимов А.А.

РШТЁИМ Самарқанд филиали

Мавзунинг долзарблиги. Миокард инфаркти – тож томирлар етишмовчилигининг энг оғир хилларидан бўлиб, тож артерияларидан бирининг тешиги беркилиб қолиши ёки торайиши туфайли рўй беради, натижада юрак мускули соҳасида некроз содир бўлади. Миокард инфарктининг пайдо бўлиши тож (коронар) томирлар атеросклерози билан бевосита боғлиқдир. Тож томир деворида ҳосил бўлган артериосклеротик пилакча астасекин катталашиб, томир бўшлиғини қисман беркитади. Агар пилакча юзасида яралар пайдо бўлса, бу жойда тез орада қон лахтаси – тромб ҳосил бўлади. У тож томир тешигини бутунлай беркитиб қўйиши натижасида миокард инфаркти вужудга келади. Юрак-томир касалликлари кейинги 25–35 йил ичида анча «юксалгани» шифокорларни ташвишга солмоқда. Бир нарсани алоҳида таъкидлаш керакки, юрак-қон томир хасталигида инсон ўз саломатлигига эътиборсизлиги, то дард авж олиб, безовта қилмагунича бепарво юриши ачинарли ҳолдир.

Мақсад. Самарқанд филиалида 2021–2022 йилларда бўлимларда миокард инфарктидан вафот этган беморларнинг ўсишини қиёсий таққослаш.

Материал ва услублар. 2021 йилда бизнинг филиалда 2319 та бемор юрак ишемик касаллиги билан даволаниб чиққан, шулардан 347 (15%) таси миокард инфаркти билан даволанган. Тез тиббий ёрдам машинасида 724 (31%) та бемор келтирилган. Беморлардан 224 (9,6%) таси касаллик бошлангандан 24 соат ичида шифохонага келтирилган. Юрак ишемик касалликларидан вафот этганлар 98 та, шулардан 85 (86,7%) таси патологоанатомик текширувдан ўтказилган. Миокард инфарктидан вафот этганлари 41 (42,0 %) та. 2022 йилда бизнинг филиалда 2790 та бемор юрак ишемик касаллиги билан даволаниб чиққан, шулардан 388 (14%) таси миокард инфаркти билан даволанган. Тез тиббий ёрдам машинасида 816 (29,2%) та бемор келтирилган. Келтирилган беморлардан 236 (8,5%) таси касаллик бошлангандан 24 соат ичида шифохонага келтирилган. Юрак ишемик касалликларидан вафот этганлар 106 та, шулардан 89 (83,9%) таси патологоанатомик текширувдан ўтказилган. Миокард инфарктидан вафот этганлари 43 (40,5%) та.

Натижалар. Йилдан-йилга юрак ишемик касалликдан билан касалланган беморлар ва шу касаллик билан вафот этаётганлар сони ошиб бормоқда. 2021 йилда вафот этганлар 98 та. Шулардан 47 (48,0 %) таси аёллар, эркаклар 51 (52,0 %) та, ёшга нисбатан олганда 30 ёшгача 1 (1 %) та, эркак 1 та. 30–39 ёшгача 4 (4,1%) та, 3 та эркак, аёллар – 1 та. 40–50 ёшгача 19 (19,4%) та, аёллар – 9 та, эркаклар – 10 та. 50–60 ёшда 16 (16,3%) та, аёллар – 7 та, эркаклар – 9 та. 60–70 ёшгача 26 (26,5%) та, аёллар – 14 та, эркаклар – 12 та. 70–79 ёшгача 23 (23,5%) та, аёллар – 16 та, эркаклар – 7 та. 80 ёшдан юқорилар 9 (9,2%) та, аёллар 3 та, эркак 6 тани ташкил этади. 2021 йил ёшга нисбатан олганда миокард инфарктидан ўлганлар 30 ёшгача 1 (2,4%) та. 30–39 ёшгача 2 (4,8%) та, 40–49 ёшгача 6 (14,6%) та, 50–59 ёшгача 5 (12,1%) та, 60–69 ёшгача 13 (31,7%) та. 70–79 ёш-

гача 11 (27,0%) та, 80 ёшдан юқори 3 (7,3%) та 2022 йилда вафот этганлар 106 та, патологоанатомик текширувдан ўтказилганлар 89 та. Шулардан аёллар – 54 (51,0%) та, эркаклар 52 (49,0%) тани. Ёшга нисбатан олганда 30 ёшгача 1 (0,9%) та, аёл 1 та. 30–39 ёшгача 5 (5,0%) та, аёллар – 2 та, эркаклар – 3 та. 40–49 ёшгача 8 (7,5%) та, аёллар – 2 та, эркаклар – 6 та. 50–59 ёшгача 24 (22,6%) та, аёллар – 11 та, эркаклар – 13 та. 60–69 ёшгача 37 (34,9%) та, аёллар – 21 та, эркаклар – 16 та. 70–79 ёшгача 22 (20,7%) та, аёллар – 12 та, эркаклар – 10 та. 80 ёшдан катталар 9 (8,4%) та, аёллар – 4 та, эркаклар – 5 тани ташкил этади. 2022 йил ёшга нисбатан олганда миокард инфарктидан ўлганлар 30–39 ёшгача – 3 (7%) та, 40–49 ёшгача – 3 (7%) та, 50–59 ёшгача – 11 (25,6%) та, 60–69 ёшгача – 15 (34,9%) та. 70–79 ёшгача – 9 (20,9%) та, 80 ёшдан юқори – 2 (4,6%) та.

Хулоса. Йилдан-йилга миокард инфарктидан вафот этаётган беморларнинг ошиб бориши ва ёшариб бораётганлигини инобатга олган ҳолда, яшаш жойда поликлиникаларда «Д» пазоритига қўйишни кучайтириш.

Юрак ишемик касалликлари билан касалланган беморлар қанча барвақт стационарларга мурожаат қилса, шунча ўлим ҳолати камайиши кузатилади.

Халққа юрак ишемик касаллиги тўғрисида оммавий ахборот воситалари орқали чиқиш қилиб тушунтириш ишларини олиб бориш. Эътиборга сазовор ёш гуруҳидаги беморларга алоҳида эътибор қаратиш. Ҳар бир инсон тўғри овқатланиш ва жисмоний фаоллик натижасида соғлом юракка эга бўла олади. Шифокорлар фақат огоҳлантириши ва тавсия бериши мумкин. Ҳар ким ўз соғлиғига ўзи жиддий эътибор билан қараши лозим. Одамлар шифокор тавсияларига амал қилиши учун уларда саломатлик психологиясини шакллантириш керак.

УГРОЖАЮЩИЕ ЖИЗНИ АРИТМИИ ПРИ ХОЛТЕР-ЭКГ МОНИТОРИРОВАНИИ У БОЛЬНЫХ ИБС

Х.Х. Устабаев, Г.Н. Ибрагимова, Д.Т. Гиесов, А.С. Исомиддинов

Наманганский филиал РНЦЭМП

Целью работы явилось изучение распространенности ишемических нарушений ритма и проводимости при различных формах стенокардии, возможность их выявления с помощью методов, зависимость частоты появления от тяжести заболевания, выраженности ишемии миокарда.

Материал и методы. Обследована группа из 60 больных стенокардией, госпитализированных в клинику Наманганского филиала РНЦЭМП в отделение 2-й неотложной кардиологии. Среди пациентов было 18 женщин и 42 мужчины в возрасте от 43 до 70 лет (средний возраст 51,4±0,9 года). Первую группу составили 25 больных с диагнозом ИБС. Стабильная стенокардия напряжения, ФК II, вторую группу составили 35 пациентов с диагнозом ИБС. Прогрессирующая стенокардия. Всем пациентам проведено суточное холтеровское ЭКГ-мониторирование на системе с полной записью ЭКГ. У всех больных во время мониторирования наблюдались ишемические изменения ЭКГ, наличие которых определялось при появлении элевации сегмента ST или плоской и косонисходящей депрессии ST на 1 мм и более, косовосходящей депрессии ST на 1,5 мм и более длительностью не менее 1 мин. Для обнаружения НРС использовались результаты автоматического анализа данных мониторирования.

Результаты. Ишемические НРС и проводимости были обнаружены у 29,5% больных. Наблюдалось два варианта связи нарушений с эпизодами ишемии миокарда. У 48% пациентов во время транзиторной ишемии появлялись нарушения, которых не было вне эпизодов. В основном это были пароксизмы желудочковой или наджелудочковой тахикардий, эпизоды остановки синусового узла и транзиторные нарушения внутрижелудочкового проведения (8 случаев). У остальных 34 пациентов во время эпизодов смещения сегмента ST встречались те же нарушения, что и в остальное время суток, но во время эпизодов ишемии миокарда число этих аритмий (в основном – экстрасистол) резко (в 6–29 раз) увеличивалось. В среднем у каждого из 60 больных выявлено 4,20±0,26 эпизода, тогда как только 2,1±0,13 из них сопровождались появлением нарушений ритма и проводимости. При анализе данных холтеровского мониторирования обращает внимание то, что по результатам анализа суточной ЭКГ (графики смещения ST и числа аритмий) можно было выявить связь нарушений ритма с эпизодами ишемии в 35 случаях. Показано, что у больных стабильной стенокардией они выявлялись достоверно реже – в 15% случаев, чем у больных нестабильной стенокардией, больных СНП и СП (33,3%, 40% и 43,3% соответственно, $p<0,05$). Наиболее часто обнаруживались желудочковые экстрасистолы. Местная внутрижелудочковая блокада (уширение комплекса QRS до 0,12 с. без четких признаков блокады ножек пучка Гиса) выявлена в 3,7% случаев, блокада ножек пучка Гиса – несколько реже – в 2,7% случаев. Наджелудочковые ишемические аритмии встречались у 8,6% пациентов.

Заключение. Вероятность появления ишемических желудочковых нарушений ритма и проводимости зависит от выраженности развивающейся ишемии миокарда, увеличиваясь до максимума при трансмуральной ишемии, проявляющейся на ЭКГ элевацией ST. То есть более тяжелая ишемия миокарда приводит к большей электрической нестабильности миокарда желудочков.

ГИПЕРТОНИК КРИЗ ШАКЛЛАНИШИНИНГ МАТЕМАТИК МОДЕЛИ ВА УНДАН ШОШИЛИНЧ ТЕЗ ТИББИЙ ЁРДАМ ШАРОИТИДА ФОЙДАЛАНИШ ЖИҲАТЛАРИ

Холикова Н.А., Мамасолиев Н.С., Каландаров Д.М., Соипова Г.А.

РШТЁИМ АФ ва Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон

Тадқиқотнинг мақсади. Гипертоник криз (ГК) шаклланишининг математик моделини яратиш ва амалий фаолиятга тавсия этишдан иборат.

Тадқиқот материали ва усуллари. 1800 та ГК билан ва 725 та 15–70 ёшли соғлом аҳоли комплекс таҳлил қилиниб ўрганилди. Махсус эпидемиологик, клиник, инструментал ва статистик усуллар қўлланилди. Артериал гипертония (АГ) ва ГКнинг эпидемиологик, превентив ва претиктив тафсилотлари таҳлил қилиниб баҳоланди.

Олинган натижалар ва хулосалар. Махсус статистик таҳлилдан хулоса чиқарилдики, шошилинч тез тиббий ёрдам шароитида (ШТТЁШ) ГКнинг аёлларда шаклланишига кучли таъсиротини ўтказиб турувчи 12 та хатар омили (ўтироқ аёллар гуруҳи, руҳий зўриқиш хатар омили, АГ 2-даражаси, 40–69 ёш гуруҳи, гипертриглицеридемия, полипатия, АГ 3-даражаси, менопаузал АГ, ортиқча тана вазни, тахикардия, диастолик АГ) ажратилади. Ушбуларнинг бирортаси бўлганда ҳам АГ билан аҳолида ГКнинг келиб чиқиш хавфи 50 фоизга ортади.

Биз яратган предиктив модел шуни исботлайдики, аёллар популяциясида ГК келиб чиқишига ўрта кучли даражада патоген таъсир кўрсатувчи хатар омили сифатида 4 та хатар омиллари (паст зичли холестерин липопротеинлари – ХСЎПЗЛП, ақлий меҳнат, номақбул ижтимоий ҳолат, АГнинг 1-даражаси) тасдиқланади. Ушбулар АГ билан ассоциацияланиб кечганда ГКнинг келиб чиқиш хавфи 16,7 % бўлади.

ГК келиб чиқишига кучсиз даражада хавф туғдирувчи омиллар сифатида – 8 та қуйидаги омиллар ажратилади:

ХСЮЗЛП, маълумот даражасининг пастлиги, жисмоний меҳнат, алкоголь, гиперхолестеринемия, ХСЎПЗЛП ва АГнинг 1-даражаси.

Ушбуларни АГга ассоциацияланиши ГКнинг келиб чиқиш хавфини 3 баробарга оширади (P< 0,05).

Эркаклар популяциясида ҳам деярли шундай тенденция тасдиқланади.

Ушбу тенденцияни олдиндан огоҳлантириш имкониятини туғдириб берувчи биз томондан яратилган ГК шаклланишининг математик моделини фаолиятга олиш гипертоник ҳолатларнинг ГК билан асоратланишларини кескин камайтиради ҳамда АГ пандемиясини 90 % га етиб бартараф қилиш имкониятини туғдиради.

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ РИТМА И БЛОКАД СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

У.О. Холикова, С.А. Хайдарова

Бухарский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Цель исследования. Определить частоту развития основных видов нарушений ритма и проводимости у пациентов пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. Было обследовано 200 пациентов (55 мужчин и 145 женщин, средний возраст 84±4 года), находившихся на лечении в неотложных кардиотерапевтических отделениях Бухарского филиала РНЦЭМП. Для диагностики нарушений ритма и проводимости сердца, кроме анамнестических данных, были использованы: ЭКГ в покое, мониторирование ЭКГ по Холтеру (ХМ-ЭКГ).

Результаты. Фибрилляция предсердий (ФП) была выявлена у 73% (146 пациентов) всех обследованных больных. В 40% случаев диагностировалась постоянная форма ФП, а пароксизмальная форма ФП диагностировалась у 33% больных. Нарушения проводимости были выявлены у 45% всех больных (89 пациентов). У 10 пациентов потребовалась имплантация ЭКС. Среди всех пациентов с наличием нарушений проводимости наиболее часто диагностировались внутрижелудочковые (в/ж) блокады – в 57% случаев, из них: 37% – БПНПГ, 12% – БЛНПГ, 7,8% – блокада ПВЛНПГ. На втором месте были АВ-блокады – у 43% больных: I степ. (33 пациентов), III степ. (5 пациентов). СА-блокада была выявлена у 5,6% от всех больных с наличием блокад сердца (5 пациентов). СССУ был выявлен у 6,5% (13 пациентов) всех обследованных больных. У 15% больных наблюдалось сочетание АВ-блокады I степени с в/ж блокадами проведения (13 пациентов). Бифасцикулярные в/ж блокады были выявлены у 18% больных с наличием нарушений проводимости (16 пациентов). Сочетание фибрилляции предсердий и нарушений проводимости было выявлено у 25% больных с ФП (36 пациентов).

Выводы:

1. Нарушения ритма и проводимости сердца, а также брадиаритмии, связанные с СССУ, диагностированы у большинства обследованных больных.

2. Среди больных с нарушением ритма сердца блокады сердца встречались у четверти больных (25%).

3. Для адекватной и безопасной терапии нарушений ритма сердца у больных пожилого и старческого возраста целесообразно проводить ХМ-ЭКГ для исключения нарушений проводимости – их случайное выявление может значимо изменить врачебный подход.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭКССУДАТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА, ПРОЯВЛЯЮЩЕГОСЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

А.Т. Эрметов, М.О. Кобилов, Д.К. Адамбаева, О.В. Карабаев

Ташкентский областной филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Введение. В настоящее время в мире сердечная недостаточность является одной из главных проблем медицины. Патология перикарда, в том числе экссудативный перикардит, также является причиной развития сердечной недостаточности. За последнее время экссудативный перикардит встречается более значительно чаще. Из-за многочисленных функций перикарда экссудативный перикардит в основном приводит к нарушениям жизненной деятельности сердца. Причиной экссудативного перикардита являются различные этиологии: они имеют сходную клиническую симптоматику и различаются по частоте встречаемости, прогнозам и тактике лечения. В настоящее время частотой встречаемости экссудативного перикардита является вирусная и бактериальная этиология, которая увеличивается из-за пандемии COVID-19.

Цель. Изучить результаты диагностики и хирургического лечения больных с экссудативным перикардитом, проявляющимся сердечной недостаточностью.

Материалы и методы. Материал исследования составили 48 наблюдений с экссудативным перикардитом, поступивших в Ташкентский областной филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи и находившихся на стационарном лечении в отделении экстренной терапии в период с 2017 по 2022 г. Диагноз подтвержден на клинических, рентгенологических, МСКТ-исследованиях и УЗИ сердца. Из больных мужчин было 29 (60,4%), женщин – 19 (39,6%). Возраст пациентов варьировался от 32 до 69 лет, средний возраст равнялся 44 годам. В ходе проведенного анализа результаты исследования показали, что 27 (56,2%) больных были госпитализированы в период разгара пандемии COVID-19 с 2020 года до начала 2021 года, это указывает, что экссудативный перикардит вирусной этиологии увеличивался за этот период на 50%, и лечение проводилось как постковидная патология. Из общего количества 48 больных была диагностирована сердечная недостаточность разной степени. У 22 (45,9%) больных наблюдалась тяжелая степень сердечной недостаточности. А у 12 (25%) больных наблюдались признаки тампонады сердца. Этим больным было произведено хирургическое вмешательство – пункция перикарда с аспирацией жидкости. Объем количества выпота был от 800 до 1600 мл. Также был проведен цитологический анализ перикардиальной жидкости. У 12 (25%) больных произвели пункцию перикарда, у 8 (66,6%) больных обнаружена серозная жидкость, у 4 (33,4%) больных – гнойный выпот и оставлен микродренаж для промывания полости перикарда антисептическим раствором декасана. Микродренаж был удален на 9–16-е сутки после улучшения результатов. Все больные пролечены по стандарту, им проведена антибактериальная, противовоспалительная, обезболивающая, антикоагулянтная и симптоматическая терапия. Также они получили сердечные гликозиды, антиоксиданты. У больные с гнойным выпотом использованы антибиотики по результатам бакпосева.

Заключение. Использование современных методов диагностики и хирургического вмешательства при воспалительных заболеваниях перикарда привело к улучшению результатов лечения, уменьшило риск развития осложнений и не привело к летальному исходу.

КЕКСА ВА ҚАРИЯ ЁШДАГИ КУЙГАН БЕМОРЛАРДА ЮРАК-ҚОН ТОМИР ТИЗИМИНИНГ ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИ

Б. А. Янгиев, Э.А. Хакимов, У.Х. Хайитов, К.Э. Ярматов, М.Э. Абдихалилов, Ш.Б. Умаров

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд филиали Самарқанд давлат тиббиёт университети

Долзарблиги. Куйиш даврида ривожланадиган ички органларнинг оғир шикастланиши, касалликнинг давомийлиги, меҳнатга лаёқатлилик кунларининг йўқотилиши, ногиронликнинг ошиши ва куйишдан жабрланганларда ўлим фоизи юқорилиги ушбу муаммонинг аҳамиятини янада оширади.

Тадқиқот мақсади. Кекса ва қария ёшдаги беморларда юрак-қон томир тизимидаги ўзгаришларини куйиш касаллигининг оғирлигига қараб, юрак ва қон томир тизимининг ҳолатини акс эттирувчи артериал босим (АБ) кўрсаткичларини таҳлил қилиш.

Материал ва текшириш усуллари. Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд филиали комбустиология бўлимида 2015 йилдан 2022 йилларгача бўлган муддатларда даволанган кекса ва қария ёшдаги беморларда юрак ва қон томир тизимининг ҳолатини ўрганилди. Шок даврида куйиш жароҳати оғирлигига қараб 3 гуруҳга бўлинган 60 нафар жабрланганларда қон босими кўрсаткичлари ўрганилди.

Биринчи гуруҳда (18 бемор) энг енгил куйишлар билан (Франк индекси 30 гача) қон босимини

ўрганиш қуйидагиларни кўрсатди: жароҳатдан кейинги биринчи куни касалхонага ётқизилгандан сўнг, бу беморларда систолик босим ўртача 172±12,2 гПа (p<0,05)ни ташкил этди, диастолик қон босим деярли меъёрий кўрсаткичларда қолди, яъни 112±9,9 гПа. Пульс босими 58±7,4 гПа ни ташкил этди.

Иккинчи куни ушбу гуруҳдаги жабрланганларида систолик қон босими бироз кўтарилиб, ўртача 189±11,3 гПа қайд этилди, шу билан бирга диастолик босим куйишдан кейинги биринчи кунга нисбатан паст бўлди (ўртача 93±8,6 гПа). Анамнезида гипертоник касаллиги бўлган учта беморда бу кўрсаткичлар мос равишда 220–233 гПа ва 106–113 гПа бўлди. Бу гуруҳдаги ўртача пульс босими 96±7,3 гПа ни ташкил этди.

Учинчи куни систолик ва диастолик қон босимининг кўрсаткичлари меъёрий кўрсаткичларда бўлди.

Иккинчи гуруҳдаги Франк индекс 31 дан 60 гача бўлган 26 нафар жабрланганларда куйишдан кейинги биринчи куни систолик босимнинг яққол сезиларли даражада пасайиши қайд этилди, бунда 26 нафар бемордан 21 нафарида ёшга мос кўрсаткичлардан 25–30% гача паст бўлиб, ўртача 160±11,5 гПа (p<0,01) ни ташкил қилди. Диастолик АБ кўрсаткичлари бунда ёшга мос кўрсаткичлардан 8–10% гача паст, 102±6,9 гПа даражада бўлди.

Иккинчи куни АБ систолик кўрсаткичлари ўртача 153±10,2 гПа, диастолик эса 93±8,6 гПа ни ташкил қилди, шу билан бирга пульс босими 60±5,7 гПа гача камайди.

Шикастланишдан кейинги учинчи суткада АБ систолик кўрсаткичлари сезиларли даражада ошди ва ўртача 170±8,6 гПа гачани ташкил этди, диастолик эса амалда ўзгармади ва 98±7,3 гПа га тенг бўлди. Пульс босими ўртача 72±7,4 гПа бўлди.

Франк индекси 61 ва ундан юқори бўлган учинчи гуруҳидаги 16 нафар жарбланганларда қон босими кўрсаткичлари янада камайди – ёш меъёридан 35-40% га паст бўлди. Шундай қилиб, куйиш шокининг биринчи кунида систолик босим 145±8,6 гПа, диастолик босим 85±5,6 гПа ни ташкил этди.

Кейинги суткада систолик қон босими, шокка қарши терапия ўтказилишига қарамай 120±8,6 гПа гача камайди, диастолик эса 69±5,6 гПа (p<0,01) гача пасайди, пульс босими бунда 30±4,2 гПа даража бўлди. Сезиларли гипотензия учинчи суткада ҳам сақланиб қолди, систолик қон босими 146±8,1 гПа гача, диастолик 73±4,1 гПа гача пасайиши кузатилди.

Натижалар. Тадқиқот маълумотларидан кўриниб турибдики, енгил куйиш шоки бўлган кекса ва қария ёшдаги беморлар гуруҳида қон босимининг пасайиши кузатилди, оғир ва ўта оғир куйиш шоки билан жабрланганларда бу кўрсаткичлар янада камайиши қайд этилди. Шуни таъкидлаш керакки, беморларнинг биринчи ва иккинчи гуруҳларида гипотензия вақтинчалик характерда бўлди, жабрланганларнинг учинчи гуруҳида эса қон босими кўрсаткичлари учинчи куннинг охири – тўртинчи куннинг бошида ҳам сезиларли даражада пасайиши кузатилди. Шикастланишдан кейинги биринчи кунида беморларда диастолик босимнинг нисбий барқарорлиги беморларнинг ушбу контингентида атеросклеротик жараён туфайли қон томир эластиклигининг пасайиши билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Хулоса. Шундай қилиб, кекса ва қария ёшдаги беморларни куйиш шоки даврида даволаш муолажаларда юқоридаги ёшга хос хусусиятларини ҳисобга олиш мақсадга мувофиқ бўлади.

COVID-19 DAN KEYIN FEMUR BOSHI ASEPTIK NEKROZI DASTLABKI BOSQICHINING KLINIK-RADIOLOGIK XUSUSIYATLARI

Aliaxunova M.Y.

«Respublika ixtisoslashtirilgan terapiya va tibbiy reabilitatsiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi» DM

Tadqiqot maqsadi. Tadqiqotning radiatsiyaviy usullari majmuasidan foydalanish asosida femur boshlarining aseptik nekrozini erta tashxislash.

Materiallar va usullar. 50 nafar bemorning ma'lumotlari tadqiqot uchun material bo'lib xizmat qildi. Ularning 45 nafari erkak va 5 nafari ayollar, yoshi 28–53, umumiy son bo'g'imlari shikastlangan. Anamnezni o'rganishda faqat idiopatik aseptik nekrozli bemorlar tadqiqotga kiritilgan; travmadan keyingi va tibbiy ANGBK chiqarib tashlandi. Barcha bemorlar umumiy klinik, rentgen tekshiruvi va MRIdan o'tkazildi. Ko'pgina bemorlar chovdagi og'riqlardan (42 nafar bemor), kamroq – gluteal mintaqada (8 nafar bemor) va son bo'g'imlarida og'riqdan shikoyat qilishgan. Bir qator bemorlarda (21 nafar) tizza bo'g'imlari sohasida og'riq tarqalishi kuzatilgan. Og'riq, qoida tariqasida, jismoniy mashqlar bilan sezilarli darajada oshdi (33 nafar bemor) va kasallikning rivojlanishi tufayli ba'zan dam olishda qayd etilgan (10 bemor). Og'riqning o'ziga xos xususiyati – davolanishga qaramay, ularning qat'iyligi. Asta-sekin son bo'g'imida harakatchanlikning cheklanishi (46 bemor), oqsoqlik (22 nafar bemor), oyoq-qo'llarining qisqarishi (18 bemor) rivojlandi. Barcha 50 nafar bemorda keng qamrovli rentgen va MRI – tomografik tekshiruv o'tkazildi. Rentgen tekshiruvi vaqtida oyoqlarning ichki aylanishi (29 nafar bemor) bilan tos suyagining so'rovi (to'g'ridan to'g'ri orqa R-grammasi) o'tkazildi. Ba'zi hollarda qo'shimcha maqsadli rentgenografiya o'tkazil-

di. MR tomografiyasi Siemens tomonidan ishlab chiqarilgan, magnit maydon kuchi 1,5 T bo‘lgan MAGNETOM EXPERT MR tomografida o‘tkazildi.

Natijalar. R-grafiyada aniqlangan son bo‘g‘imlarining patologiyasi klinik ko‘rinish va rentgenologik belgilarni hisobga olgan holda bosqichlar bo‘yicha tasniflangan. Bemorlar vaqti-vaqti bilan jismoniy faoliyat bilan kuchaygan og‘riqdan shikoyat qildilar. Og‘riqni lokalizatsiya qilishning odatiy joyi chov sohasi edi. Ushbu bosqichda bo‘g‘imdagi harakat doirasi amalda buzilmaydi. R-da aseptik nekroz belgilari yo‘q. Klinik ko‘rinishlar ikkinchi bosqichga to‘g‘ri keldi, rentgen – artikulyar sirtning tekislanishi va son suyagi boshining sharsimon shaklini yo‘qotishi bor edi. Xususiyatsiz artikulyar bo‘shliq, asetabulumda o‘zgarishlar qayd etilmagan. Deyarli barcha bemorlarda son mintaqasida fleksion-adduktiv kontraktura tufayli aniq lomber lordoz aniqlanadi. Bunday holda, tos suyagining ta’sirlangan oyoqqa egilishi skoliozning rivojlanishiga olib keladi. To‘rtinchi bosqich (6 nafar bemor). Femur boshining aniq deformatsiyasi va qo‘shma bo‘shliqning keskin torayishi, uning to‘liq yo‘qligi, asetabulumdagi ikkilamchi o‘zgarishlar aniqlanadi. Qo‘shish nafaqat aniq og‘riq sindromi tufayli, balki barcha yo‘nalishlarda harakatlarning keskin cheklanishi tufayli unga yuklangan funksiyalarni amalda yo‘qotadi. Aniq fleksion-adduktor kontrakturasi va oyoq-qo‘llarning qisqarishi kuzatildi. Rentgen nurlanishining 0 bosqichi va ko‘pincha I bosqich, ANHB tashxisini qo‘yish mumkin emas, chunki ularda rentgen belgilari yo‘q. MR-tomografiya – bu suyak iligi holatini invaziv bo‘lmagan baholashning noyob usuli. Odatda, yog‘iligi 80% yog‘ to‘qimasidan iborat, shuning uchun u T1 o‘lchovli tasvirlarda (T1-WI) yuqori intensivlikka va MRI skanerlashda T2 vaznli tasvirlarda (T2-WI) o‘rtacha intensivlikka ega. Gematopoetik suyak iligi 2 barobar kam yog‘ va bir xil miqdorda suv va oqsilni o‘z ichiga oladi. T2-WIda uning intensivligi o‘rtachadan yuqorigacha, T1-WIda esa bemorning yoshiga qarab pastdan o‘rtachagacha o‘zgaradi. Natijada, T1-WI suyak iligining yog‘li va gematopoetik nisbatlarini baholash uchun eng informatsion hisoblanadi. MRI o‘zgarishlarini tahlil qilish (62 ta bo‘g‘im) quyidagilarni ko‘rsatdi: osteosklerozda qo‘pol o‘zgarishlar, 27 ta bemorda atsetabulumda o‘zgarishlar mavjud. 20 ta bemorda ikki tomonlama lezyon bor edi, ulardan uchtasida suyak iligi shishi shaklida ikkinchi bo‘g‘imda nekrozning erta MRI belgilari kuzatildi. MRI tadqiqotidan oldin bu bo‘g‘inlar sog‘lom deb hisoblangan. Erkin suyuqlik mavjudligi son qo‘shma kapsulaning cho‘zilgan cho‘ntaklarida (20 nafar bemor) va femur boshining yuqori-tashqi va past-ichki qismlarida (9 nafar bemor) aniqlangan. ANFB da suyak iligi lezyonlarining asosiy patologik sindromlari shish va nekrozdir. ANFBning noqulay kursi qayd etilgan. Kistik bo‘shliqlar asetabulumda ham paydo bo‘lishi mumkin. Shunday qilib, kasallikning boshlanishida (0-1 ANFB bosqichi) klassik R-grafiya informatsion emas, shuning uchun tanlash usuli magnit-rezonans tomografiya hisoblanadi. ANGBKning MR-tomografik semiotikasi jarayonning bosqichi va tarqalishiga bog‘liq bo‘lib, shuning uchun eng katta informatsion qiymat tamoyilini ta’minlaydi. COVID-19 bilan og‘riganidan keyin osteonekroz rivojlanishining ikkita mexanizmi muhokama qilinmoqda: infeksiyani davolash uchun ishlatiladigan glyukokortikoidlarning ta’siri va COVID-19 virusining o‘zining suyak metabolizmining buzilishiga qo‘shgan hissasi. Ikkinchidan, osteonekrozning rivojlanishi qon tomirlarining virus tomonidan to‘g‘ridan to‘g‘ri shikastlanishi zaminida suyak to‘qimalarining mikrotrombozi va noto‘g‘ri ovqatlanishi yoki qon tomir devori yallig‘lanishining rivojlanishi bilan birga qon ivish qobiliyatining oshishi bilan bog‘liq, yallig‘lanishga qarshi sitokinlar, ularning ko‘payishi infeksiyaga qarshi immunitet reaksiyasi bilan bog‘liq.

Xulosa. Kasallikning dastlabki bosqichlarida tashxis qo‘yishning yetakchi usuli – bu patologik jarayonning mavjudligi, uning hajmi va lokalizatsiyasi haqida tasavvurga ega bo‘lish imkonini beruvchi MRI tomografiya. NFBning dastlabki MRI belgilaridan biri shish va suyak iligi nekrozidir. Bemorlarning 50% da MRI ANFB va qarama-qarshi qo‘shilishda erta o‘zgarishlarni aniqlaydi.

COVID-19 DAN KEYIN BEMORLARDA O‘TKIR KORONAR SINDROMNING KECHISHI

Koyirov A.K., Kenjayev S.R., Azimov A.A., Shomurodov M.R.

Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi, Toshkent, O‘zbekiston

Kirish (maqsadlar/vazifalar): COVID-19 pandemiyasi yurak-qon tomir kasalliklari (YQTK) bilan og‘rigan bemorlarga, ayniqsa yurak-qon tomir kasalliklariga jiddiy ta’sir ko‘rsatuvchi global sog‘liqni saqlash yukidir. Amaliy shifokorlar YQTK ko‘pincha COVID-19 bilan kasallangan bemorlarda qayd etilishini aniqladilar va ehtimol, virusli infeksiya yurakning funksional holatini beqarorlashtirishi mumkin, bu virus bilan kasallangan bemorlarning o‘lim xavfini sezilarli darajada oshiradi. Ushbu tadqiqotning maqsadi – COVID-19 bilan kasallangan bemorlarda o‘tkir koronar sindrom (O‘KS) boshlanishiga yordam beradigan xavf omillari va prognoz qiluvchi omillarni aniqlash.

Material va uslublar. Respublika shoshilinch tibbiy yordam markazining kardioterapevtik reanimatsiya bo‘limida 2020-yil fevraldan 2022-yil fevraligacha bo‘lgan davrda O‘KS bilan og‘rigan bemorlarni retrospektiv tekshirish o‘tkazildi. Tadqiqotga ushbu davrda turli vaqtlarda COVID-19 bilan kasallangan (I guruh) O‘KS bo‘lgan 155 bemor ishtirok etdi. Natijalarni qiyosiy tahlil qilish uchun 2020-yil fevralidan

2021-yil fevraligacha bo‘lgan davrda COVID-19 bilan kasallanmagan 120 nafar bemorning (II guruh) ma’lumotlari nazorat guruhi sifatida tahlil qilindi. Tadqiqotga O‘KS ST-segmenti ko‘tarilishi bilan, O‘KS ST-segmenti ko‘tarilishisiz bilan bo‘lgan bemorlar va beqaror angina bilan og‘rigan bemorlar kiritildi. Tadqiqotga kiritilgan barcha bemorlarda anamnez, klinik, instrumental va laboratoriya ma’lumotlari o‘rganildi. Olingan ma’lumotlar SPSS 16 yordamida ko‘p o‘lchovli tahlil yordamida statistik ahamiyatga ega bo‘lish uchun tahlil qilindi.

Natijalar. Olingan natijalarning qiyosiy tahlili shuni ko‘rsatdiki, COVID-19 bilan kasallangan bemorlarda taxminiy xavf omillari va O‘KS kechishi jihatidan sezilarli farqlar mavjud. Shunday qilib, I guruh bemorlari orasida O‘KS ST-segmenti ko‘tarilishisiz bilan bo‘lgan II guruhga qaraganda sezilarli darajada ko‘proq (67% ga nisbatan 49%). I va II guruhdagi bemorlarda qandli diabet va semirish mos ravishda 27,8%, 21,2% va 18,8%, 16,9% hollarda kuzatildi. I guruh bemorlarida arterial gipertenziya (AG) ham, ham birinchi marta 79,3% hollarda, II guruh bemorlarida esa atigi 28,3% da aniqlangan. I guruhda bemorlarning yoshi II guruhga qaraganda ancha yuqori (73 ± 8,6 ga nisbatan 69 ± 9,9 p<0,013). Koronar angiografiya natijalarini tahlil qilish shuni ko‘rsatdiki, I guruhdagi bemorlarda koronar tomirlarning ko‘p tomirli shikastlanishi II guruhga qaraganda tez-tez kuzatilgan (16,8% ga nisbatan 7,9%).

O‘KSning eng tez-tez uchraydigan asorati yurak yetishmovchiligi (YE) bemorlarning ikkala guruhida ham sodir bo‘lgan. Shunday qilib, bemorlarning 1-guruhida YE 47%, 2-guruhda esa 34% hollarda sodir bo‘lgan. Yurak aritmiyalari, ayniqsa qorincha aritmiyalari, O‘KS boshlanishidan oldin virusli yuqishi bo‘lgan bemorlarda tez-tez kuzatilgan. O‘KSning asorati sifatida bu bemorlarga qorincha taxiaritmiyasi (QTA) va atriyal fibrillatsiya (AF) tashxisi qo‘yilgan. Shunday qilib, I guruh bemorlarida AF 12,7% hollarda, ayniqsa o‘pka zararlangan va og‘irroq gemodinamik buzilishlar bilan kechgan bemorlarda aniqlangan. II guruhda AF 8,1% hollarda aniqlangan. Tadqiqot shuni ko‘rsatdiki, COVID-19 bilan kasallangan bemorlarida gipertoniya, ko‘p tomir koronar kasalligi va yosh omili, O‘KS paydo bo‘lishiga yordam beradigan xavf omillari alohida e’tiborga loyiqdir, O‘KS asoratlari orasida – AF ahamiyatli. Virusning yurakka ta’sir qilish mexanizmlarini aniqlash bo‘yicha bir nechta ishlarni hisobga olgan holda, bizning ma’lumotlarimizni qon tomir endoteliyasiga to‘g‘ridan to‘g‘ri zarar yetkazuvchi ta’siri, uning disfunksiyasiga olib keladigan ta’siri bilan ham, giperkoagulatsiya, vazospazm va elektrolitlar muvozanati hamda simpatik tizimning faollashishi bilan izohlash mumkin. Ehtimol, miokardning kislorodga bo‘lgan talabi va uning virusli yallig‘lanish, gipoksiya, oksidlovchi stress, endotelial shikastlanish va giperkoagulatsiya fonida yetkazib berish o‘rtasidagi nomutanosiblik miokardning o‘tkir shikastlanishiga, ateromaning beqarorligiga va uning koronar artertrombozi bilan yorilishiga olib keladi.

Xulosa. Ushbu tadqiqot natijalari shuni ko‘rsatdiki, keksa yosh, gipertenziya, diabet va yurak urish tezligi COVID-19 bilan kasallangan bemorlarda O‘KSning prognozi hisoblanadi. Ushbu bemorlarda ST-segmenti ko‘tarilishisiz O‘KS rivojlanishi ehtimoli ko‘proq va ular ko‘p tomirli koronar kasalliklar bilan tavsiflanadi. Murakkabliklar orasida yurak aritmiyalari, ayniqsa, AF ko‘proq uchraydi.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОСТРЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Д.Г. Бурибаев, Д.Б. Туляганов, Х.Э. Анваров, А.О. Курбанов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкентский областной филиал РНЦЭМП, Республика Узбекистан

Введение. Новая коронавирусная инфекция, вызываемая вирусом SARS-CoV-2, стала серьезной проблемой во всем мире. Общее число инфицированных на планете в настоящее время составляет более 26 млн в 209 странах, умерших – около 1 млн, в то время как от гриппа каждый год умирает до 650 тыс. по всему миру. Эти цифры продолжают расти каждый день, и, по мнению многих специалистов, пик эпидемии в некоторых странах еще не пройден. Число заболевших COVID-19 в нашей стране превышает 1 млн, число летальных случаев – более 18 тыс.

Наличие новой коронавирусной инфекции серьезно осложняет течение любых заболеваний и приводит к высокой летальности при оказании экстренной хирургической помощи [Gabriel S.A., 2020, Ionov S.N., 2021].

Особую роль в патогенезе новой коронавирусной инфекции COVID-19, особенно при тяжелом течении, играет избыточный ответ иммунной системы с массивным высвобождением цитокинов – «цитокиновый шторм» [Soy M., Hu B., Ragab D. 2020], который определяет возникновение и прогрессирование острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС).

Материалы и методы исследования. Обьектом исследования явились 200 больных, которые были рандомизированы в 2 группы. По линии скорой медицинской помощи госпитализированы в Ковид-центр 65% пациентов, самотеком обращались 17%, переведены из других учреждений 18%

пациентов. Больные распределены по полу и возрасту, в возрасте 18–44 лет было 48% в основной группе, 58% – молодого и трудоспособного возраста в контрольной группе, соотношение мужчин и женщин в основной группе – 1:1,1, в контрольной группе соотношение – 1,32:1.

В основной группе всем больным проводилась оценка тяжести течения COVID-19 ассоциированной пневмонии и выраженность дыхательной недостаточности. У подавляющего большинства больных (72%) во время госпитализации в хирургическое отделение признаки дыхательной недостаточности не отмечались, реже отмечалась ОДН I и II степени (11 и 14 больных, соответственно). ОДН III степени диагностирована только у 3 больных.

Распределение больных по выраженности ОДН не различалось среди мужчин и женщин (хи квадрат = 4,65, нд), а также среди больных с позитивной и негативной ПЦР COVID-19 (хи квадрат = 1,93, нд). Распределение больных по полу и результату ПЦР COVID-19 также не выявило значимых различий по частоте встречаемости различных степеней ОДН.

МСКТ грудной клетки была выполнена всем больным, рентгенография – 71 больному. По данным визуализационных методов пневмония была выявлена у 29% больных с помощью МСКТ и у 42% больных с помощью рентгенографии, таким образом, чувствительность обеих методик была сопоставима (хи квадрат = 3,22, нд). Однако выделение больных с более распространенным поражением легочной паренхимы (КТ2-3 и R-2, по данным МСКТ и рентгенографии грудной клетки соответственно) показало, что рентгенографически достоверно чаще выявлялось более распространенное поражение легочной паренхимы (9% и 36,62% соответственно, хи квадрат = 19,46, p<0,001). Вероятно, это связано с ограниченной способностью обзорной рентгенографии к визуализации мелких очагов поражения, что приводит к снижению чувствительности обзорной рентгенографии в аспекте выявления нераспространенных поражений.

Больные основной группы поступали в хирургическое отделение в различные периоды COVID-19. В среднем время от появления первых симптомов COVID-19 составило 3,75±1,80 дня. 29 больным COVID-19 был диагностирован только при поступлении в хирургический стационар при проведении рентгенографии грудной клетки (5 больных) и ПЦР COVID-19 (29 больных) на фоне отсутствия явной клинической картины, у 14 больных клинические проявления инфекции и острой хирургической патологии появились одновременно.

Сравнительный анализ показал, что больные основной группы поступали в хирургическое отделение в значительно более поздние сроки от начала болей в животе по сравнению с больными группы сравнения (2,77±1,30 дня против 1,01±0,87 дня, p<0,001), что, вероятно, объясняется тем, что клинические проявления COVID-19 маскируют клинические проявления острой абдоминальной хирургической патологии. Еще одним объяснением является большая нагрузка на систему здравоохранения, которая затрудняет своевременный вызов и прибытие скорой медицинской помощи, а также введенный режим карантина, что затрудняет самостоятельное обращение в хирургический стационар.

Таким образом, эта ветвь исследования показала, что в условиях COVID-19 поступление больных с острой абдоминальной хирургической патологией в хирургические отделения отсрочено. Больные, у которых острая абдоминальная хирургическая патология развилась на фоне COVID-19, при поступлении характеризуются более тяжелым клиническим состоянием, нарушенной гемодинамикой, наличием признаков ОДН, гипохромной анемией, тромбоцитопенией, меньшей выраженностью лейкоцитарной реакции и большей активностью системной воспалительной реакции.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА, СОЧЕТАЮЩЕГОСЯ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (SARS-CoV-2)

Ш.Х. Пулатова, Т.Я. Мусоев

Бухарский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Цель. Оценка организационных и клинических аспектов острого коронарного синдрома, сочетающегося с новой коронавирусной инфекцией (SARS-CoV-2).

Материал и методы. Это ретроспективное исследование, где 60 пациентов были разделены на следующие группы: группа 1 – пациенты с острым коронарным синдромом (ОКС) и новой коронавирусной инфекцией, госпитализированные в «красную» зону после выявления инфекции на догоспитальном этапе (n=29); группа 2 – неинфицированные коронавирусной инфекцией пациенты с ОКС (n=31). Первичными точками послужили летальность в стационаре и среднеотдаленные сроки (до 2 месяцев) после ОКС, частота развития острой сердечной недостаточности, частота развития ОКС с подъемом сегмента ST, частота острых окклюзий коронарных артерий.

Результаты. Анализ госпитальной летальности выявил более высокий ее уровень в группе ОКС и COVID-19 (группа 1) (p=0,009). Летальность в течение 2 месяцев также оказалась выше в группе

1 (p=0,017). Группы не отличались в отношении количества пациентов с ОКС и подъемом сегмента ST и острыми окклюзиями коронарных артерий. Анализ частоты развития ОСН при поступлении выявил статистически значимую разницу (p=0,05) в группе 2 (n=12, 38,7%) по сравнению с группой 1 (n=5, 17,2%).

Выводы. Пациенты с ОКС и COVID-19 характеризуются более высокой исходной тяжестью, склонностью к развитию ОКС с подъемом сегмента ST, высокими показателями госпитальной и 60-дневной смертности. Разделение потоков инфицированных и неинфицированных пациентов позволяет улучшить эпидемиологическую ситуацию в неинфекционных стационарах, однако приводит к задержке госпитализации больных с ОКС и COVID-19, что потенциально увеличивает риск летальных осложнений в этой когорте.

КАРДИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА

Е.А. Скородумова, В.А. Костенко, Е.Г. Скородумова, А.В. Сиверина

Санкт-Петербургский НИИ СП скорой помощи имени И.И. Джанелидзе

Заболевание COVID-19, вызываемое вирусом SARS-CoV-2, в острой фазе характеризуется различными проявлениями: от бессимптомного течения до развития тяжелого острого респираторного дистресс-синдрома и полиорганной недостаточности. Исследования уже в 2020 году показали, что 10–20% людей не полностью восстанавливались спустя 3–4 недели после острой стадии. В 2020 году была предложена Классификация Национального института здоровья Великобритании (NICE), куда вошло понятие о постковидном синдроме, возникающем у лиц после коронавирусной инфекции с подтвержденным заражением SARS-CoV-2, либо с подозрением на эту инфекцию, обычно через 3 месяца после начала COVID-19, с симптомами, которые длятся не менее 2 месяцев и не могут быть объяснены альтернативным диагнозом. Термин «долгий ковид» («Long Covid») включает период симптоматики от 4-х недель и более (нередко используется как синоним постковидного синдрома. Однако некоторые исследователи разделяют постковидный синдром и лонг-ковид, считая первый осложнением излеченного. Продолжаются исследования кардиоваскулярных осложнений на фоне постковидного синдрома, связанных с гиперкоагуляцией, тромбозами, системным воспалением, нарушением метаболизма. Евразийская Ассоциация Терапевтов в июне 2020 года инициировала регистр **«АКТИВ SARS-CoV-2»**, включающий более 4600 коморбидных пациентов, перенесших COVID-19. По данным регистра, летальность через 3 месяца после COVID-19 у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) возрастает до 20,5%. Увеличивается количество погибших с постковидом в 6–9 раз, имеющих гипертоническую болезнь и сердечную недостаточность, фибрилляцию предсердий, хроническую болезнь почек (ХБП), инсульт в анамнезе, тромбоз глубоких вен или острое повреждение почек в остром периоде болезни. Летальность у пациентов старше 80 лет возрастала почти в 24 раза.

Мы тоже провели собственное исследование, **целью** которого явилось оценить клиническое течение ОКС у пациентов на фоне постковидного синдрома.

Материалы и методы. Всего с марта 2020 года по март 2023 год было госпитализировано 4456 больных с ОКС, из них у 245 на разных этапах лечения был выявлен COVID-19, 260 пациентов – с ОКС, перенесших это заболевание (всего 505 случаев, ассоциированных с COVID-19). Мужчин было больше, чем женщин: 68,1% против 31,9%. Средний возраст – 68,1±3,1. Однако женщин старше 80 лет встречалось существенно чаще, чем мужчин: 42% против 12% (p<0,05). Данные статистически обработаны.

Результаты. В 2020 году с ОКС и постковидом поступило всего 2 человека, а вот в 2021 и 2022 годах – 98 и 108 таких пациентов соответственно, до марта 2023 года – 52 пациента. ОКС с подъемом сегмента ST был диагностирован у 32,7%, а у 67,3% – ОКС без подъема сегмента ST (p<0,05). В коморбидном статусе пациентов преобладали: постинфарктный кардиосклероз – у 33,5%, сахарный диабет 2 типа – у 25,0%, ХБП – у 24,6%, рак – у 4,6%, нарушения сердечного ритма – у 10,4%, хроническая обструктивная болезнь легких – у 10,8%, инсульт и атеросклероз сосудов нижних конечностей – у 6,9%. Проведено у этих пациентов 67,3% коронароангиографий (у 97% при ОКС с подъемом сегмента ST). Многососудистое поражение выявлено у 46,9%, сразу 2 стента поставлено 38,5%, аортокоронарное шунтирование было необходимо 10,4 % больным. Из осложнений: острая сердечная недостаточность по Killip III–IV классов развилась у 16,5% против 6,4% без перенесенного COVID-19 (p<0,05); наджелудочковые и желудочковые нарушения сердечного ритма существенно не отличались: 23,1% против 19,8%, 6,9% против 5,6% соответственно (p>0,05); тромбозы стента: 5,4% против 0,8% (p<0,05); рецидивы ОКС: 11,5% против 3,2% (p<0,05); эмболии легочной артерии – 10,4% против 2,1% (p<0,05). При исследовании лабораторных показателей пациенты с ОКС на фоне постковида по сравнению с ОКС без него имели достоверно выше значения: D-димер в первые сутки – 1104,1±5,6нг/мл против 518,4±7,3 нг/мл

(p<0,05), на 12–14 сутки – 762,5±6,5 нг/мл против 382,2±8,4 нг/мл (p<0,05); лейкоциты в первые сутки – 10,2±0,3 × 10^9/л против 8,1±0,3 x 10^9/л (p<0,05), на 12–14 день – 8,1±0,2 × 10^9/л против 7,0±0,2 × 10^9/л (p<0,05); С-реактивный белок в первые сутки – 21,5±0,9 мг/л против 10,6±0,6 мг/л (p<0,05), на 12–14 сутки – 5,2±1,2 мг/л против 3,4±0,9 мг/л соответственно (p>0,05). Окончательный диагноз: Q инфаркт миокарда – у 26,2% пациентов, не-Q инфаркт миокарда – у 39,2% больных, нестабильная стенокардия – у 34,6%. Летальность составила 17,3% против 9,2% у пациентов без постковида (p>0,05).

Заключение. Таким образом, у пациентов с постковидным синдромом чаще развивается ОКС без подъема сегмента ST. Это в основном мужчины пожилого возраста (если женщины – то старше 80 лет) с коморбидной патологией: сахарный диабет, ХБП, рак, хронические обструктивные болезни легких, мультифокальный атеросклероз. На фоне более выраженного системного воспаления и гиперкоагуляции происходит осложненное течение заболевания. Чаще на коронароангиографии обнаруживается многососудистое поражение коронарного русла. Всё это приводит к увеличению госпитальной летальности почти в 2 раза.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ COVID-19 У БОЛЬНЫХ С ИБС И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

А.Ю. Хайдарова, С.Н. Абибуллаев, Ш.А. Норкулов, А.М. Сайфуллаев

Самаркандский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Актуальность. Течение пневмонии при коронавирусной инфекции COVID-19 у больных с ИБС на фоне сахарного диабета 2 типа показало особую уязвимость этой категории больных, вследствие уже имеющихся у данных пациентов патологий сосудистой стенки, нарушений свертывания, гипертонической болезни и ожирения, часто сопутствующихэтому заболеванию.

Цель исследования. Изучить течение пневмонии COVID-19 у больных с ИБС и сахарным диабетом 2 типа, поступивших в отделение терапевтической реанимации СФРНЦЭМП.

Материалы и методы. Нами ретроспективно проанализированы 157 историй болезни за период с 2020 по 2021 г., находившихся на стационарном лечении в отделении терапевтической реанимации с июля 2020 г. по сентябрь 2021 г. Все больные были разделены на 2 группы: 1 группа – 85 больных с пневмонией COVID-19 на фоне ИБС и сахарного диабета 2 типа. 2 контрольная группа – 72 больных с пневмонией COVID-19, без сопутствующих ИБС и сахарного диабета 2 типа. Анализ был проведен на основе клинических, гемодинамических данных, динамики гликемического профиля, креатинина, тропонина, прокальцитонина, D-димера показателей SpO_2, ЭКГ, ЭХОКГ, R-графии грудной клетки, все больные находились на кардиомониторном наблюдении. Все больные получали стандартное лечение пневмонии, все больные 1 группы дополнительно получали инсулин, препараты для лечения ИБС по стандарту.

Результаты. Из 85 больных 1 группы впервые выявлен сахарный диабет 2 типа у 8 (9,4) пациентов с диагнозом ИБС, прогрессирующая стенокардия напряжения – у 74 (87,1%) больных, у 11(12,94%) больных – острый инфаркт миокарда, подтвержденный ЭКГ, ЭХОКГ и лабораторными показателями. Уровень глюкозы натощак более 10,0 ммоль/л – у 54 (63,53%) больных. У 46 (54%) больных этой группы ФВ была снижена до 38–48%, у остальных больных ФВ была выше 50%, ФВ в контрольной группе больных была снижена до 40–48% у 7 (9,8%) больных, у остальных больных ФВ была более 50%. Уровень SpO_2 при поступлении у пациентов 1 группы ниже 80–88% у 30 (35,3%) больных, ниже 80% – у 11 (12,9%) больных, тогда как в контрольной группе уровень SpO_2 ниже 80–88% наблюдался у 17 (23,6%), ниже 80% – у 7 (9,72%) больных. Летальный исход наблюдался в 1 группе больных у 18 (21,2%), во 2 группе летальный исход наблюдался у 8 (11,1%) больных. Среднее пребывание больных 1 группы в реанимационном отделении реанимации составило 18 дней, тогда как в контрольной группе – 9 дней.

Выводы. В ходе проведённых обследований было выявлено, что течение пневмонии, обусловленной COVID-19, у больных на фоне ИБС и сахарного диабета 2 типа по всем клиническим показателям было почти в 2 раза более тяжелым, чем у больных, не имеющих сопутствующих патологий, смертность в данной группе больных на 10% была выше, чем в контрольной группе больных. Также увеличилась на 50% длительность пребывания этой категории больных в отделении реанимации, чем у больных без сопутствующей патологии.

ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНЫХ И ВНУТРИЛЕГОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ НА ФОНЕ COVID-19 АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ

Б.А. Худойбердиев, И.Р. Хужамбердиев, Б.Р. Исхаков, Н.Б. Исхаков, Д.А. Рашидов, Б.С. Робиддинов

Наманганский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Актуальность. COVID-19 проявляется как мультисистемное заболевание, однако легкие представляют собой наиболее часто поражаемый орган-

мишень. При заболевании COVID-19 поражения легких составляют до 93%. Исследования ученых многих стран показали, что основным морфологическим проявлением в легких является диффузное альвеолярное повреждение в сочетании с вовлечением в патологический процесс сосудистого русла легких и альвеолярно-геморрагическим синдромом. Клиническое течение COVID-19 характеризуется гиперкоагуляцией с удлинением протромбинового времени, повышением уровня D-димера и фибриногена в сыворотке крови, что приводит к тромбозам разной локализации, тромбоэмболиям и развитию синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдрома). Поэтому одним из основных компонентов в лечении данной патологии является применение антикоагулянтов в лечебных дозах. Одним из грозных осложнений данной проблемы являются внутриплевральные и внутрилегочные кровотечения. Хирургическое лечение плевролегочных осложнений, в частности, внутриплевральных и внутрилегочных кровотечений, при лечении легочных форм COVID-19 имеет актуальное значение.

Материалы и методы. Материалом послужило проведенное лечение 31 больному с различными формами внутрилегочных и внутриплевральных осложнений пневмониии дентифицированным вирусом (COVID-19). Все пациенты поступили с выраженными внутрилегочными и внутриплевральными проявлениями. Внутриплевральное кровотечение как осложнение ковид-ассоциированной пневмонии диагностировано у 1 (3,22%) пациента. Внутрилегочная гематома диагностирована у 2 (6,45%) пациентов. Всем поступившим пациентам оказана специализированная хирургическая помощь.

Полученные результаты. Во всех представленных случаях выполнена видеоторакоскопия, при которой отмечена повышенная контактная кровоточивость париетальной и висцеральной плевры. Легочная ткань при инструментальной пальпации диффузно уплотнена, тускло-розового цвета. В первом случае визуализирован источник кровотечения, которым явился сосуд в одной из спаек в апикальных отделах гемиторакса между легким и костальной плеврой. Кровотечение остановлено путем электрокоагуляции. В двух других случаях при видеоторакоскопии была отмечена имбибиция паренхимы легочной ткани геморрагическим содержимым. Выполнено вскрытие внутрилегочных гематом с последующим ушиванием. Все операции закончились санацией и дренированием плевральной полости. В раннем послеоперационном периоде отмечена повышенная геморрагическая экссудация, что потребовало продолженного дренирования (до 4 дней) плевральной полости. Все пациенты выписаны из стационара с клиническим выздоровлением.

Выводы:

1. Лечение внутриплевральных и внутрилегочных осложнений вирус-идентифицированной COVID-19 пневмонии на фоне проводимой массивной антикоагулянтной терапии сопряжено с крайне высоким риском развития профузного легочного или внутриплеврального кровотечения. Оказание хирургической помощи пациентам с такими осложнениями целесообразно проводить на максимально ранних сроках диагностики этих осложнений.

2. После проведения КТ ОГК и выявления свободной жидкости в плевральной полости следующим этапом необходимо проведение диагностической пункции плевральной полости. При получении геморрагического содержимого объем хирургической помощи не должен заканчиваться только дренированием плевральной полости. В условиях специализированного торакального отделения целесообразно выполнение видеоторакоскопии с возможной визуализацией источника кровотечения и последующей его остановкой.

3. При КТ-диагностике массивных внутрилегочных гематом целесообразно выполнение видеоторакоскопического вскрытия и эвакуации гематомы с последующим ушиванием легочной ткани. Операции заканчиваются санацией и дренированием плевральной полости.

COVID-19 БИЛАН ОҒРИГАН ОҒИР БЕМОРЛАРДА ПАРЕНТЕРАЛ ОЗИҚЛАНТИРИШНИНГ ЎРНИ

М.Й. Эралиев, А.А. Алижанов, Н.Б. Исҳоқов, Б.Р. Исҳоқов, М.М. Рафиков

РШТЁИМ Наманган филиали

Таърифи ва ўрганиш мақсади. Коронавирус инфекциясининг энг кўп учровчи асоратларидан бири интерстициал пневмония бўлиб, оғир ҳолатларда беморларда ноинвазив ўпка сунъий вентиляцияси қўлланилади. Узоқ вақт ўта оғир ётган, ноинвазив ўпка сунъий вентиляцияси қўлланган беморларда энтерал озиқлантиришда оқсил энергия етишмовчилиги кузатилганда парентерал озиқлантиришни қўллаш самарадорлигини баҳолаш.

Ўрганиш усуллари. Наманган шаҳри «Баркамол авлод» спорт мажмуасида ташкил этилган «COVID-19 маркази»да даволанган ўта оғир беморларда MUST (MAL NUTRITION UNIVERSAL Screening Tool) ва NRS-2002 (Nutrional risk skreening) критерияларини қўллаган ҳолда парентерал озиқланиш-

га муҳтожлик аниқланди ва TNA perі препаратининг самарадорлиги ўрганилди. Ўрганилган материаллар: коронавирус этиологияли пневмония билан ноинвазив сунъий нафас олиш аппаратида даволанаётган 11 (n-1) нафар ўта оғир беморни MUST бўйича баҳоланганда 2 балл ва ундан юқори, NRS – 2002 бўйича 4 балл ва ундан юқори бўлган беморларда энтерал ва парентерал аралаш озиқлантириш қўлланди. Ўрганилувчи гуруҳ (n-1) беморларининг ўртача ёши 52 ёшни ва назорат гуруҳидаги (n-2) беморларнинг ўртача ёши ҳам шунга мос равишда 51 ёшни ташкил этди. Ўрганилувчи гуруҳ (n-1) беморлари энтерал озиқлантириш билан чекланган беморлар (n2) билан солиштирилди. Парентерал озиқлантириш учун TNA perі препарати танланди. Бунда препаратнинг таркибий қисмлари аминокислоталар, ёғли эмульсиялар, микроэлементлар баланслаштирилганлиги, осмолярлиги юқорилиги (818 м осмоляр/л.) инобатга олинди. Таркибида глюкоза миқдорининг кўплигини ҳисобга олиб, инсулин (актропид) керакли миқдорда қўшилди. Препарат 40 мл/соат тезликда вена ичига юборилди. Беморларда респиратор кўрсаткичлар (нафас сони ва SpO2) ва гемодинамик артериал қон босими, пульс, марказий веноз босим)га таъсири, шунингдек ўртача ётиш кунлари ўрганилди. Дастлабки натижалар шуни кўрсатдики, парентерал озиқлантириш (TNA perі препаратини) қўлланилган беморларда нафас сонининг назорат гуруҳига нисбатан тезроқ мўътадиллашганлиги кузатилди. SpO2 кўрсаткичи ҳам назорат гуруҳига нисбатан 4–6% га тезроқ кўтарилиши қайд этилди. Марказий веноз босимига ижобий таъсир этди, бироқ танг ҳолатларни келтириб чиқармади. Беморларнинг реанимация бўлимида ётиш кунига ижобий таъсир қилиб, назорат гуруҳига нисбатан 4–8 кунга қисқариши, беморларнинг тезроқ активлашишига ижобий таъсир этиши кузатилди.

Хулоса. COVID-19 билан оғриган узоқ вақт ўта оғир ҳолатда ётган, ноинвазив ўпка сунъий нафас олдирилган беморларда, оқсил энергия етишмовчилигида парентерал озиқлантиришни қўллашга кўрсатма – MUST ва NRS-2002 мезонлари бўйича баҳоланди. Зарур ҳолларда энтерал ва парентерал озиқлантириш усулларини қўллаш самарали натижаларга олиб келди. Парентерал озиқлантириш учун TNA perі препаратидан фойдаланилди.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Д.А. Алимов, Р.П. Туляков, А.К. Эргашев

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан
Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Цель. Изучить особенности клинического течения острого коронарного синдрома (ОКС) у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материал и методы. В исследование включены 55 больных с ОКС, госпитализированных в Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП в 2021–2022 гг. В зависимости от наличия или отсутствия сопутствующего СД 2 типа пациенты были разделены на 2 группы: основную группу составили 30 (54,5%) пациентов с СД 2 типа, контрольную группу – 25 (45,5%) больных без СД. Средний возраст больных в указанных группах был взаимно сопоставим и составил соответственно 62,8±6,85 и 66,7±7,25 года ($p<0,05$). Однако группы несколько отличались по гендерному составу – в основной группе пациентов преобладали женщины (63,3%; 19/30), тогда как в контрольной группе женщин было 44,0% (11/25) ($p=0,152$).

Результаты. У больных основной группы по сравнению с контрольной группой значимо чаще наблюдали артериальную гипертензию (80,0% против 52,0%, $p=0,028$) и ожирение (63,3% против 28,0%, $p=0,021$). Замечено также, что на фоне СД начальный период ОКС достоверно чаще сопровождается атипичной локализацией или значительно меньшей выраженностью болевого синдрома (36,7% против 12,0%, $p=0,037$). Больные с нарушениями углеводного обмена примерно в два раза чаще поступали в клинику с повторным эпизодом ОКС (16,7% против 8,0%, $p=0,337$).

Более того, у 4 (13,3%) больных с СД диагноз ОКС с трансформацией в острый инфаркт миокарда (ОИМ) были установлены только после появления на ЭКГ патологического зубца Q и подъема сегмента ST или же на основании выявления зон дискинезии левого желудочка на ЭхоКГ. У больных с СД 2 типа несколько чаще ($p=0,163$) отмечали развитие крупноочагового ОИМ (66,7% против 48,0%). При этом этот показатель достоверно зависел от стажа СД: у больных со стажем нарушения углеводного обмена менее 5 лет (n=13) крупноочаговый ОИМ был диагностирован у 6 (46,2%) больных, тогда как у пациентов, страдающих СД более 5 лет (n=17), эта форма заболевания отмечена в 15 (88,2%) случаях ($p=0,013$). Наличие СД 2 типа ассоциировалось с несколько более высоким процентом развития острой сердечно-сосудистой недостаточности по Killip II–IV классов (26,7% против 12,0%, $p=0,176$).

У больных сравниваемых групп отличалось также и течение постинфарктного периода. Так, на фоне СД 2 типа значительно реже наблюдали клинику ранней постинфарктной стенокардии по сравнению с пациентами без диабета (50,0% против 92,0%, p<0,001), что, вероятно, связано с наличием у больных основной группы диабетической нейропатии и, соответственно, развитием у них кардиальной автономной нейропатии.

Наличие СД 2 типа у больных ОКС достоверно чаще ассоциировалось также развитием нарушений ритма сердца по типу суправентрикулярной или желудочковой экстрасистолии, мерцательной аритмии и синусовой тахикардии (43,3% против 16,0%, p=0,029). Кроме того, у больных основной группы статистически значимо чаще развивалась сердечная недостаточность IIA–IIB стадии (66,7% против 40,0%, p=0,048).

Такую же тенденцию мы отмечали и по другим наиболее распространенным осложнениям ОКС: у больных СД 2 типа чаще отмечали сердечную астму и отек легких (16,7% против 8,0%, p=0,337).

Заключение. Больные ОКС с сопутствующим СД 2 типа характеризуются преобладанием среди них женщин и лиц с артериальной гипертонией, а также более частой атипичной локализацией или значительно меньшей выраженностью болевого синдрома. На фоне СД чаще наблюдаются крупноочаговый ОИМ, острая сердечно-сосудистая недостаточность, нарушения ритма сердца, сердечная астма и отек легких.

IV. СОВРЕМЕННЫЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫЕ И ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЛИОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ИНТРАТУМОРАЛЬНЫМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ

Н.К. Абдуллаев, Р.Б. Хазраткулов

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения и методов хирургического лечения глиальных опухолей с интратуморальным кровоизлиянием для обоснования рекомендаций по лечебной тактике.

Материалы и методы. В наше исследование включено 76 пациентов с кровоизлиянием в глиомы головного мозга, которые находились на стационарном лечении в Республиканском специализированном научно-практическим медицинском центре нейрохирургии Республики Узбекистан г. Ташкента за период 2019–2022 гг. Всем пациентам был проведен комплекс исследований, включающий магнитно-резонансную томографию (МРТ), компьютерную томографию (КТ), нейроофтальмологическое обследование и другие.

Результаты. Из 76 идентифицированных больных мужчин было 42, женщин – 34, в возрасте от 16 до 63 лет (средний возраст – 42 года). Общий пик заболеваемости приходился на четвертую декаду. У пациентов женского пола средний возраст был несколько выше, чем у пациентов мужского пола. Среди 76 пациентов оперированы 74 (97%), и кровотечение было идентифицировано как связанное с опухолью в 74 (100%) случаях. 1 (1,3%) пациент отказался от предложенного оперативного лечения. 1 (1,3%) пациент, который поступил в крайне тяжелом состоянии, в коме, умер через 3 часа после поступления. Морфологически ведущими причинами кровоизлияния были глиомы по степени злокачественности, в следующем порядке: I – 10; 13%, II – 16; 21%, III – 21; 28%, IV – 27; 36%.

Всем больным проводили или у них имелась МСКТ черепа при поступлении. Однако в большинстве случаев нам приходилось проводить магнитно-резонансную томографию (МРТ). У 25 (32%) пациентов после МСКТ возникло подозрение на фоновую внутричерепную опухоль, но после МРТ окончательно была верифицирована опухолевая природа кровоизлияния. У всех пациентов, которые включены в наше исследование, кровоизлияние локализовалось супратенториально. У 7 (9%) пациентов обнаружен прорыв кровоизлияния в желудочковую систему.

Открытая микрохирургическая эвакуация гематомы выполнена у 74 больных. В 63 (85%) случаях опухоль успешно удалена вместе с гематомой. У 4 (5%) пациентов с внутрижелудочковым кровоизлиянием установлен дополнительный наружный вентрикулярный дренаж. 7 пациентам было проведена резекционная декомпрессивная трепанация черепа с частичным удалением опухоли. Основной группе пациентов, перенесших операцию (61 (82%)), была выполнена резекционная трепанация черепа, учитывая отек мозга и риски вклинения.

Первично, до операционного статуса и результатов хирургического лечения, оценивали по индексу Карновского. Общая летальность после операции составила 12% (n=9). 17 пациентов (23%) выписаны с оценкой менее 60 по шкале Карновского. У 29 пациентов (39%) оценка Карновского была от 60 до 80, в то время как 19 пациентов (26%) достигли 90 баллов по шкале Карновского.

Выводы. Глиальные опухоли могут скрываться за каждым случаем спонтанного внутричерепного кровоизлияния. Они могут встречаться в любом возрасте и среди широкого круга лиц.

– Если есть подозрение на ВЧК, связанное с опухолью, должна быть выполнена МРТ головного мозга.

– МРТ с контрастированием может быть высокоинформативной при тромбировании опухоли и атипично локализованных новообразованиях.

– Мы подчеркиваем важность полной эвакуации гематомы и максимальную резекцию как самой опухоли, так и перифокальной ткани из-за высокого риска рецидива кровоизлияния.

– Широкая декомпрессивно-резекционная трепанация может создавать дополнительное резервное пространство, что может быть полезным при развитии вторичного отека головного мозга.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПУТЕЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ С 2018 ПО 2022 ГОД

М.М. Бахадирханов, Х.М. Турсунов, Ж.А. Назарова, А.А. Анваров

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан
ЦРПКМР

Актуальность. Необходимость поиска путей повышения уровня организации, улучшения эффективности и качества медицинской помощи, а также разработки единых принципов ведения медицинской документации больных с ОНМК послужила основанием для выбора темы настоящего исследования.

Цель исследования. Анализ вызовов к больным с ОНМК по линии СП.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования был проведен ретроспективный анализ поступлений в РНЦЭМП с ОНМК по историям болезней за 2018–2022 годы. Проанализировано 1300 историй болезни. В ходе анализа оценили обращаемость по поводу ОНМК (на 1000 взрослого населения) по СМП, самотеком, долю пациентов, госпитализированных в стационар, показатели оперативности работы бригад ССМП (время от момента получения вызова до передачи его бригаде, средние сроки выполнения вызова скорой помощи, среднюю длительность транспортировки пациента до стационара).

Статистическая обработка результатов проводилась с применением пакета прикладных программ «Microsoft Exel» и «Statistica 7,0» для «Windows».

Материалы и методы исследования. Анализ показал, что среди госпитализированных больных с ОНМК среднее время от передачи вызова бригаде до приезда в специализированное отделение стационара составило 59,2 ± 4,08 мин. Среднее время доезда в стационар от адреса больного составило 16,4 ± 3,38 мин. Госпитализируются, как правило, более «тяжелые» пациенты. В 2022 году среди общего числа вызовов 20,9% больных оставлены на месте, из них 4,2% были нетранспортабельны, 16,7% – больные с ТИА, которые отказались от госпитализации, в то время как такие больные должны быть госпитализированы так же, как и больные с инсультом. Среднее время на выезд к больным с легкой формой ОНМК (ТИА), которые были оставлены дома, составило 50,12 ± 3,67 мин.

Нами проанализирована динамика обращений по месяцам за 2018–2022 годы. Так, среднемесячный показатель вызовов по среднегодовым данным составил 385 ± 15,3 вызова, выше среднего он оказался в январе (411 ± 12,2), феврале (407 ± 14,0), сентябре (270,5 ± 11,5) и ноябре (436 ± 13,6). Наиболее низкой оказалась частота обращений в мае (313 ± 13,6) и июле (354 ± 12,8).

За 2022 год был проведен анализ вызовов к больным с ОНМК по дням недели и в течение суток с 4-часовым интервалом. Выяснилось, что доля вызовов была выше в начале недели – в понедельник, вторник (по 17%), ниже – в четверг и пятницу (по 11% соответственно). Полученные данные согласуются с результатами исследования, полученными М.С. Даутовым в 2006 году в г. Уфе. Наибольшая доля обращений отмечалась в период с 16.00 до 20.00 часов (25,2 %), наименьшая – с 24.00 до 04.00 (7,6%).

Оказание скорой медицинской помощи больным с ОНМК на догоспитальном этапе должно ограничиваться диагностикой без дальнейшей детализации характера и механизмов развития, проведением неотложных мероприятий и экстренной госпитализацией больного в специализированное отделение.

За период исследования доля больных инсультом, доставленных бригадой СМП в первичные сосудистые отделения, увеличилась на 15% (с 64,4% в 2009 г. до 79,1% в 2013 г.). Оптимизация сроков госпитализации для повышения эффективности терапии церебрального инсульта достигается разработкой маршрутизации транспортировки больных. Для сокращения сроков доставки больных госпитализация больного осуществляется первой бригадой СМП, установившей диагноз ОНМК.

Заключение. Результаты проведенного исследования показали, что максимум вызовов, по среднегодовым данным, отмечался в зимне-осенний период, минимум – в летний период, по дням недели число обращений было выше в понедельник и вторник (по 17,0%), ниже – в четверг и пятницу (по 11,0%). Наибольшее число обращений в течение суток оказалось с 16.00 до 20.00 часов (25,2%), наименьшее – с 24.00 до 04.00 (7,6%). В динамике возросла доля госпитализированных больных – с 64,4 до 79,1%.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПУТЕЙ ОБРАЩЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В РНЦЭМП ЗА 2018–2022 ГГ.

М.М. Бахадирханов, Х.М. Турсунов, Ж.А. Назарова, А.А. Анваров

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Проблемой догоспитального этапа повсеместно является недостаточная информированность населения о факторах риска, прояв-

лениях инсульта, действиях при этом. Как результат – поздняя обращаемость населения за помощью. Неменьшую роль в поздней доставке больного с инсультом в стационар играет недооценка диспетчерами скорой помощи значимости экстренной госпитализации больных с инсультом, недостаточная информированность фельдшеров об инсульте, а также нарушение принципа прямой госпитализации в учреждение, на базе которого развернуто первичное сосудистое отделение. При обсуждении проблемы исходов ОНМК очень часто ведущее значение придается фактору времени – сроку с момента заболевания до оказания первой помощи.

Цель исследования. Изучить число обращений по СМП в РНЦЭМП по поводу ОНМК.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования был проведен ретроспективный анализ поступлений в РНЦЭМП с ОНМК по историям болезни за 2018–2022 годы. Проанализировано 1300 историй болезни. Статистическая обработка результатов проводилась с применением пакета прикладных программ «Microsoft Exel» и «Statistica 7,0» для «Windows».

Результаты исследований и их обсуждение. В ходе анализа статистической отчетности за пятилетний период выяснили, что общее количество выездов увеличилось на 3,2%, составив в 2018 году 189,2 на 1000 населения (на 3,3%). За 2018–2022 гг. было всего выполнено 3 304 вызова по поводу ОНМК. В динамике выявлено увеличение числа вызовов СМП по поводу ОНМК в 1,4 раза, показатель к 2022 году составил 5,98 на 1000 взрослого населения. Возросло число вызовов по поводу ишемического инсульта (ИИ) в 1,2 раза (с 4,04 до 4,87 на 1000 взрослого населения; $p < 0,05$), геморрагического инсульта (ГИ) – в 2,3 раза (с 0,04 до 0,09; $p < 0,001$), по поводу транзиторной ишемической атаки (ТИА) – в 3,1 раза (с 0,33 до 1,01; $p < 0,001$). Наибольшее число вызовов к больным ОНМК поступало непосредственно из мест проживания больного – 91,9%. В 2022 году из 1303 вызовов по поводу ОНМК неврологическими бригадами обслужено 19,0%. Было установлено, что в 60,1% случаев вызов СМП осуществлялся родственниками больного, в 17,7% – медицинскими работниками, в том числе в 2,6% случаев – врачами пунктов (отделений неотложной помощи), по 4,7% – в равной степени вызов осуществлялся соседями и сослуживцами, в 3,5% – прохожими. Группу высокого риска составили больные, проживающие одиноко (13,9%), из них 9,2% вызвали бригаду самостоятельно, в 4,7% случаев вызов был осуществлен соседями.

Заключение. Результаты проведенного исследования показали, что за 2018–2022 годы на 35,1% увеличилось число обращений на ССМП в РНЦЭМП по поводу ОНМК.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ВИНПОЦЕТИН У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

С.М. Бегалиев, Х.А. Азимов,
П.Н. Сейтмуратов, М.М. Абдикаримова

Каракалпакский филиал РНЦЭМП,
Узбекистан

Актуальность. Ишемический инсульт – наиболее часто встречающийся клинический синдром, развивающийся вследствие критического снижения кровоснабжения участка мозга в определенном артериальном бассейне. Ишемический инсульт является важнейшей медико-социальной проблемой, что обусловлено её высокой долей в структуре заболеваемости, инвалидизации и смертности. Выбор Винпоцетина в качестве средства для лечения пациентов с ишемическим инсультом обусловлен его положительным влиянием на кровоснабжение и метаболизм головного мозга, а также выраженным эффектом в отношении когнитивно-мнестических функций.

Цель исследования. Изучение эффективности лечения Винпоцетином у больных ишемическим инсультом и оценка безопасности проводимой терапии.

Материал и методы. Исследуемую группу составили 86 пациентов (40 мужчин и 46 женщин) ишемическим инсультом в возрасте от 55 до 75 лет, находившихся на стационарном лечении и получавших препарат Винпоцетин в течение первой недели в/в капельно в дозах 20 мг/сут в разведении 250 мл физиологического раствора. Помимо этого пациенты исследуемой группы получали терапию, которая была максимально унифицирована. При необходимости больным назначали гипотензивную, кардиальную и антидиабетическую терапию.

Результаты. Все пациенты в течение всего периода наблюдения имели корригированные цифры артериального давления. Результаты проведенных гематологических и лабораторных исследований находились в пределах определенных граничных показателей.

Оценка клинической эффективности лечения Винпоцетином включала исследование неврологического статуса с оценкой двигательных, речевых, вестибуломозжечковых, кохлеовестибулярных, бульбарных, экстрапирамидных, чувствительных и псевдобульбарных расстройств по 5-балльной рейтинговой шкале со стандартизованными критериями оценки выраженности каждого симптома: 0 – симптом отсутствует, 1 – легкие проявления, 2 – умеренная выраженность, 3 – выраженные проявления, 4 – грубые проявления; субъективную оценку основных клинических симптомов при хронических нарушениях мозгового кровообращения (НМК) – головокружение, головная боль, шум

в голове, нарушение сна, утомляемость, забывчивость – с использованием 5-балльной рейтинговой шкалы со стандартизованными критериями оценки выраженности каждого симптома: 0 – симптом отсутствует, 1 – легкие проявления, 2 – умеренная выраженность, 3 – выраженные проявления, 4 – грубые проявления.

Положительное клиническое действие Винпоцетина было отмечено в 80% наблюдений. Наиболее заметный эффект выявлялся при вестибуломозжечковом и кохлеовестибулярном синдромах, несколько менее выраженный – при цефалгическом и астено-невротическом синдромах.

Наиболее часто положительное влияние препарата отмечалось у пациентов с очагами в зоне смежного кровообращения или вертебрально-базилярной системе – 86% наблюдений. При преимущественном поражении мозга в зоне каротидной системы развитие положительного клинического эффекта отмечалось в 74% случаев. Осложнений при применении препарата не наблюдалось.

Выводы. Таким образом, результаты исследования подтвердили положительное клиническое действие Винпоцетина при острых ишемических инсультах с преимущественным эффектом у пациентов: с преходящими НМК, с отсутствием выраженной сочетанной сосудистой патологии, с локализацией очага поражения мозга в зонах смежного кровоснабжения и в вертебрально-базилярной системе.

МИНИПТЕРИОНАЛЬНАЯ КРАНИОТОМИЯ В ХИРУРГИИ АНЕВРИЗМ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА ВИЛЛИЗИЕВА КРУГА

М.И. Бурнашев, М.М. Рузикулов, Р.Б. Хазраткулов, Н.К. Абдуллаев, Ш.О. Расулов, А.А. Ким

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии, Узбекистан

Несмотря на свою универсальность, птериональная краниотомия сопровождается достаточно широкой остеотомией, значительным разрезом кожи и височной мышцы, что может приводить к следующим негативным эффектам: атрофия височной мышцы, формирование рубца, асимметрия лица, риск дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, боли при жевании, дискомфорт при ношении очков, повреждение лобной ветви лицевого нерва, онемение половины головы, алопеция в области рубца. Концепция keyhole хирургии заключается в снижении агрессивности хирургического вмешательства посредством минимизации хирургического доступа. Мы начали использовать дифференцированный подход при хирургических доступах и концепцию keyhole хирургии аневризм передней циркуляции с начала 2018 года. Нами представлен опыт выполнения миниптериональной краниотомии (МПК) в хирургии аневризм переднего отдела Виллизиева круга.

Материалы и методы. С июня 2018 года по декабрь 2021 года из миниптериональной краниотомии выполнено клипирование 35 аневризм. По локализации аневризмы распределялись следующим образом: 31 аневризма средней мозговой артерии, 4 аневризмы внутренней сонной артерии. Состояние больных оценивалось по шкале Hunt-Hess и объем САК по шкале Fisher. Соотношение мужчин и женщин – 1:2,5. Средний возраст больных – 47,4 года. У большинства пациентов были неразорвавшиеся аневризмы (31 больных). У 4 больных САК оперированы в остром периоде. Все пациенты с САК были I и II по шкале Hunt-Hess, Fisher 1–2. Выбор хирургического доступа определялся после тщательной оценки анатомии интракраниальных структур и аневризм. Все аневризмы, клипированные из МПК, были малых или средних размеров, не более 15 мм в диаметре.

Результаты и обсуждение. Все аневризмы были полностью выключены из мозгового кровотока, что подтверждено интраоперационным вскрытием аневризм с последующим контролем с использованием МСКТ-ангиографии в послеоперационном периоде. Серьезных осложнений или летальных случаев в группе больных не было. У всех больных была транзиторная гипестезия в височной области, что было ожидаемо и поэтому не расценивалось как осложнение. Послеоперационный косметический результат оценивался пациентами как отличный.

Заключение. МПК является методом выбора при большинстве аневризм средней мозговой артерии и некоторых аневризмах внутренней сонной артерии, что может быть продиктовано индивидуальной патанатомической картиной. Детальная предоперационная оценка критична для выбора доступа не только в зависимости от локализации аневризмы, но и посредством оценки многих других факторов, таких как объем и распространенность кровоизлияния, наличие отека мозга/гидроцефалии, степени выраженности ангиоспазма, возраста пациентов и наличия сопутствующих заболеваний, целей хирургического лечения, ожидаемых косметических результатов и опыта хирурга. В каждом конкретном случае необходим индивидуальный подход.

СИНДРОМ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИНСУЛЬТОМ

А.Х. Валижанов, А.М. Бокиев, И.И. Отабоев, Н.А. Рахмонов, Д.Б. Атамирзаев, Ш.Ш. Солижанов

Наманганский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Материалы и методы. Методом репрезентативной выборки в исследование было включено 120 больных острым инсультом, находившихся в отделениях нейрореанимации и интенсивной терапии НФ РНЦЭМП. В исследование включались только пациенты средней и тяжелой степени тяжести инсульта по шкале NIHSS (>12 баллов). Средний возраст больных составил 69 ± 13 лет, из них было 64 (52,9%) мужчины и 56 (46,3%) женщин. Все диагнозы были верифицированы с помощью МСКТ. У 83 (69,2%) пациентов инсульт был ишемическим (ИИ), у 37 (30,8%) – геморрагическим (ГИ). Средний объем инсульта составил 33 см^3. При госпитализации все пациенты имели различную степень депрессии сознания. Всей выборке больных был проведен стандартный комплексный клинико-лабораторный и инструментальный мониторинг в динамике. В 52,5% случаев был зарегистрирован летальный исход, были проанализированы результаты аутопсий.

Результаты. За время наблюдения у 50% пациентов развился СПОН (49,4% при ИИ и у 31,7% при ГИ). Все больные с развившимся в дальнейшем СПОН имели высокую степень сосудистой коморбидности, т.е. сочетание более 3–4 сопутствующих патологий со стороны сердечно-сосудистой системы. В 52,5% случаев был зарегистрирован летальный исход. С развитием СПОН прямо коррелировала госпитальная летальность. У 73,3% пациентов с развившимся СПОН зарегистрирован летальный исход. По данным аутопсии, наличие синдрома отмечалось у 70% всех умерших пациентов.

В первые сутки от дебюта заболевания 89% причин фатальных исходов были связаны с основным заболеванием, тогда как в сроки более 2 недель исход предопределял наличие экстрацеребральной патологии – 70% случаев.

В составе СПОН зарегистрированы следующие патологии: 65% – пневмония, 45% – венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО), острый коронарный синдром (ОИМ – 28,1% пациентов, печеночно-почечная недостаточность – 18,4 %, частота геморрагических осложнения со стороны ЖКТ – 13,3% случаев. У пациентов с обширными очагами >30 см^3 СПОН встречался в 2,5 раза чаще, чем при средних и малых объемах очага. Установлено, что исход ИИ в основном зависел от развития СПОН (у 72,7% умерших пациентов с ИИ был СПОН, при ГИ – у 27,3%) и других отягощающихего течение осложнений, а исход ГИ предопределял размер очага, коррелирующий с тяжестью клинической симптоматики (80% умерших пациентов – с ИИ – СПОН, при ГИ – 52,2%, что в 1,5 раза меньше. Исход ГИ в основном предопределял размер очага, коррелирующий с тяжестью клинической симптоматики. Так, летальность при больших гематомах (> 30 см^3) была 2 раза больше, чем при гематомах менее 30 см^3. При ИИ данное различие было значимо меньшим. Также установлено, что летальность при инсульте различного характера сразвитием СПОН растет пропорционально морфологическому объему очага инсульта.

Заключение. Таким образом, больные острым инсультом любого характера с наличием высокой степени сосудистой коморбидности и обширными церебральными очагами входят в группу повышенного риска развития СПОН, в связи с чем требуется особая настороженность в отношении возникновения СПОН, диктующая максимально раннее проведение стандартного алгоритма диагностики и максимально ранняя профилактика развития данного синдрома.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИИ В НЕОТЛОЖНОЙ НЕВРОЛОГИИ

Г.А. Изюмова, Д.П. Изюмов

Хорезмский областной филиал РНЦЭМП Хорезмский областной многопрофильный медицинский центр, Узбекистан

Эпилепсия – хроническое заболевание головного мозга, характеризующееся постоянной расположенностью к генерации приступов и их нейробиологическими, когнитивными, психологическими, социальными последствиями. Учитывая повышение количества больных с эпилепсией, необходима разработка данных фармакорезистентной эпилепсии в соответствии с Государственной программой, изложенной в ПП № 3925 от 30.08.2018.

Цель исследования. Изучить и выявить эпидемиологические, социальные аспекты фармакорезистентной эпилепсии в экстренной неврологии, разработать алгоритм усовершенствования диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

Материал и методы исследования. Изучение больных проводилось по анкете «Изучение эпидемиологии эпилепсии в Республике Узбекистан», утвержденной Министерством здравоохранения Республики Узбекистан и Президиумом «Ассоциации неврологов Узбекистана». Для реализации данной программы запланировано обследование больных, страдающих эпилепсией в возрасте от 18 до 65 лет с использованием клинических, диагностических методов исследования с определением эффективных

методов терапии. Было обследовано 143 больных с фармакорезистентной эпилепсией. Из них было 94 мужчины, 49 женщин. Выявлены следующие типы эпилепсии:симптоматический – 62, криптогенный – 39, идиопатический – 42.

Результаты. Были выявлены изменения на ЭЭГ у 109 больных, без изменений на ЭЭГ – у 22 больных. Отсутствие ЭЭГ-данных – у 12. Результаты МРТ-обследований показали локальные изменения на МРТ – у 85 больных, без изменений на МРТ – у 41 больного, отсутствие данных МРТ – у 17 больных. Анализ эффективности лечения фармакорезистентной эпилепсии выявил: нет приступов на фоне вальпроатов – 71%, карбамазепина – 36%, комбинации (вальпроат + карбамазепин) – 18%. Уменьшение приступов на фоне вальпроатов – 58%, карбамазепина – 26%, комбинации (вальпроат + карбамазепин) – 31%. Результаты исследования имеют важное значение для планирования и организации противоэпилептической помощи и разработки мер по улучшению эпидемиологических показателей.

Выводы. Таким образом, проводимое исследование способствует оптимизации подхода к диагностике и терапии больных с фармакорезистентной эпилепсией, благоприятствует планированию, улучшению противоэпилептической помощи. Полученные результаты позволяют выбрать правильную тактику лечения больных и способствовать улучшению качества их жизни.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА ДИАГНОСТИКИ НЕЙРОКОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В ОСТРЕЙШЕМ ПЕРИОДЕ КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Г.А. Изюмова, Д.П. Изюмов

**Хорезмский областной филиал РНЦЭМП
Хорезмский областной многопрофильный
медицинский центр, Узбекистан**

Цель. Оценить психологические аспекты системного подхода к диагностике когнитивных нарушений при кардиоэмболическом ишемическом инсульте.

Материал и методы исследования. Проведено обследование 37 больных в возрасте от 38 до 79 лет с ишемическими нарушениями мозгового кровообращения в острейшем периоде. Кардиальная патология с высоким эмбологенным риском была выявлена у 28 (75,7%) больных, при этом у 17 (6,1%) обследованных больных она была диагностирована впервые.

Пароксизмальная мерцательная аритмия выявлена у 16 (43,2%) больных, постоянная форма мерцательной аритмии – у 8 (21,6%), постинфарктный кардиосклероз – у 13 (35,1%). Для объективизации степени выраженности неврологических симптомов была использована шкала NIHSS с включением клинико-анамнестического, психопатологического и психологического методов по шкалам TAB, HAM-A, STAI, MMSE.

Результаты. Оценка неврологических нарушений у больных с кардиоэмболическим инсультом, проведённая по шкале NIHSS, составила в среднем 14 баллов. Психологический статус больных характеризовался непсихологическим регистром психических расстройств. При исследовании влияния гендерного фактора в структуре личности больных по шкале TAS у женщин было 85,3 ±1,03 балла, у мужчин – 80,2±1,0 баллов.

При проведении сравнительного психометрического тестирования психопатологических отклонений были выявлены определённые особенности: «общая астения» – у 16 (43,2%) больных, «физическая астения» – у 8 (21,6%), «пониженная активность» и «психическая астения» – у 7 (18,9%), «снижение мотиваций» – у 6 (16,2%) обследованных больных.

По результатам тестирования с использованием шкалы STAIпоказатель степени выраженности тревоги составил 53,01±10,17. Для исследования состояния когнитивного дефицита были разработаны количественные градации признаков с объединением их в интегральный показатель. Когнитивные нарушения после пускового фактора в виде мозгового инсульта часто приобретают прогрессирующий характер, со временем трансформируясь в сосудистую или смешанную деменцию.

При анализе показателей MMSE выявлено у 14 (37,8%) больных – 14,01±0,24 балла, у 11 (29,7%) – 19,97±0,15 балла, у 12 (32,5%) – 24,86±0,13 балла. Выявлено взаимопотенциирующее влияние психической составляющей на характер когнитивных нарушений, так и вовлеченность органического поражения головного мозга в патогенетический механизм, формирование клинической структуры психопатологических нарушений непсихотического уровня.

Таким образом, кардиоэмболический инсульт является не только фактором риска, опосредованно предрасполагающего к развитию и прогрессированию когнитивных нарушений, но и несёт информацию как о прогнозе, так и течении заболевания в целом.

Вывод. Психологические аспекты системного подхода способствуют более адекватному выбору терапии, а также открывают перспективы для углубления наших представлений о нейрофизиологических механизмах когнитивных расстройств.

ОСОБЕННОСТИ И ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕЧИ ПРИ ОСТРОМ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

Г.А. Изюмова, Д.П. Изюмов

**Хорезмский областной филиал РНЦЭМП
Хорезмский областной многопрофильный медицинский центр, Узбекистан**

Наряду с нарушением движений часто следствием инсульта является нарушение речи. По данным реестра мозгового инсульта, афазии наблюдаются в 34,4% случаев, дизартрия – в 13%.

Цель работы. Изучение факторов, влияющих на восстановление речи после инсульта.

Материал и методы. Обследован 31 больной, поступивший с афазией после перенесенного ишемического инсульта: 23 больных с моторной афазией, 3 – с сенсорной афазией и 59 – с сенсомоторной афазией. Всем больным проведены курсы речевой и медикаментозной терапии.

Выраженность речевых нарушений оценивалась в баллах по шкале Л.С. Цветковой: очень грубая степень афазии (до 90 баллов) – у 4 больных, грубая степень (от 90 до 160 баллов) – у 6 больных, умеренная степень (от 160 до 230 баллов баллов) – у 9, легкая степень афазии (выше 230 баллов) – у 12. Всем больным для оценки объема и локализации инсульта проводилась МРТ головного мозга.

Результаты. Степень выраженности афазии статистически коррелировала с размером инфаркта мозга. У 4 (12,9%) больных с очень грубой афазией, объем инфаркта составил в среднем 124,4 см^3, у 6 (19,4%), с грубой афазией – 74 см^3, у 9 (29%), с умеренной афазией – до 23 см^3, у 12 (38,7%), с легкой афазией –13,1 см^3.

Оценивая динамику восстановления речи, можно отметить, что наилучший эффект достигался при проведении реабилитационных мероприятий в остром периоде инсульта. В структуре речевых нарушений динамика проявлялась прежде всего в улучшении способности к дифференциации речевых единиц с оппозиционными фонемами, увеличении объема слухоречевой памяти, восстановлении понимания значения слова.

Принципиально важным является обязательный анализ предикторов восстановления нарушенных функций и учет их в проводимой нейрореабилитации. Применение фармакологических препаратов наилучшим образом стимулирует процессы нейропластичности и патогенетически оправдано для больных после ишемического инсульта. Таким образом, пластическая реорганизация церебральных структур и систем после инсульта является многофакторным процессом.

Выводы. Выяснение и уточнение прогностических факторов восстановления после инсульта будет способствовать более точной индивидуальной оценке реабилитационного потенциала и улучшению психоэмоционального состояния пациентов.

ВКЛАД КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РАЗВИТИЕ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ИНФАРКТЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯХ (ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ)

В.А. Ильина[1,2], С.А. Повзун[1], М.М. Ермолаева[1]

**[1]Государственной бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Россия
[2]Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия**

Актуальность. В последние годы болезни сердечно-сосудистой системы занимают первое место среди причин смертности населения. В эту группу входят и острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), которые, помимо смертности, служат одним из ведущих факторов инвалидизации населения. Наиболее частым типом острого поражения головного мозга, как и вообще нарушений мозгового кровообращения, является инфаркт головного мозга, в связи с чем необходимо тщательное изучение данной патологии, что позволит получить достоверную информацию о течении заболевания, развитии осложнений и выявить вклад коморбидных заболеваний в развитие летальных исходов.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ историй болезни и проведено макро- и микроскопическое исследование головного мозга и его артериальной системы на аутопсийном материале пациентов, умерших от инфаркта головного мозга в стационере за 2021 и 2022 годы. Аутопсийное исследование производилось в первые трое суток после смерти, при которой производился забор материала для последующего гистологического исследования. Критерии отбора: поступление в стационар в первые часы от начала заболевания, временной промежуток от начала заболевания до летального исхода 28 суток, т.е. в острейшем периоде (первые 3 сут.) и острого периода – до 28 сут. За исследуемый период произведено 99 аутопсийных исследований умерших, из них 55,3% – мужчин и 44,7% – женщины. Средний возраст составил у мужчин 54,8 ±13,9, у женщин – 69,21 ±13,52. На материале секционных исследований проведено макро- и микроскопическое исследование головного мозга и его сосудистой системы. Во всех случаях для подтверждения новой коронавирусной инфекции проводилось посмертное вирусологическое исследование (трахея, легкие, бронхи).

Результаты. При морфологическом исследовании головного мозга вне зоны поражения выявлены: утолщение и разволокнение отечной жидкостью мягких мозговых оболочек, дистрофия нейроцитов, перицеллюлярный и периваскулярный отек разной степени выраженности, гиалиновые шары, разрежение ткани. Также исследование показало наличие микроциркуляторных нарушений в виде стазов и сладжей эритроцитов с развитием микротромбов в сосудах вне зоны инфаркта головного мозга, мелкоочаговые кровоизлияния и некрозы. Анализ полученных данных показал, что у пациентов, умерших от инфаркта головного мозга, новая коронавирусная инфекция является наиболее частым коморбидным заболеванием (в 30,3% случаев), в то время как онкологические заболевания выступают в роли коморбидных заболеваний только в 8,08% случаев, а инфаркты миокарда – в 3,1% случаев. Фоновыми заболеваниями послужили гипертоническая болезнь – в 77,2% случаев и сахарный диабет – в 8,0% случаев. При статистической обработке полученного материала установлено, что непосредственной причиной смерти у пациентов, умерших от инфаркта головного мозга, в 53,5% случаев послужила пневмония, в 21,2% случаев – тромбоэмболия легочной артерии и в 25,3% – отек головного мозга, острые язвы желудочно-кишечного тракта, мезентериальный тромбоз и сепсис. При бактериологическом исследовании легких выявлена как грамположительная, так и грамотрицательная микрофлора. Из грамотрицательной микрофлоры наиболее часто высевалась Kl. pneumonia, а из грамположительной – St. aureus и Enterococcus ssp.

Таким образом, наиболее частой непосредственной причиной смерти пациентов как в острейшем, так и в остром периодах инфаркта головного мозга явились легочные осложнения, связанные с новой коронавирусной инфекцией и присоединением бактериальной микрофлоры. Остается дискутабельным вопрос о вторичности инфаркта головного мозга у пациентов, зараженных SARS-CoV-2, который, по данным литературы, может возникать вследствие повреждения эндотелия, диссеминированного внутрисосудистого свертывания и нарушения церебральной ауторегуляции.

НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОСТРОЙ ТРАНЗИТОРНОЙ ФОРМЫ ГИДРОЦЕФАЛИИ

Г.М. Кариев[1], М.Д. Муминов[2]

[1]Республиканский специализированный научно-практический центр нейрохирургии
[1]Бухарский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Актуальность. Проблема острой транзиторной гидроцефалии на фоне острой церебральной недостаточности обусловлена затруднениями в решении целого комплекса задач, включающих выявление характерных клинико-неврологических поражений, определение выбора диагностической и лечебной тактики, необходимости хирургического вмешательства, их сроков и методов проведения. Острая транзиторная гидроцефалия сохраняет свою актуальность как в неврологии, так и в нейрохирургии, что обусловливает пристальное к ней внимание и поиска её решения.

Цель. Охарактеризовать нейровизуализационные диагностические аспекты острой транзиторной формы гидроцефалии травматического и не травматического, не аневризматического генеза.

Материал и методы. Проанализированы данные нейровизуализационных (компьютерная томография (КТ)) методов исследования 228 больных с черепно-мозговой травмой и инсультами, течение которых осложнилось острой транзиторной формой гидроцефалии. Больные находились на лечении в Бухарском филиале РНЦЭМП Министерства здравоохранения Республики Узбекистан за период с 2019 по 2022 г. Средний возрастной показатель составил 38,1±2,4 года (от 18 до 79 лет). Для объективизации патологических состояний желудочковой системы изучали её положение, величину и степень расширения по данным МСКТ головного мозга, с вычислением вентрикулокраниальных коэффициентов, диаметра ретроорбитальной части зрительного нерва (dЗН). По данным нейровизуализации, указывались величина поперечного контура субарахноидального кровоизлияния по градации Фишер саногенеза в динамике лечения.

В нашей работе мы проводили вычисление следующих коэффициентов: ВКК тел желудочков; ЦВИ Эванса; ВКК 3-го желудочка; размеры 3-го желудочка; размеры оболочки dЗН; коэффициент соотношения размеров dЗН к 3-му желудочку – HgS.

С целью проведения «неагрессивного» неинвазивного нейровизуализационного мониторинга мы включали вычисления соотношение размеров (ширины) dЗН к размерам 3-го желудочка по данным МСКТ. Измерение размеров 3-го желудочка, его увеличение и расширение, являясь предиктором развития острой гидроцефалии, позволило нам применить его показатели при использовании формулы вычисления гипертензивного и гидроцефального синдрома. Нами измерение dЗН проводилось с отступом на 2 мм от дорзального контура глазного яблока (d_1) и 2 мм от полости черепа (d_2).

Результаты. Во всех наблюдениях (n=228) нами был отмечен признак прогрессирующей «злокачественной» внутричерепной гипертензии, который проявлялся увеличением ЦВИ Эванса, уменьшением ВКК-т и сужением ширины субарахноидальных щелей и борозд. Коэффициент тел желудочков головного мозга (ВКК-т) при острой транзиторной форме гидроцефалии на фоне острых травматических эпидуральных гематомах в среднем составил

16,7±0,28, при субдуральных гематомах он равнялся 15,9±0,26. Измерение коэффициента Эванса на фоне острых травматических оболочечных гематом, приведших к развитию острой транзиторной форме гидроцефалии: 32,0±0,19 – при эпидуральных и 31,2±0,21 – при субдуральных гематомах. При определении синдрома «злокачественной» внутричерепной гипертензии гидроцефального генеза (HgS) получены данные: 0,71±0,08 – при эпидуральных и 0,7±0,09 – при субдуральных гематомах. Коэффициент тел желудочков головного мозга (ВКК-т) при острой транзиторной форме гидроцефалии на фоне ушибов головного мозга в среднем составил 17,3±0,21. Измерение коэффициента Эванса на фоне ушиба и размозжения головного мозга с внутримозговыми гематомами с развитием острой транзиторной формы гидроцефалии – соответственно 31,1±0,14. Определениесиндрома «злокачественной» внутричерепной гипертензии гидроцефального генеза на фоне острой транзиторной форме гидроцефалии при ушибах мозга: в среднем 0,83±0,07.

Коэффициент тел желудочков головного мозга (ВКК-т) при острой транзиторной форме гидроцефалии на фоне геморрагического инсульта в среднем составил 17,4±0,19. Измерение ЦВИ Эванса – 30,8±0,13. Определениесиндрома «злокачественной» внутричерепной гипертензии гидроцефального генеза (HgS) на фоне острой транзиторной формы гидроцефалии при инсульте геморрагического типа – в среднем 0,76±0,09. Коэффициент тел желудочков головного мозга (ВКК-т) при острой транзиторной форме гидроцефалии на фоне ишемического инсульта в среднем составил 17,2±0,18. Измерение ЦВИ Эванса – 30,4±0,11. Определениесиндрома «злокачественной» внутричерепной гипертензии гидроцефального генеза на фоне острой транзиторной формы гидроцефалии при ишемическом инсульте – в среднем 0,84±0,09.

Коэффициент тел желудочков головного мозга (ВКК-т) при острой транзиторной форме гидроцефалии на фоне субарахноидального кровоизлияния травматического и нетравматического неаневризматического генеза в среднем составил 15,8±0,17. Измерение ЦВИ Эванса – 32,7±0,09. Определениесиндрома «злокачественной» внутричерепной гипертензии гидроцефального генеза – в среднем 0,66±0,09.

Вывод. Таким образом, совокупность проведения и вычисления показателей структур головного мозга при черепно-мозговой травме, инсультах на основе КТ-мониторинга позволила предопределить риск развития острой транзиторной формы гидроцефалии с синдромом «злокачественной» прогрессирующей внутричерепной гипертензии.

ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ ВНУТРИМОЗГОВЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Л.Б. Максудова[1], Б.Г. Гафуров[2], М.К. Махкамов[1]

[1]Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
[2] Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение 30- и 90-дневной выживаемости у пациентов с ГВМК после хирургического вмешательства в зависимости от МСКТ-морфометрических показателей.

Материал и методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ 80 пациентов с ГВМК головного мозга. Из них женского пола было22 (27,5%) пациента и 58 (72,5%) – мужского пола, в возрасте от 15 до 88 лет. Средний возраст составил 58,8±14,0 лет. Всем пациентам проводился неврологический осмотр и оценка тяжести состояния по шкале «National Institutes of Health Stroke Scale» (NIHSS) и модифицированной шкале «Rankin» (mRs). Оценка нарушения уровня сознания проводилась с использованием шкалы ком Глазго (ШКГ). После изучения анамнеза и физикального исследования всем пациентам проводилась мультислайсная компьютерная томография (МСКТ). МСКТ-морфометрия включала в себя оценку таких показателей, как локализация и объем гематомы, наличие прорыва крови в желудочковую систему, состояние обводной цистерны, деформация или расширение желудочковой системы и ее размеры, смещение срединных структур головного мозга, перифокальный отек вокруг гематомы при ее наличии и вторичные изменения головного мозга. При оценке распространения ВЖК нами использовалась модифицированная шкала «Graeb» (mGS). На основании проведенного анализа данных МСКТ-морфометрических показателей оценена 30-и 90-дневная выживаемость пациентов по методу Каплана–Мейера.

Результаты и обсуждения. Проведенный анализ результатов показал, что из 80 пациентов в 22,5% (n=18) случаев имела место лобарная локализация ГВМК, в 13,8% (n=11) случаев – медиальная локализация, в 15% (n=12) случаев– латеральная локализация, в 10% (n=8) случаев – локализация в таламической области, в 27,5% (n=22) случаев – смешанная локализация и в 11,2% (n=9) случаев кровоизлияние диагностировалось в задней черепной ямке. Анализ 30- и 90-дневной выживаемости пациентов с ГВМК показал, что в 10% (n=8) случаев были пациенты с объемом ГВМК до 10 $см^3$, у которых имел место прорыв в желудочковую систему с высокой градацией по шкале mGS,

в 30% (n=24) случаев были в пациенты с объемом ГВМК от 11 до 20 см^3, из них у 9 пациентов кровоизлияние локализовалось в задней черепной ямке, а в остальных 11 случаях имела место медиальная локализация с прорывом крови в желудочковую систему с окклюзией ликворных путей. В 4 случаях у пациентов с кровоизлиянием латеральной локализации с объемом ГВМК 20 см^{3}проводилось эндоскопическое удаление ГВМК. В 21,2% (n=17) случаев пациенты были с объемом ГВМК от 21 до 30 см^3 и в 51,7% (n=31) случаев объем ГВМК составил от 31 до 40 см^3. Нами проведен сравнительный анализ 30-и 90-дневной выживаемости пациентов с ГВМК в зависимости от объема кровоизлияния, который показал тенденцию к повышению данных показателей по мере увеличения объема ГВМК, что свидетельствует об эффективности хирургического вмешательства. Так, 30-дневная выживаемость при объеме ГВМК до 10 см^3 составила 0,5, при объеме от 11 до 20 см^3 – 0,71 и при объеме от 21 до 30 см^3 данный показатель составил 0,81 соответственно. Также отмечалась динамика повышения показателей 90-дневной выживаемости по увеличению объема ГВМК– 0,15; 0,66 и 0,63 соответственно. Анализ степени сдавления обводной цистерны показал, что при наиболее выраженном сдавлении обводной цистерны данный показатель составил от 0 до 3 мм (наиболее выраженный отек головного мозга), который наблюдался в 23,7% (n=19) случаев, в 56,3% (n=45) случаев – от 3,1 до 6,0 мм и в 20% (n=16) случаев – 6,1 и более мм. Показатель 30- и 90-дневной выживаемости был наиболее высоким у пациентов с выраженной степенью отека головного мозга – 0,73 и 0,61. При размерах от 3,1 до 6,0 мм и от 6,1 и более мм показатель 30-дневной выживаемости составил 0,54 и 0,56 соответственно, а показатель 90-дневной выживаемости составил 0,39 и 0,42 соответственно, что также свидетельствует в пользу полученных нами результатов. Анализ результатов 30- и 90-дневной выживаемости с хирургическим лечением в зависимости от степени градации по шкале mGS показал, что с нулевой градацией по шкале mGS наблюдалось 12,8% (n=18) случаев, у которых показатель 30-дневной выживаемости составил 0,94, с первой градацией по шкале mGS было 1,4% (n=2), при этом 30-дневная выживаемость – 1,0, при второй градации по шкале mGS (7,1% (n=10)) – 0,9, при третьей градации по шкале mGS (5% (n=7)) – 0,57, при четвертой градации по шкале mGS (5,7% (n=8)) – 0,37, при пятой градации по шкале mGS (2,8% (n=4)) – 0,5, при шестой градации по шкале mGS (6,4% (n=9)) – 0,44, при седьмой градации по шкале mGS (7,1% (n=10)) – 0,3, при восьмой градации по шкале mGS наблюдалось 8,6% (n=12) случаев, при которых 30-дневная выживаемость составила 0,29.

Выводы. Таким образом, на основании проведенного нами исследования можно сделать вывод, что показатели 30- и 90-дневной выживаемости у пациентов с ГВМК, к которым применили хирургическое вмешательство, зависят от МСКТ-морфометрических показателей, а именно: локализации ГВМК, объема кровоизлияния, степени градации внутрижелудочкого кровоизлияния по шкале mGS и степени сдавления обводной цистерны головного мозга.

Комплексный анализ МСКТ-морфометрических показателей у пациентов с ГВМК позволяет хирургу подобрать оптимальный и адекватный метод хирургического вмешательства в каждом конкретном случае, что, в свою очередь, повышает показатели выживаемости пациентов ГВМК и тем самым снижает степень летальности.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ ВНУТРИМОЗГОВЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ

Л.Б. Максудова[1], Б.Г. Гафуров[2]

[1]Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
[2]Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Сравнительная оценка 30-дневной выживаемости у пациентов с гипертоническими внутримозговыми кровоизлияниями (ГВМК) после консервативного и хирургического лечения.

Материал и методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ 140 пациентов с ГВМК головного мозга. Из них 52 (37,1%) пациента были женского пола и 88 (62,9%) – мужского пола, в возрасте от 15 до 88 лет. Средний возраст составил 58,8±14,0 лет. Всем пациентам проводился неврологический осмотр и оценка тяжести состояния по шкале «National Institutes of Health Stroke Scale» (NIHSS) и модифицированной шкале «Rankin» (mRs). Оценка нарушения уровня сознания проводилась с использованием шкалы ком Глазго (ШКГ). После изучения анамнеза и физикального исследования всем пациентам проводилась мультислайсная компьютерная томография (МСКТ). МСКТ-морфометрия включала в себя оценку таких показателей, как локализация и объем гематомы, наличие прорыва крови в желудочковую систему, состояние обводной цистерны, деформация или расширение желудочковой системы и ее размеры, смещение срединных структур головного мозга, перифокальный отек вокруг гематомы при ее наличии и вторичные изменения головного мозга. При оценке распространения ВЖК мы использовали модифицированную шкалу «Graeb» (mGS).

Все пациенты, включенные в исследование, были разделены на две группы: к 1-й группе пациентов применили консервативное лечение, ко 2-й группе пациентов – хирургическое вмешательство. Оценка результатов консервативного и хирургического лечения проводилась на основании показателей 30-дневной выживаемости пациентов по методу Каплана–Мейера.

Результаты и обсуждение. Нами проведен сравнительный анализ 30-дневной выживаемости пациентов с ГВМК в зависимости от объема ГВМК, уровня сознания и КТ-морфометрии, которые были анализированы по критериям включения в данное исследование после консервативного и хирургического лечения. Из 60 пациентов с консервативным лечением ГВМК в 70% (n=42) случаев объем ГВМК составил до 10 см^3, в 18,3% (n=11) случаев – 11–20 см^3, в 6,6% (n=4) случаев – 21–30 см^3, в 5% (n=3) объем ГВМК составил от 31 до 40 см^3. Оценка показателей 30-дневной выживаемости у пациентов с ГВМК в зависимости от объема показала, что у пациентов с объемом ГВМК до 10 см^3 30-дневная выживаемость составила 0,91, с объемом 11–20 см^3 – 0,58, с объемом 21–30 см^3 – 0,5, с объемом 31–40 см^3 – 0. Анализ показателей 30-дневной выживаемости у пациентов с ГВМК после хирургического вмешательства показал тенденцию к повышению показателей выживаемости по мере увеличения объема ГВМК, что свидетельствует об эффективности оперативного вмешательства. Таким образом, у пациентов с объемом ГВМК до 10 см^3, 11–20 см^3 и 21–30 см^3 30-дневная выживаемость составила 0,5, 0,71 и 0,81 соответственно. Следует отметить, что показатель 30-дневной выживаемости в подгруппе пациентов с объемом ГВМК 31–40 см^3 после хирургического вмешательства повысился до 0,4 по сравнению с консервативной терапией. Данные результаты свидетельствуют о достоверной корреляционной связи между объемом ГВМК и 30-дневной выживаемостью. ($p<0,05$). Результаты нашего исследования показали, что в подгруппе пациентов с консервативным лечением ГВМК уровень сознания по ШКГ 15 баллов наблюдалсяу 6,4% (n=9) пациентов, у которых 30-дневная выживаемость составила 0,51; 14 баллов по ШКГ наблюдалось у 16,4% (n=23) пациентов, у которых 30-дневная выживаемость составила 0,89; 13 баллов по ШКГ – 10% (n=14) случаев, и при этом выживаемость составила 0,66, показатели 30-дневной выживаемости при ШКГ 12 баллов (7,8% (n=11)) – 0,91, в группе пациентов ШКГ 11 баллов и менее (2,1%(n=3)) показатель выживаемости составил 0,33. В подгруппе пациентов после хирургического лечения показатель 30-дневной выживаемости характеризовался следующим образом: при ШКГ 15 баллов (2,8% (n=4)) – 0,75, при ШКГ 14 баллов (2,1% (n=3)) – 1,0, при ШКГ 13 баллов (19,3% (n=27)) – 0,54, при ШКГ 12 баллов (7,1% (n=10)) – 0,7 и при ШКГ 11 баллов и менее (25,7% (n=36)) – 0,55. Сравнительная оценка показателей 30-дневной выживаемости после консервативного и хирургического лечения в зависимости от уровня сознания по ШКГ показала, что у пациентов по мере сужения уровня сознания показатель выживаемости возрастал. Анализ результатов 30-дневной выживаемости при консервативном и хирургическом лечении в зависимости от степени градации по шкале mGS показал, что в подгруппе пациентов с консервативным лечением с нулевой градацией по шкале mGS наблюдалось в 24,3% (n=34) случаев, у которых показатель 30-дневной выживаемости составил 0,92, с первой градацией по шкале mGS было 3,6% (n=5), при этом 30-дневная выживаемость – 0,75, при второй градации по шкале mGS (4,3% (n=6)) – 0,66, при третьей градации по шкале mGS (1,4% (n=2)) – 0,5, при четвертой градации по шкале mGS (5% (n=7)) – 0,85, при пятой градации по шкале mGS (3,6% (n=2)) – 0 дней, при шестой градации по шкале mGS (2,1% (n=3)) – 0,33, пациентов с седьмой градацией по шкале mGS в данной подгруппе не наблюдалось, с восьмой градацией по шкале mGS наблюдался 1 пациент (0,7%), который в течение срока наблюдения (30-дневной выживаемости) не выжил. В подгруппе пациентов с хирургическим лечением с нулевой градацией по шкале mGS наблюдалось 12,8% (n=18) случаев, у которых показатель 30-дневной выживаемости составил 0,94, с первой градацией по шкале mGS было 1,4% (n=2) при этом 30-дневная выживаемость – 1,0, при второй градации по шкале mGS (7,1% (n=10)) – 0,9, при третьей градации по шкале mGS (5% (n=7)) – 0,57, при четвертой градации по шкале mGS (5,7% (n=8)) – 0,37, при пятой градации по шкале mGS (2,8% (n=4)) – 0,5, при шестой градации по шкале mGS (6,4% (n=9)) – 0,44, при седьмой градации по шкале mGS (7,1% (n=10)) – 0,3, при восьмой градации по шкале mGS наблюдалось 8,6% (n=12) случаев, в которых 30-дневная выживаемость составила 0,29.

Вывод. Таким образом, на основании проведенного исследования можно сделать вывод, что показатели 30-дневной выживаемости у пациентов с ГВМК зависят от множество факторов, таких как исходный уровень сознания по ШКГ, неврологический дефицит по шкале NIHSS, степени инвалидизации по шкале mRS, а также КТ-морфометрических показателей, а именно: локализация ГВМК, объема кровоизлияния и степени градации внутрижелудочкого кровоизлияния по шкале mGS.

МОНИТОРИНГ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

К.Э. Махкамов, А.Б. Салаев

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Соблюдение современной концепции этапного лечения тяжелой черепно-мозговой травмы с поддержанием стабильного внутричерепного давления (ВЧД) и церебрального перфузионного давления (ЦПД) не представляется возможным без мониторинга ВЧД.

Цель исследования. Проведение сравнительного анализа показателей ВЧД у пострадавших с ТЧМТ, получавших консервативное и хирургическое лечение.

Материалы и методы. Исследованы результаты лечения 82 пациентов с ТЧМТ, поступивших в нейрохирургическое отделение РНЦЭМП в период 2020–2023 гг. Из них мужчин было 67 (81,7%), женщин – 15 (18,3%), средний возраст составил 44±5,7 года. Критерии отбора: исходное нарушение сознания – ниже 9 баллов по шкале Глазго (кома 1), наличие очаговой симптоматики, травматические изменения головного мозга, выявленные при проведении компьютерно-томографического исследования. Больные разделены на 2 группы: 1 группа – 58 (70,7%) пациентов – проведено хирургическое лечение; 2 группа – 24 (29,3%) пациента – проведено консервативное лечение. По виду повреждения мозга: в 1 группе: субдуральная гематома – 20 (34,5%), эпидуральная гематома – 11 (18,9%), контузионные очаги 3–4 вида – 27 (46,6%) случаев; во 2 группе: субарахноидальное кровоизлияние – 7 (29,2%), контузионные очаги 1–2 вида – 179 (70,8%). Всем больным первым этапом по общепринятой методике установлен паренхиматозный датчик измерения ВЧД (Spiegelberg – Германия). Всем пациентам в 1 группе в последующем выполнена резекционно-декомпрессивная трепанация черепа с удалением травматического субстрата. Средняя длительность периода оценки ВЧД составила 9,7±1,2 дня. Оценка уровня ВЧД проведена по общепринятой методике, при этом нормальные показатели – 3–15 мм рт. ст.; гипертензия средней степени тяжести – 15–25 мм рт.ст.; выраженная гипертензия – более 25–35 мм рт.ст.; грубая – более 40 мм рт.ст.

Результаты и их обсуждение. Согласно полученным данным, наиболее высокий уровень ВЧД – более 35 мм рт.ст. – отмечен в 1 группе больных – 48 (84,4%) случаев до этапа декомпрессии. Быстрое снижение ВЧД к нормальным показателям – менее 15 мм рт.ст. после удаления травматического субстрата – отмечено в 41 (70,6%) случае с максимальным увеличением в послеоперационный период – до 20 мм рт.ст. Наиболее длительно – до 3–5 суток – сохранялась гипертензия средней степени тяжести – 15–25 мм рт. ст. – в 17 (29,3%) случаях, у больных с удалением контузионных очагов 3–4 вида. Во второй группе наиболее быстрая нормализация показателей ВЧД менее 15 мм рт.ст. отмечена в группе больных с субарахноидальным кровоизлиянием – 4 (14,8%) случая. Сохранение внутричерепной гипертензии до 25 мм рт.ст., продолжающейся более 5 суток, отмечено у больных с очаговыми ушибами 1–2 вида головного мозга – 20 (83,3%) случаев.

Выводы. Методы контроля уровня ВЧД в интраоперационый период позволяют судить об эффективности декомпрессивного эффекта операции и в перспективе позволяют рассмотреть вопросы необходимости удаления костного лоскута. Больные в коматозном состоянии с наличием контузионных очагов нуждаются в длительном контроле и коррекции ВЧД, независимо от вида контузионого очага.

ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОПУХОЛЯХ ХИАЗМАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

К.Э. Махкамов, М.К. Махкамов, А.Б. Салаев, Ю.Н. Жумаев, М.А. Алиакбаров

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Введение. На сегодняшний день навигационные технологии получили широкое распространение в практической нейрохирургии. Безрамная навигация, основанная на предоперационных КТ и МРТ, позволяет спланировать хирургический доступ, свести к минимуму разрез, оптимизировать доступ к опухоли с учетом морфологических и функциональных зон головного мозга.

Цель исследования. Оценить эффективность применения нейронавигационной системы при транссфеноидальном доступе к объемным образованиям селлярной области.

Материал и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 26 пациентов с различными объемными образованиями хиазмально селлярной области. Из них 10 больных были женского пола и 16 мужского пола соответственно, возраст больных представлял от 22 до 65 лет. Всем больным проводился неврологический осмотр по общепринятым стандартам. После изучения анамнеза и физикального исследования всем больным выполнялась мультислайсная компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, которые дополнялись с контрастным усилением. При этом шаг сканирования составил 1 мм для использования протоколов «Brainlab Curve». В последующем это позволило нам провести полное сопоставление снимков с реальным интраоперационной картиной. Все данные проведенных ней-

ровизуализационных исследований (dicom формат), сохранённые на цифровой накопитель, загружались в систему нейронавигации перед самой операцией. Выполнен сравнительный анализ. I группа – 11 пациентов (42,3%) с удалением объемных образований транссфеноидальным доступом под ЭОП-контролем и II группа – 15 (57,6%) пациентов, которым проводилось транссфеноидальное вмешательство с использованием нейронавигационной системы.

Результаты. При оценке послеоперационных МСКТ-исследований у больных 1-й группы отмечено остаточная часть в супраселлярном и латероселлярном отделах – у 3 (27%), кровоизлияние – у 1 (9%). Во второй группе случаев послеоперационных кровоизлияний не отмечено. В 1 (6,6%) случае выявлена остаточная часть опухоли при прорастании в стенки кавернозного синуса.

Выводы. Сопоставление снимков с операционным полем позволило создавать оптимальный доступ к структурам селлярной области, очерчивая границы доступа в пределах анатомических структур, а именно – сонных артерий и кавернозного синуса. Применение данной методики позволило нам выделить и сохранить внутреннюю сонную и передние мозговые артерии, предотвратить травму сосудов артериального круга мозга, обеспечить анатомическую сохранность стебля гипофиза и зрительных нервов и в тоже время достичь максимальной радикальности хирургического вмешательства.

Применение нейронавигации в хирургии транссфеноидальных доступов позволяет резко уменьшить лучевую нагрузку не только по отношению к больному, но и к персоналу. Нейронавигация позволила нам добиться улучшенных результатов лечения за счет точной локализации, без использования рентген-исследований.

ОЦЕНКА ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

К.Э. Махкамов, А.Б. Салаев, М.К. Махкамов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

В настоящее время современные протоколы лечения больных тяжелой черепно-мозговой травмой (ТЧМТ) включаютэтапное применение медикаментозных методов лечения, а при отсутствии эффекта – хирургическое вмешательство. Для этого необходим мониторинг внутричерепного давления (ВЧД), который доступен не во всех клиниках, что может приводить к диагностическим ошибкам, поздним оперативным вмешательствам, некорректной медикаментозной терапии.

Цель исследования. Выявление взаимосвязи результатов прямого измерения ВЧД с компьютерно-томографическими (КТ) критериями.

Материалы и методы. Наше исследование основано на оценке результатов мониторинга ВЧД у 45 больных. Все больные мужского пола, в возрасте от 22 до 50 лет, поступали с ТЧМТ и исходным нарушением сознания ниже 12 баллов по шкале Глазго (сопор). При поступлении после первичного КТ-исследования выполнялась установка паренхиматозного датчика измерения ВЧД фирмы Spigelberg (Германия) по стандартной методике. По монитору регистрировались исходные показатели ВЧД. Оценка ВЧД проводилась по общепринятой методике, при этом норма – 3–15 мм рт.ст; гипертензия средней степени тяжести – 15–25 мм рт.ст.; выраженная гипертензия – более 25–35 мм рт.ст; грубая – более 40 мм рт.ст. При интраоперационном выявлении показателей выраженной гипертензии одномоментно выполнялось хирургическое вмешательство – резекционно-декомпрессивная трепанация черепа. При обнаружении гипертензии средней степени тяжести больные с установленным датчиком получали интенсивную противоотечную терапию в реанимационном отделении. Всем больным проводилось КТ-исследование в динамике на 2-е сутки после операции, и при необходимости в динамике на 7, 10, 14 сутки. При сохранении показателей ВЧД в пределах нормы в течение 48 часов паренхиматозный датчик удаляли. По КТ-данным проводилось измерение изменений диаметра оболочек зрительного нерва (ДОЗН) (норма 4,5–5,1 мм), увеличение которого отмечено у всех больных с ТЧМТ в костном режиме окна КТ.

Результаты и их обсуждения. Результаты измерений были сопоставлены и подвергнуты статистическому анализу r-Пирсона. При этом выявлена сильная положительная связь $p<0,001$. При высчитывании средних величин нами получено следующее соответствие величин ДОЗН к показателям ВЧД. Нормальным показателям соответствуют изменения ДОЗН до 5,1 мм; при гипертензии средней степени тяжести – изменения ДОЗН 5,2–6,5 мм; выраженной гипертензии соответствовали пределы ДОЗН 6,5–8 мм; при грубой гипертензии ДОЗН – более 8 мм.

Выводы. Таким образом выявлена взаимосвязь показателей ВЧД с изменениями размеров ДОЗН. Предлагаемые параметры изменения ДОЗН могут служить показателями уровня ВЧД как в дооперационный период, так и при динамическом КТ-исследовании больных с ТЧМТ и проводить медикаментозную коррекцию внутричерепной гипертензии.

НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕЙРОНАВИГАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ В ЭКСТРЕННОЙ НЕЙРОХИРУРГИИ

К.Э. Махкамов, В.Д. Тен, М.К. Махкамов, А.Б. Салаев, Д.У. Исрайилов, Ш.Р. Бойменов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Целью данного исследования явилось изучение роли и возможностей нейронавигационной системы при микронейрохирургических вмешательствах.

Материал и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 11 пациентов с различными патологиями головного мозга, которые включали в себя кавернозную мальформацию и объемное образование. Из них 6 больных были женского пола и 5 – мужского пола соответственно, возраст больных был от 32 до 56 лет. Всем больным проводился неврологический осмотр по общепринятым стандартам. После изучения анамнеза и физикального исследования всем больным выполнялась мультислайсная компьютерная томография, магнитно-резонансная томография с трактографией и МСКТ-ангиография, а также МСКТ с контрастным усилением. При проведении данных исследований важным моментом являлся шаг среза, который не превышал 2 мм, для выполнения более корректной интраоперационной нейронавигации. В нашем исследовании по нозологии было 3 больных с кавернозной мальформацией, 8 – с объемным образованием головного мозга, из которых были 4 глиальные опухоли, оставшиеся 4 – менингиомы. По клинической картине у всех больных общемозговые симптомы – 72,72%, моторный дефицит – 18,18%, речевые нарушения выявлены у 36,36%, приступы судорог – у 54,54%.

Интраоперационная нейронавигация проводилась применением навигационной системы «Brainlab Curva». В каждом случае после интеграции и совмещения с реальным интраоперационным положением головы больного погрешность в навигации к патологическому очагу не превышала 1 мм. Все данные проведенных нейровизуаляционных исследований (dicom формат), сохранённые на цифровой накопитель, загружались в систему нейронавигации перед самой операцией.

Результаты. У 3 больных в группе с глиальными опухолями имело место прорастаниеопухоли между лобно-затылочных волокон и аркуатным пучком, с компримированным последнего в доминантном полушарии головного мозга; в клинической картине данной группы больныхпревалировали речевые нарушения. С помощью программного наложения в нейронавигационной системе был выбран оптимальный доступ через Сильвиеву щель, в обход пучков и волокон белого вещества головного мозга. На 5 сутки после операции у 1 больного отмечается полный регресс речевых нарушений, частичный регресс у 1, у оставшегося больного значительных улучшений не наступило.

В группе больных с менингиомами клиническая картина представляла моторные нарушения. Путем предоперационного 3D-планирования опухоль была сегментирована, выявлена и интересующая солидная часть отделена от зон перифокального отека и участков кровоизлияния. Путем программного наложения данных КТ и МРТ было детально сопоставлено расположение опухоли к краниальным ориентирам и интракраниальным, в суммации которой удалось увеличить радикальность и уменьшить размер костно-пластической трепанации черепа. В послеоперационном периоде у всех 4 больных на 5 сутки отмечается значительный регресс моторных нарушений.

В группе больных с кавернозной мальформацией смешанного типа в 1 случае было субкортикальное расположение и небольшой размер, локализация была интимно расположена к аркуатному пучку белого вещества и под gyrus supramarginalis на доминантном полушарии. Благодаря модальному наслоению был точно выбран оптимальный транскортикальный доступ к каверноме.

Вывод. Благодаря использованию нейронавигации в нашей практике удалось установить приоритет высокой радикальности с сохранением и работой инструментом рядом с функционально значимыми зонами. Благодаря интегрирующей возможности нейронавигации с нейровизуализационными методами исследования были созданы предоперационные и интраоперационные алгоритмы с учётом анатомических и функциональных особенностей головного мозга, что дает возможность проводить операции с высокой точностью. Высокая точность и радикальность нейронавигации расширяет показания к нейрохирургическим операциям пациентам, у которых ввиду сложности оперативное вмешательство ставится под сомнение.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ БОЛЕЗНИ МОЙЯ-МОЙЯ

К.Э. Махкамов, М.К. Махкамов, М.А. Алиакбаров, С.Т. Насимов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить результаты реваскуляризации головного мозга при болезни мойямойя.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 10 пролеченных пациентов с

болезнью мойя-мойя в отделении нейрохирургии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в период 2019–2021 гг. Из них в 40% (n=4) случаев были лица мужского пола и в 60% (n=6) случаев – женского пола. Возраст больных варьировал от 5 до 19 лет. У всех пациентов наблюдалось билатеральное поражение. В момент поступления всем пациентам проводился неврологический осмотр по общепринятым стандартам. До операции проводили мультиспиральную компьютерно-томографическую (МСКТ) ангиографию экстра- и интракраниальных артерий с оценкой перфузией головного мозга, дигитальную субтракционную ангиографию. Перфузионные показатели головного мозга в до- и послеоперационном периоде определялись из расчета следующих показателей: объёмная скорость кровотока (CBF) из расчета мл/100 г/мин; объём кровотока (CBV) – мл/100 г и среднее время транзита (MTT), которые оценивались на аналогичных участках коры обоих больших полушарий. Стадии болезни определяли по классификации «Suzuki–Takaku». Все пациенты, в зависимости от видов реваскуляризации головного мозга, были разделены на 3 группы: 1 группа – непосредственно прямая реваскуляризация экстракраниально-интракраниального микроанастомоза (ЭИКМА); 2 группа – непрямая реваскуляризация энцефалодуромиосинангиоза (ЭДАС) и 3 группа – комбинированная реваскуляризация (ЭИКМА и ЭДАС). Также проводилась сравнительная оценка неврологической картины и показателей перфузии головного мозга до и после реваскуляризации в период 3 и 6 месяцев. Качество жизни оценивалось по шкале Карновского.

Результаты. Результаты нашего исследования показали, что из 10 пациентов в 80% (n=8) случаев были пациенты до 12 лет и в 20% (n=2) случаев – старше 18 лет, которым выполнено 20 операций по поводу реваскуляризации головного мозга. Оценка неврологического статуса показала, что в 50% (n=5) случаев было 70 баллов по Карновскому, в 30% (n=3) случаев – 60 баллов по Карновскому, в 20% (n=2) случаев – 50 баллов по Карновскому. Оценка стадии болезни мойя-мойя по «Suzuki–Takaku» показала, что в 50% (n=5) случаев болезнь была III стадии, в 30% (n=3) случаев – IV стадии и в 20% (n=2) случаев – V стадии. Запущенность заболевания была связана с затруднением диагностики и лечением пациентов по поводу ишемического инсульта, без уточнения этиологического фактора. В 70% (n=7) случаев значения CBF в корковых областях головного мозга колебались от 12 до 49 мл/100 г/мин, в 30% (n=3) – от 50 и выше мл/100 г/мин, в 100% (n=10…) случаев CBV варьировала от 4,8 до 12,1 мл/мин, составив в среднем 8,9±2,7 мл/мин.

В 20% (n=2) случаев была произведен ЭИКМА, в 70% (n=7) случаев – ЭДАС и в 10% (n=1) случаев – комбинированная реваскуляризация. Во втором случае пациентке, которой была показана комбинированная реваскуляризация, она не было выполнена из-за V стадии болезни мойя-мойя. Оценка результатов хирургического лечения показала, что в раннем послеоперационном периоде (в течение 10 дней) во всех случаях отмечается положительная динамика в виде регресса неврологической симптоматики. При оценке результатов перфузии головного мозга в период 3 и 6 месяцев на сравнительных картинах КТ-перфузии головного мозга отмечено увеличение показателей MTT в лобной доли в среднем на 39%, в височной доли – на 14% и в теменной и затылочной долях – на 19%. При сравнительной оценке данных КТ-ангиографии в послеоперационном периоде отмечалось развитие мелких дополнительных артериальных сосудов на стороне операции, также обращали внимание на функционирование анастамоза, что проявлялось улучшением контрастирования периферических ветвей средней и задней мозговой артерии на уровне окклюзии. У всех пациентов в катамнезе отмечалось увеличение цереброваскулярного резерва по данным перфузионной МСКТ с нагрузочными пробами. Острых нарушений мозгового кровообращения, эпилептических приступов, хирургических осложнений не наблюдалось.

Выводы. Таким образом, болезнь мойя-мойя является одной из возможных причин ишемического инсульта или ТИА как у детей, так и у взрослых. Пациентам до 12 лет при применении ЭДАС в 98% случаев достигается улучшение показателей кровотока, а у пациентов старше 12 лет наилучшие результаты достигаются при комбинировании ЭИКМА и ЭДАС.

КРАНИОЦЕРЕБРАЛЬНАЯ ГИПОТЕРМИЯ В ТЕРАПИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Э.М. Менгисту[1,2], И.Н. Колбаскина[2], М.В. Петрова[1,2], О.А. Шевелев[1,2], Р.Н. Акалаев[3,4]

[1] Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»
[2] Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии», Москва, Россия
[3] Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
[4] Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

Введение. Гипертермия – частое осложнение у пациентов с острым ишемическим инсультом, которое сопровождается тяжелым течением и не-

благоприятным исходом заболевания. Температура тела не отражает церебральную температуру, уровень которой превышает значения базальной температуры при острой фокальной ишемии и травме мозга. К настоящему времени накоплен обширный экспериментальный материал, свидетельствующий о значительном терапевтическом потенциале гипотермии применительно к защите центральной нервной системы от последствий воздействия различных повреждающих факторов, в том числе и гипертермии. Исследованы нейропротекторные механизмы, развивающиеся при понижении церебральной температуры, включающие метаболическую депрессию и широкий спектр эпигенетических реакций в клетках головного мозга. С использованием РТМ-технологий показано, что в острейшем периоде ишемического инсульта формируются области церебральной гипертермии и повышается температура коры мозга, а охлаждение кожи краниоцеребральной области головы обеспечивает понижение температуры коры мозга. Эффективность краниоцеребральной гипотермии (КЦГ) у пациентов с ишемическим инсультом была отмечена в ряде исследований, но не получила широкого распространения.

Цель исследования. Определить степень влияния КЦГ на регресс неврологического дефицита и функциональный результат терапии в комплексе с общепринятыми терапевтическими мероприятиями у пациентов с ишемическим инсультом средней степени тяжести.

Материалы и методы. В исследование включены 60 пациентов: 30 – в основной группе и 30 – в группе контроля, репрезентативные по полу, возрасту, тяжести заболевания и коморбидности. Выбор пациентов осуществлялся случайным образом, в соответствии с *критериями включения:* инфаркт головного мозга (первые сутки), верифицированный проведением компьютерной томографии, неврологический дефицит по NIHSS 8 – 15 б., уровень сознания по шкале комы Глазго <13 б. (при любой локализации очага) и к*ритериями невключения:* состояние после реваскуляризационной терапии, жизнеопасные аритмии, терминальные заболевания, кровотечения, температура тела <36°С, отек легких, ЧСС < 50/мин, систолическое АД<90 мм рт. ст. Церебральную температуру определяли неинвазивно, при помощи радиотермометра РТМ-01-РЭС. КЦГ проводили в течение 24 часов при помощи аппарата терапевтической гипотермии АТГ-01. В основной группе результаты регистрировали в день поступления перед началом процедуры КЦГ, на вторые сутки после окончания процедуры КЦГ и в день выписки из стационара. В контрольной группе пациентам КЦГ не проводили. В обеих группах пациентам проводили базовую нейропротекторную, гипотензивную, антиагрегантную и противоотечную терапию согласно клиническим рекомендациям Минздрава РФ. Статистически значимыми считали различия при p<0,05.

Результаты. В обеих группах летальные исходы за период наблюдения не зарегистрированы. Побочные эффекты и осложнения от применения КЦГ не выявлены. У пациентов основной группы уровень неврологического дефицита по NIHSS после процедуры КЦГ понизился с 9,47±0,10 до 1,83±0,29 б., при выписке составил 1,13±0,32 б. (регресс на 86,7%). У пациентов контрольной группы на вторые сутки дефицит понизился с 11,0±0,46 до 7,63±0,59, при выписке – до 6,0±0,65 б. (регресс на 45,5%). Применение КЦГ подавляло лихорадочную реакцию и церебральную гипертермию. Функциональный результат терапии (Rankin) в основной группе был выше по сравнению с группой контроля.

Обсуждение. Полученные результаты правомерно связать с целевым низкотемпературным воздействием на кору больших полушарий, которое создает значительный температурный градиент между поверхностью мозга и кожей головы. Это способствует увеличению теплового потока наружу: оттекающая охлажденная венозная кровь от кожи головы проникает в синусы твердой мозговой оболочки по эмиссарным венам через перфорантные отверстия в черепе, усиливая охлаждение поверхности мозга. Эти механизмы обеспечивают понижение температуры коры больших полушарий. Снижение температуры приводит к депрессии метаболизма в охлаждаемых тканях, повышению толерантности к ишемии и гипоксии, уменьшению продукции и взаимодействия сигнальных молекул, участвующих в развитии реакций эксайтотоксичности. Ограничивается воспалительный ответ на повреждение и проапоптотические процессы, тормозятся каскады реакций, способствующие увеличению вторичных церебральных повреждений, инициируются экспрессии генов раннего реагирования, кодирующих синтез широкого спектра стресс-белков, обеспечивающих формирование цитопротекторного фенотипа. КЦГ малозначимо влияет на базальную температуру и позволяет избежать развития осложнений, свойственных для общей терапевтической гипотермии. Процедура методически проста, не требует дополнительного фармакологического сопровождения, контроля мышечной дрожи и может проводиться пациентам с разной степенью угнетения уровня сознания.

Заключение. Полученные результаты показывают выраженное положительное влияние КЦГ на течение острейшего периода, результаты терапии, неврологический исход пациентов с нарушениями мозгового кровообращения, что позволяет перспективно рассматривать эту методику в практике оказания помощи при инсультах средней степени тяжести.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ОНМК ПО ИНДЕКСУ СООТНОШЕНИЯ НЕЙТРОФИЛОВ К ЛИМФОЦИТАМ

Т.Я. Мусоев, А.Р. Ярашев, О.Ш. Эшонов

**Бухарский филиал РНЦЭМП,
Узбекистан**

Наряду с современными методами нейровизуализации, такими как МСКТ и МРТ, успешная терапиябольных с критическим состоянием при тяжелых формахс острым нарушением мозгового кровообращения основывается на лабораторных показателях. Количественные показатели лейкоцитов крови, особенно показатели ее лейкоцитарной формулы, являются немаловажными методами исследования, имеющими диагностическое значение при критических состояниях, вызванными острым нарушением мозгового кровообращения. Тщательный анализ лейкоформулы позволяет судить о течении заболевания, возникновении и выраженности воспалительных проявлений и эффективности проводимой терапии. По мнению ряда авторов, одним из таких показателей является индекс соотношения нейтрофилов к лимфоцитам крови.

Цель исследования. Определить прогностическую значимость индекса соотношения нейтрофилов к лимфоцитам в прогнозировании исхода критических состояний, вызванных острыми нарушениями мозгового кровообращения.

Материалы и методы исследования. Объектами исследования явилиськлинико-лабораторные данные 62 пациентов нейрореанимационного отделения Бухарского филиала РНЦЭМП от 32 до 65 лет (средний возраст составлял 56,3±3 года). По нозологии пациенты делились на геморрагический (n=30) и ишемический (n=32) формы ОНМК. Были проанализированы клинические (оценка невростатуса по шкале Глазго, а также системные показатели гемодинамики и дыхания), инструментальные (ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, МСКТ-исследование головного мозга) и лабораторные данные (лейкоформула и индекс соотношения нейтрофилов к лимфоцитам). Сопоставление клинических и лабораторных показателей было проведено в трех этапах: первый этап – при поступлении, второй этап –3-и сутки, третий этап – 7-е сутки после проводимой интенсивной терапии.

Из исследования были исключены больные с сопутствующими патологиями печени, почек, дыхательной системы и эндокринными нарушениями.

Результаты и их обсуждение. При поступлении (1-й этап исследования) у всех обследованных больных уровень сознания по шкале Глазго от 8 до 12 баллов (8 баллов – n=12, 9 баллов – n=15, 10 баллов – n=13, 11 баллов – n=8, 12 баллов –n=14). На 2-м этапе исследования отмечалось увеличение числа больных с более глубоким нарушением невростатуса (по ШКГ: 9 баллов – n=18, 10 баллов – n=14, 11 баллов – n=10, 12 баллов – n=6). В динамике после проводимой интенсивной терапии у 56 больных отмечалось клиническое улучшение, что было подтверждено полученными данными невростатуса 3-го этапа исследования (по ШКГ: 8 баллов – n=8, 9 баллов – n=10, 10 баллов – n=15, 11 баллов – n=19, 12 баллов – n=10).

При анализе показателей лейкоформулы было выявлено, что у всех больных на первом этапе исследования средний показатель ИСНЛ состоял в пределах 2,2±0,64. Было отмечено, что у выживших больных (n=56) на фоне проводимой интенсивной терапии на 2-м и 3-м этапах исследования наряду с клиническим улучшением и положительными изменениями в невростатусе средний показатель ИСНЛ был в пределах 2,5±0,78 и 2,1±0,42 соответственно.

Из 62 обследованных больных летальный исход наблюдался у 6 (2 пациента с ишемическим и 4 пациента с геморрагическим инсультом). При анализе полученных данных была выявлена достовернаякорреляционная связь между показателями лейкоформулы и общей летальности среди пациентов с обеими нозологиями. У этих больных отмечалось прогрессивное повышение среднего показателя ИСНЛ в обеих группах по сравнению с показателем первого этапа (2,21±0,62; 4,15±0,74; 5,34±0,52) ($p<0,05$).

Вывод. Более высокий показатель ИСНЛ является достоверным показателем клинического ухудшения состояния пациентов и предиктором неблагоприятного исхода критических состояний, вызванных острыми нарушениями мозгового кровообращения.

ВЛИЯНИЕ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ ОТЁКА МОЗГА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Т.Я. Мусоев, О.Ш. Эшонов, А.Р. Ярашев

**Бухарский государственный
медицинский институт
Бухарский филиал РНЦЭМП, Узбекистан**

Цель. Изучение эффективности лимфотропной противоотёчной терапии при черепно-мозговой травме тяжелой степени.

Материалы и методы. В отделении нейрореанимации Бухарского областного филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи обследовано 55 пациентов с черепно-мозговой травмой в возрастеот 32 до 65 лет (средний возраст 56,3±3 года). Были сформированы 2 группы. Пациенты группы сравнения (n=20) получали стандартную консервативную терапию. Пациенты основной группы (n=35) дополнительно

получали лимфотропную противоотёчную терапию. Основные параметры сравнения: оценка уровня сознания по шкале ком Глазго, картины глазного дна на первые, пятые сутки черепно-мозговой травмы и при переводе из отделения реанимации в профильное отделение, летальность, длительность нахождения в палате реанимации. Введение лекарственной смеси субмастоидально осуществляли справа или слева ежедневно, всего 5 раз: лидокаин 2% – 1 мл, дексаметазон 4 мг – 1 мл, 10% р-р глюкозы – 3 мл в одном шприце.

Результаты и их обсуждение. На момент первой оценки по шкале ком Глазго результаты в группе контроля составили 8,1±1,3 балла, в основной группе – 7,5±1,8 балла соответственно, что свидетельствует о сопоставимости групп данного исследования. На фоне стандартной терапии на 5 сутки отмечалась тенденция к улучшению оценки по шкале ком Глазго у пациентов контрольной группы: с 8,1 ± 1,3 балла до 9,84 ± 1,26 балла соответственно, при этом $p > 0,05$. Летальных случаев в течение первых пяти суток черепно-мозговой травмы в контрольной группе было 5, но выживаемость пациентов после 5-ти суток черепно-мозговой травмы в группе контроля была 76%. На фоне проводимой терапии на 5-е сутки отмечалось достоверное улучшение оценки по шкале ком Глазго у пациентов основной группы: с 7,6 ± 1,7 балла до 10,78 ± 1,23 балла соответственно. Летальных случаев в течение первых пяти суток черепно-мозговой травмы в основной группе было 2. Перевод в профильное отделение после 5 суток пребывания в отделении реанимации состоялся во всех 33 случаях, при этом отмечалось дальнейшее улучшение оценки по шкале ком Глазго до 12,88 ± 1,20 балла, но это было статистически малодостоверно, $p > 0,05$. Выживаемость пациентов после 5 суток черепно-мозговой травмы в основной группе была 100%.

Выводы:

1. При использовании подкожных субмастоидальных лимфотропных лимфостимулирующих инъекций в лечении острой черепно-мозговой травмы происходит более ранняя регрессия отёка мозга, отмечается более быстрое восстановление функций центральной нервной системы (по шкале ком Глазго), уменьшение летальности и срока пребывания в палате реанимации по сравнению со стандартной терапией.

2. Это позволяет сделать вывод о включении в комплексное лечение предложенного метода лимфостимулирующей терапии больным с острыми черепно-мозговыми травмами.

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИДА БОШ МИЯ ГЕМОДИНАМИКАСИНИНГ РЕОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ ТЕКШИРУВИДАГИ ХУСУСИЯТЛАРИНИ АНИҚЛАШ

Мусоев Т.Я., Хайриева М.Ф., Жураев Б.П.

РШТЁИМ Бухоро филиали

Сурункали юрак етишмовчилиги – бу кўп тармоқли касаллик бўлиб, унда юракнинг бирламчи дисфункцияси организмдаги эҳтиёжларга мувофиқ қон айланишини таъминлашга қаратилган бир қатор гемодинамик, нерв ва гуморал мослашув реакцияларини келтириб чиқаради. Юракка боғлиқ бош миядаги гемодинамик бузилишлар церебрал ишемия юзага келишида муҳим роль ўйнайди. Сурункали юрак етишмовчилигида юрак чап қоринча ва ўнг қоринчаси дисфункцияси бош мияда қон айланиши бузилишига сабаб бўлиб, бунинг асосида бошда веноз оқимнинг бузилиши ва бош мия тўқимасининг гипоперфузияси ётади.

Тадқиқот мақсади. Сурункали юрак етишмовчилиги бўлган беморларда реоэнцефалография текшируви орқали церебрал гемодинамикага баҳо бериш ва адекват даво чораларини олиб бориш.

Материаллар ва методлар. Тадқиқот мақсадида сурункали юрак етишмовчилиги бўлган 84 та беморлар текширилди. Беморларнинг ўртача ёши 56,7 ± 8,3 ёшни ташкил қилиб, 49 аёл (58%) ва 35 эркак (42%) бор эди. Касалликнинг давомийлиги 10 дан 15 йилгача ва ўртача 12,5 ± 2,3 йилни ташкил этди. Церебрал гемодинамикани текшириш мақсадида реоэнцефалографиядан фойдаланилди. Фронто-мастоидал ажралиш асосан ўрта церебрал артерияларида, мастоидал оксипитал ажралиш эса интракраниал қисм вертебрал артериялар ҳавзаси қон томирлари димланишини намоён қилади.

Тадқиқот натижалари. Сурункали юрак етишмовчилиги бўлган беморлар гуруҳида назорат гуруҳидаги беморлардан сезиларли даражада фарқ қилувчи реоэнцефалография индекслари қайд қилинди: Асосий гуруҳда РИ-0.13, Анактора-0.23, ДИ-98.83, ВН-34%, РЭГ тўлқин кечикиш – 0,05 сек, Веноз тўлқин – 92% бўлиб, улар бош миядаги ҳар хил турдаги қон томирларнинг қон билан тўлишиш хусусиятини характерлайди. Асосий гуруҳда назорат гуруҳидаги беморларга қараганда бош мияда қон таъминотининг паст эканлигини кўрсатди. Шунингдек, оксипито-мастоидал ажралишларда ўрта ва кичик артерия томирларининг тонуси юқори бўлиши қайд этилди.

Хулоса. Шундай қилиб, сурункали юрак етишмовчилиги бўлган беморларда церебрал қон томирлар тонусининг ошганлиги ундаги веноз гипертензияга сабаб бўлиб, реоэнцефалография орқали ушбу ўзгаришларнинг эрта даврларда аниқланиши даволаш чора-тадбирларининг самарадорлигини оширади.

ГЕМОРРАГИК ИНСУЛЬТДА ИККИЛАМЧИ ИШЕМИЯ КЕЛИБ ЧИҚИШИ, АСОРАТЛАРИ ВА ОҚИБАТЛАРИ

Нарзиев Ф.Э., Шамуродов А.Б.

РШТЁИМ Навоий филиали

Геморрагик инсультда иккиламчи ишемия белгиларининг келиб чиқиши касалликнинг оғир асоратларидан бири ҳисобланади. Геморрагик инсультда иккиламчи ишемия пайдо бўлиши кўпинча касалликнинг 2-суткасидан келиб чиқади. Бу беморларда касалликнинг кечишида тўсатдан аҳволининг оғирлашиши, эс-ҳушнинг бузилиши, ўчоқли белгиларининг кучайиши ва ўлим ҳолатлари кузатилади. Ҳозирги вақтда геморрагик инсультда ишемик ўчоқларнинг келиб чиқишини эрта аниқлаш чоралари ўрганилмоқда. Геморрагик инсультда иккиламчи ишемия белгиларининг учраши ва касаллик кечишига таъсири ва оқибатлари ўрганилади.

2018–2020 йиллар давомида геморрагик инсультда иккиламчи ишемия асорати келиб чиққан 120 та беморда текширувлар ўтказилди. Беморларнинг ўртача ёши 61, шундан 72 (60%) аёллар, 48 (40%) эркаклар. Иккиламчи ишемия клиник-неврологик текширувлар ва бош мияни компьютер томография текшириш усуллари ёрдамида аниқланади. Беморда эс-ҳуши бузилиши даражаси Глазго шкаласи бўйича, ўчоқли неврологик белгилар оғирлиги эса Рэнкин жадвали ёрдамида баҳоланди.

Геморрагик инсульт ҳолатларининг 108 таси ўрта мия артерияси ҳавзасида, 12 ҳолатда орфа мия артерияси ҳавзасида келиб чиққан. Геморрагик инсульт ўчоғи 60 (50%) да беморда бош мия ўнг яримшарларида, 60 (50%) да беморда эса чап яримшарларида эканлиги аниқланган. Беморда ётқизилган вақтда эс-ҳушнинг бузилиши 36 (30%) да ступор, 72 (60%) да сопор, 12 (10%) да I–II даражадаги кома ҳолати кузатилди. Неврологик ўчоқли белгилар Рэнкин жадвали бўйича: 48 (40%) ҳолатда 4,0 балл, 72 (60%) да 5,0 балл билан баҳоланди.

Даволаш стандарт бўйича антиагрегантлар (Ацекард 100 мг), касалликнинг 3 кунидан бошлаб антикаогулянтлар (гепарин, фленокс), статинлар (аторвастатин), нейропротекторлар (цитиколин) ёрдамида олиб борилган.

Геморрагик инсультда иккиламчи ишемия асорати ривожланганда эс-ҳушнинг бузилиши 36 (30%) да сопор, 48 (40%) да I даражали кома, 24 (20%) да II даражали кома, 12 (10%) да ўлим ҳолати юзага келди.

Хулоса қилиб айтганда, бизнинг тадқиқотларимиз шуни тасдиқладики, геморрагик инсультда иккиламчи ишемия асоратининг келиб чиқиши беморлар клиник ҳолатининг оғирлашишига ва ногиронлик, ўлим ҳолатларининг ошишига олиб келади. Иккиламчи ишемия паренхиматоз қон қуйилишда кўп учраши аниқланди.

МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С БОЛЬШИМИ И ГИГАНТСКИМИ АРТЕРИАЛЬНЫМИ АНЕВРИЗМАМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ

М.М. Рузикулов, Г.М. Кариев, Р.Б. Хазраткулов, Ш.О. Расулов, А.А. Ким, Н.К. Абдуллаев

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии, Узбекистан

Актуальность. Проблемы хирургического лечения больных с артериальными аневризмами (АА) сохраняют свою актуальность в связи с высокой инвалидизацией и летальностью у пациентов с разрывами (АА). Одним из наиболее тяжелых осложнений разрыва является сосудистый спазм, приводящий к ишемии головного мозга. Чем массивнее базальное субарахноидального кровоизлияния САК, тем выраженнее бывает сосудистый спазм. За последние годы наблюдается возрастание количества операций при разрывах артериальных аневризм в остром периоде субарахноидального кровоизлияния. Сущностью данных операций является выполнение их на фоне комплекса патологических реакций цереброваскулярной системы, являющихся причиной возникновения ишемии и отека головного мозга.

Цель работы. Определение показаний к микрохирургическому лечению больных с большими и гигантскими артериальными аневризмами головного мозга в остром периоде субарахноидального кровоизлияния.

Материал и методы. В отделении нейрохирургии РСНПМЦН г. Ташкента за период с 2014 по 2020 г. проведено лечение 48 пациентов у больных с разрывом аневризм головного мозга. Возраст пациентов варьировал от 18 до 66 лет. Мужчин было 34 (70,83%), женщин – 14 (29,17%). У всех 48 пациентов к моменту госпитализации в нейрохирургическое отделение был в анамнезе эпизод САК, явившийся следствием разрыва артериальной аневризмы. В первые 3 суток от момента начала САК было госпитализировано 12 (25%) пациентов; на 4–7 сутки – 9 (18,75%) пациентов, на 8–14 сутки – 8 (16,66%) больных. Оставшиеся 19 (39,58%) пациентов были госпитализированы в срок позднее 14 суток с момента начала САК.

Результаты и их обсуждение. Всем 48 пациентам было проведено клипирование аневризмы. Исход хирургического лечения был следующим: хороший – у 40 (83,33%) больных, у 4 (8,33%) больных – умеренная инвалидизация, у 2 (4,16%) – грубая инвалидизация и у 2 (4,16%) больных были отмечены летальные исходы. В клинической картине у 48 (100%) пациентов наблюдали общемозговую

симптоматику, у 40 (83%) больных – менингеальную. Нарушение функции различных черепно-мозговых нервов выявили у 28(58,33%) пациентов. Очаговая симптоматика отмечена у 42 (87,5%) пациентов. Гемипарез, гемиплегия, гемигипестезия выявлены у 17 (35,41%), психические нарушения – у 9 (22,5%), моторная афазия – у 8 (16,6%), сочетание гемипареза/гемиплегии и моторной афазии – у 4 (8,33%). Оценка тяжести состояния больных непосредственно перед оперативным вмешательством оценивалась по шкале (Н-Н). I степень – у 31 (64,58%) больного, II степень – у 15 (31,25%) больных, III степень – у 2 (4,16%) больных.

Выводы. Показания к хирургическому лечению больших и гигантских артериальных аневризм в остром периоде САК зависят от динамики сосудистого спазма, объема внутримозговой гематомы, состояния желудочковой системы и выраженности отека мозга. Больным, не имеющим признаков нарастающего сосудистого спазма (имеющим тяжесть состояния I–II по шкале Hunt-Hess), показано хирургическое лечение независимо от сроков после начала субарахноидального кровоизлияния, с целью профилактики повторного разрыва аневризмы. Всем больным с разрывами артериальных аневризм головного мозга с тяжестью состояния I–II степени по (Н-Н), не имеющим ангиоспазм, показано оперативное лечение в остром периоде кровоизлияния.

ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Д.М. Сабиров[1], А.Л. Росстальная[1,2], Х.Х. Дадаев[2]

[1]Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при МЗ РУз
[2]Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Узбекистан

Необходимость длительного применения искусственной вентиляции легких (ИВЛ), как правило, приводит к развитию гнойно-воспалительных осложнений. Ситуация усложняется ещё и тем, что при длительной ИВЛ на фоне тяжелого или крайне тяжелого состояния пациентов и прогрессирующей полиорганной недостаточности отмечается высокая частота возникновения нозокомиальных (НП) и вентилятор-ассоциированных пневмоний (ВАП). В связи с этим борьба с ними является одной из самых актуальных и сложных проблем у пациентов нейрохирургического профиля.

По данным различных авторов, частота ВАП колеблется от 21,3 до 100%. Осложнения возникают при ИВЛ в 51,1% наблюдений, причем у 20,1% из числа умерших они являются основной причиной летального исхода.

Цель исследования. Анализ тактики ведения пациентов с ВАП у нейрохирургических пациентов в комплексе интенсивной и респираторной терапий.

Материал и методы исследования. Проведено ретроспективное исследование. Критерий отбора – длительность ИВЛ более 48 часов. Проанализированы 469 историй болезни пациентов нейрохирургического отделения РНЦЭМП за 2018–2022 годы. Черепно-мозговые травмы – 349 пациентов, ОНМК по геморрагическому типу – 67, травмы спины – 23, объемные образования – 12, воспаление ЦНС – 1, прочее – 17. Средний возраст составил 32±6 лет.

Всем больным проводилась антибактериальная терапия по схеме. 1 схема – цефоперазон+сульбактам (4г/сут)+амикацин (1500–2000мг/сут) или 2 схема – цефоперазон+сульбактам (4 г/сут)+левфлоксацин (1000 мг/сут). В дальнейшем антибиотикотерапия продолжалась согласно результатам бактериального исследования. Пациенты были разделены на 2 группы. 1 группа – с применением традиционной ИВЛ. Режимы и их начальные параметры: SIMV – FiO_2– 50–60%, P_{asb} 20–25 mbar, P_{ins} 10–25 mbar, PEEP >8 mbar или BiPAP–FiO_2– 50–60%, P_{asb} 20–25 mbar, P_{ins} 10–25 mbar, PEEP >8 mbar (n=319). Среднее время нахождения на ИВЛ составило 10,9±4 суток. Второй группе пациентов (n=150) проводилась комбинация традиционной ИВЛ с ВЧ ИВЛ (HFJV–f=100 мин$^{-1}$, MV= 18–19 л, I:E= 1:2 или 1:3). Вентиляция проводилась в течение 1–6 часов, от одного до трех раз в сутки в зависимости от индивидуальных особенностей и нозологии, среднее время нахождения на ИВЛ составило 8,3±2 суток. Параметры ИВЛ во всех группах подбирались индивидуально.

Результаты и их обсуждение. Разработанный нами и примененный протокол антибактериальной терапии по 1 или 2 схемам в ОРИТ явился определяющим фактором снижения летальности у этих больных на 8%. При анализе параметров системной гемодинамики при различных вариантах респираторной поддержки выявлена значительная разница. Так, при режимах отмечено: SIMV – Vm см/с –52,6±4,1; Pi – 1,60±0,1; КО –1,23±0,02; BiPAP – Vm – 54,4±2,1 см/с; Pi – 1,62±0,1; КО–1,23±0,02; HFJV–Vm см/с – 57,8±7,1; Pi – 1,39±0,2; КО – 1,36±0,01. Со стороны параметров респираторной механики и газообмена при применении режима HFJV динамика отмечается уже в 1 сутки (PaO_2/FiO_2 – 538,2, PaO_2– 269,1 мм рт.ст.). В результате исследования выявлено, что у HFJV отсутствуют негативные явления, присущие традиционной вентиляции. Так, при вентиляции в этом режиме отмечалось более низкое ВЧД и более высокое ЦПД, отмечается умеренное нарастание показателя $AVDO_2$. Кроме того, независимо от применяемого режима вентиляции, показатель СрАД оказался прямо пропорциональ-

ным показателю SjO_2 и, соответственно, обратно пропорциональным показателю $AVDO_2$.

Выводы. Применение разработанных антибактериальных схем и проведение респираторной поддержки с HFJV дает возможность достоверно снизить количество респираторных осложнений. Отмечены явные преимущества HFJV над другими способами механической вентиляции легких, а также в комплексной терапии внутричерепной гипертензии. Это свидетельствует о том, что при данном способе вентиляции процессы церебральной перфузии протекают в наиболее благоприятных условиях.

ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

А.Б. Салаев, К.Э. Махкамов, М.К. Махкамов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Тяжелая черепно-мозговая травма (ТЧМТ), учитывая ее распространённость у лиц наиболее трудоспособного возраста и высоких показателей летальности и инвалидизации, остается актуальной проблемой нейрохирургии. В настоящее время доказана способность ликвора усиливать отек головного мозга, проникая в ткань мозга через периваскулярные пространства при ТЧМТ. Современные высокотехнологичные вмешательства с ранней санацией ликвора являются одним из ключевых моментов лечения внутричерепной гипертензии, помимо традиционных декомпрессивных вмешательств.

Цель исследования. Сравнение результатов традиционной декомпрессивной краниэктомии (ДК) с ДК и микрохирургическим вскрытием цистерн основания головного мозга у пациентов с ТЧМТ.

Материалы и методы. Исследованы результаты хирургического лечения 128 больных с ТЧМТ, пролеченных в нейрохирургическом отделении Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в период 2019–2021 гг. Критерием выборки больных являлось нарушение сознания по шкале ком Глазго (ШКГ) менее 8 баллов, наличие сдавления головного мозга внутричерепной гематомой. Средний возраст больных составил 39,8±2,2 года, среди них мужчин было 114 (89,1%), женщин – 14 (10,9%). Больные были разделены на две группы: в первой группе – 86 (75,4%) случаев ДК с удалением внутричерепной гематомы, во второй группе – 42 (24,5%) случая после ДК с удалением внутричерепной гематомы, под микроскопическим увеличением последовательно и целенаправленно вскрыты оптико-хиазмальная, оптико-каротидная, межножковая, прехиазмальная цистерны, завершая вмешательство вскрытием терминальной пластинки. Критерием успешности процедуры явилось поступление эритрохромного ликвора на каждом этапе вскрытия цистерн, приводящего к интраоперационному снижению внутричерепного давления. Всем больным выполнена компьютерная томография в до- и послеоперационный период (на 1–2 сутки), с измерениями объема гематом, размеров ширины парастволовых цистерн мозга.

Результаты и их обсуждения. Наши исследования показали, что в обеих группах средний объем гематом составил 74,4±24,7 $см^3$. В первой группе в послеоперационный период средний размер обводной цистерны составил 2,1±1,1 мм, в группе с дополнительно вскрытием цистерн – 3,4±0,6 мм. При сравнении размеров ширины мостовой цистерны в первой группе – 4,02±2,01, во второй – 5,7±1,4. При статистическом анализе результатов получено статистически значимое различие $p<0,05$. Полученные данные свидетельствовали о более полном раскрытии парастволовых цистерн после микрохирургического вскрытия цистерн мозга и регрессе дислокационного синдрома.

При оценке результатов лечения по шкале исходов Глазго в первой группе: 5 баллов (хорошее восстановление) – 19 (45,2%); 4 балла (умеренные нарушения жизнедеятельности) – 11 (26,1%); 3 балла (тяжелые нарушения жизнедеятельности) – 5 (11,9%); 2 балла (вегетативное состояние) – 2 (4,7%); 1 балл (умерли) – 13 (15,1%). Во второй группе соответственно: 5 баллов – 19 (45,2%); 4 балла – 11 (26,1%); 3 балла – 7 (16,6%); 2 балла – 3 (7,1%), умерли – 2 (4,7%).

Выводы. Полученные результаты лечения при применении микрохирургического подхода в лечении больных с ТЧМТ показывают необходимость дальнейшего развития методики.

НЕЙРОРЕАНИМАЦИЯ БЎЛИМИДАГИ БЕМОРЛАРДА НАФАС ЙЎЛЛАРИ ЎТКАЗУВЧАНЛИГИНИ ТАЪМИНЛАШ УСУЛЛАРИНИ ТАНЛАШ

Солижанов Ш.Ш., Отабаев И.И., Валижанов А.Х., Рахимов Н.Н.

РШТЁИМ Наманган филиали

Клиник текширувлар 2020–2022 йиллар давомида РШТЁИМ Наманган филиали нейрореанимация бўлимида даволанган беморлардан йиғилган тажрибаларга асосланган. Текширув давомида барча беморлар икки гуруҳга ажратилди. Биринчи гуруҳга (28 та бемор) узоқ муддатли трахея интубацияси қўлланган беморлар, иккинчи гуруҳга (26 та бемор) эса 4-суткадан бошлаб нафас йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш ва ўпка сунъий вентиляциясини ўтказиш учун хирургик усулда трахеостомик найча қўйилган беморлар киритилди.

Ҳар бир гуруҳ яна иккитадан кичик гуруҳларга ажратилди: «а» – соғайиб кетган беморлар, «b» – вафот этган беморлар. Текширув босқичлари: I босқич – интубациядан кейинги биринчи сутка, II босқич – учинчи сутка (трахеостома қўйилишидан аввалги), III босқич – бешинчи, яъни трахеостомиядан кейинги иккинчи сутка, IV босқич – еттинчи, яъни трахеостомиядан кейинги учинчи сутка. Ўпканинг тўқималар оксигенациясини таъминлаб бериш функцияси оксигенацион индекс (PaO2/FiO2, норма 350–400) бўйича, инфекцион асоратлар ривожланганлиги лейкоцитлар сони бўйича баҳолаб борилди. Пневмония ривожланганлигини тасдиқлаш учун ўпка МСКТ текширувидан фойдаланилди.

Натижалар: 1. Ёши катта (>65 ёш) беморларда нафас йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш усулларидан қатъи назар учинчи суткага бориб инфекцион асоратлар кузатилди. 2. Бешинчи суткага бориб лейкоцитоз ўсиб борди, бу айниқса «b» кичик гуруҳидаги беморларда тез ва юқори даражада кузатилди. Еттинчи суткада эса бу кичик гуруҳдаги беморларда лейкоцитоз даражаси энг юқори даражага кўтарилди (>30×10*3). «а» кичик гуруҳидаги беморларда лейкоцитлар сони деярли ўзгармаган. 3. Оксигенацион индекс даражаси «b» кичик гуруҳидаги беморларда 200 мм.сим.уст.гача пастлаши кузатилди ва энг паст даража еттинчи суткада намоён бўлди. «а» кичик гуруҳидаги беморларда эса оксигенацион индекс 300 мм.сим.уст. дан пастламади. 4. Биринчи гуруҳдаги беморларда (узоқ муддатли интубация қилинган) пневмония 5-суткада ривожланган, иккинчи гуруҳда (трахеостомия) эса 7-суткада ҳам кузатилмади (МСКТ бўйича). 5. Ўлим даражаси биринчи ва иккинчи гуруҳларда кескин фарқ қилди.

Хулоса. Натижалар шуни кўрсатяптики, трахеостомия ўтказилган беморларда узоқ муддатли интубация қилинган беморларга қараганда инфекцион асоратлар ва пневмония ривожланиш даражаси камроқ экан. Демак, трахеостомия ўтказилганда беморларда инфекцион асоратлар, жумладан пневмония билан асоратланиш камроқ учрайди ҳамда касаллик прогнози ижобий якунланишида катта роль уйнайди.

Трахеостомик найча қўйилганда узоқ муддатли трахея интубациясига нисбатан инфекцион асоратлар, хусусан нозокомиал пневмония билан асоратланиш ҳолатлари камроқ кузатилишини ва прогноз ижобий бўлишини кўрсатиш.

Мавзу долзарблиги. Бош мияда қон айланишининг ўткир бузилиши ташхиси билан ётган беморларнинг жуда кўп қисмида септик асоратлар кузатилади ва бу асосан узоқ муддатли ўпка сунъий вентиляцияси ўтказилиши билан боғлиқ. Бу асоратлар орасида энг кўп учрайдигани нозокомиал пневмония ҳисобланади. Инфекцион асоратлар хавфи асосан нафас йўллари ўтказувчанлигини сунъий равишда тиклаш усуллари (трахея интубацияси ёки трахеостомик найча қўйиш) билан боғлиқ. Бизнинг текширувларимиз нафас йўлларини сунъий тиклашнинг қайси усулида инфекцион асоратлар қай даражада учрашини ўрганишга қаратилган.

СТАЦИОНАРГАЧА ТЕЗ ТИББИЙ ЁРДАМНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШНИНГ ИНСУЛЬТ КАСАЛЛИГИ ПРОГНОЗИГА ИЖОБИЙ ТАЪСИРИ

Солижанов Ш.Ш., Отабоев И.И., Бокиев А.М., Рахимов Н.Н.

РШТЁИМ Наманган филиали

Кириш. Инсульт касаллиги ҳозирда касалланиш даражаси леталлик бўйича юрак-қон томир, онкологик касалликлардан кейинги ўринда турибди. Инсульт касаллиги ўзининг тўсатдан бошланиши ва оғир кечиши, асоратлар қолдириши билан алоҳида аҳамиятга эга.

Республика бўйича йилига 1,6 та инсульт ҳар 1000 кишига ёки 3,8 та ҳодиса ҳар 1000 катта ёшдаги аҳолига тўғри келади. Инсульт касаллигининг илк даврида кўрсатиладиган тиббий ёрдам касалликнинг прогнозида катта аҳамиятга эга. Беморларда ҳушнинг бузилиши турли даражада бўлиб, кома 2–3 даражасида бўлиши респиратор, гемодинамик кескин етишмовчилиги ҳамда нафас, юрак-қон томир, қусиш марказлари таъсирланишига олиб келиб аспирацион синдром ривожланади. Реанимацион бригадалар замонавий реанимобиллар билан таъминланиши, зарур тиббий техника, диагностик аппаратлар, сунъий нафас аппаратлари, трахея интубациясига керакли анжомлар билан таъминланиши кўп ҳолларда бош мия иккиламчи зарарланишининг олдини олади.

Материал ва методлар. РШТЁИМ Наманган филиали нейрореанимация бўлимида 2022 йилда жами 456 нафар инсульт касаллиги билан беморлар даволанишга ётқизилган. Шундан 205 (44,9%) нафари геморрагик типда, 251 (55,1%) нафари ишемик типда инсультларни ташкил қилади. Шундан аёллар 186 та (40,8%), эркаклар 270 (59,2%) тани ташкил қилади. 342 (75%) нафари тез тиббий ёрдам машинасида келтирилган, 114 (25%) нафари йўловчи машинада келтирилган. Бемор яқинлари томонидан шахсий машиналарда келтирилган контингентларда тез ёрдам бригадаси томонидан келтирилган беморларга қараганда юқорида кўрсатилган асорат ва респиратор гемодинамик қўпол ўзгаришлари кўпроқ кузатилди. Бу гуруҳдаги беморларда кўнгил айниб қусиш ва ошқозон ажралмаси қусқи массалар нафас йўлларига аспира-

ция бўлиши асоратлари бемор ҳолатини стационаргача бўлган даврда янада оғирлашишига олиб келади. Филиалда тез тиббий ёрдам маркази таркибида махсус реанимацион бригадалар ташкил қилинган бўлиб, замонавий автотранспорт, барча диагностик ЭКГ, электр сурғич, электродефибриллятор, оксигенация назорати мониторлари, трахея интубацияси учун анжомлар ва портатив сунъий нафас олдириш аппаратлари билан таъминланган. Бригадада олий тоифадаги врач реаниматолог, ўрта махсус тиббиёт ходимлари малакали стационаргача ёрдам кўрсатади. Реаниматолог томонидан бемор ҳолати тўғри баҳоланиб гипоксияга олиб келувчи омилларни бартараф қилиб, албатта ошқозонни зондлаб декомпрессия қилиш алоҳида аҳамиятга эга.

Нафас бузилишлари кузатилганда патологик типдаги нафас юзага келганда трахея интубацияси амалга ошириш сунъий нафас олдиришни йўлга қўйиш беморда кузатилиши мумкин бўлган бош мия иккиламчи зарарланишининг олдини олишда асосий омиллардан ҳисобланади.

Реанимацион бригада томонидан 2022 йилда 342 нафар инсульт касаллиги билан беморларга тез тиббий ёрдам кўрсатилган. Шундан 54 (11,8%) нафар беморларга стационаргача трахея интубацияси ва СНО ўтказиб транспортировка қилинган. Юқоридаги муолажалар ўтказиб стационарга ётқизилган беморларда инсульт касаллиги кечишида асоратларнинг камайиши ишемик зонани кенгаймаганлиги ва аспирацион синдром ривожланиши камайганлиги кузатилди. Бу маълумотлар стационарда компьютер томография ва кўкрак кафасини рентгенологик динамик текширувида кузатиб борилган.

Хулоса. Тез тиббий ёрдам таркибида махсус реанимацион бригадалар замонавий диагностик ва организм ҳаётий кўрсаткичлари мониторингини олиб борувчи тиббий анжомлар билан таъминланиши реаниматолог томонидан бемор ҳолатини тўғри баҳолашига ва респиратор гемодинамик кўрсаткичларнинг узлуксиз кузатувини таъминлайди. Инсульт касаллигида кома ҳолатларида стационаргача даврда ошқозонни зондлаш ва декомпрессия қилиш, ҳушнинг сопор ва кома даражасигача бузилиши (ШКГ бўйича 12 дан кам) ва нафас бузилишлари кузатилганда трахея интубациясини бажариш, сунъий нафас олдириш давомида транспортировка қилиш инсульт касаллигининг кечишини енгиллаштиради ва асоратларнинг олдини олиш оқибатида инсульт касаллигининг даволанишида ижобий натижага олиб келади.

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Х.М. Турсунов, М.М. Бахадирханов, Ж.А. Назарова, А.А. Анваров

ЦРПКМР
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Уровень смертности от цереброваскулярных болезней в нашей стране имеет пятикратное превышение соответствующих показателей по сравнению с другими странами. В странах Западной Европы, США, Японии, Австралии за 15 лет смертность от инсульта снизилась более чем на 50% (ежегодно на 3–7%) и составляет в настоящее время 0,4–0,6 на 1000 населения (в 2–3 раза меньше, чем в Российской Федерации). Эти достижения явились результатом работы в двух основных направлениях: уменьшение заболеваемости инсультом путем внедрения эффективных методов профилактики и снижение летальности при инсульте посредством совершенствования системы оказания медицинской помощи больным и использования новых высокотехнологичных и эффективных методов лечения.

Цель исследования. Изучить летальность на догоспитальном этапе при транспортировке больных в стационары с острым нарушением мозгового кровообращения.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования был проведен ретроспективный анализ поступлений в РНЦЭМП с ОНМК по историям болезни за 2018–2022 годы. Проанализировано 1300 историй болезни. Статистическая обработка результатов проводилась с применением пакета прикладных программ «Microsoft Exel» и «Statistica 7,0» для «Windows».

Результаты исследований и их обсуждение. За период исследования доля больных инсультом, доставленных бригадой СМП, увеличилась на 15% (с 64,4% в 2018 г. до 79,1% в 2022 г.). Оптимизация сроков госпитализации для повышения эффективности терапии церебрального инсульта достигается разработкой маршрутизации транспортировки больных. Для сокращения сроков доставки больных госпитализация больного осуществляется первой бригадой СМП, установившей диагноз ОНМК. Бригады скорой медицинской помощи доставляли больных с признаками ОНМК в РНЦЭМП, минуя приемное отделение.

Проведенные медико-организационные мероприятия позволили на 50% снизить летальность на догоспитальном этапе – с 0,4 до 0,2% ($p<0,001$).

Значительно снизилась летальность на догоспитальном этапе при геморрагическом инсульте

(с 53,3% до 9,5%; p<0,001). Среднемесячное число умерших от ГИ за пятилетний период составило 1,3±0,12 случая. Наибольшим оно оказалось в январе и июне. Летальность от ишемического инсульта отмечалась только в 2022 г. (0,1%). В структуре догоспитальной летальности в присутствии бригад СМП доля умерших от ОНМК в динамике также снизилась (с 6,0 до 3,7%; p<0,001).

Заключение. Реализация мероприятий по оптимизации оказания СМП больным с ОНМК позволила снизить показатель летальности на догоспитальном этапе на 10,0%, который в 2022 году составил 0,2%, преимущественно за счет снижения летальности от геморрагического инсульта на 12,2%.

МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С НЕРАЗОРВАВШИМИСЯ БЕССИМПТОМНЫМИ АНЕВРИЗМАМИ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Р.Б. Хазраткулов, М.М. Рузикулов, Г.М. Кариев, М.И. Бурнашев, Н.К. Абдуллаев

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии, Узбекистан

Своевременное оказание медицинской помощи, комплексная диагностика и дифференцированное лечение больных с неразорвавшимися бессимптомными аневризмами головного мозга позволяет установить диагноз и определить тактику лечения, что способствует улучшению исходов в остром и отдалённом периоде и сокращению смертности, инвалидизации и сроков пребывания больных на стационарном лечении.

Цель работы. Уточнение показаний к микрохирургическому вмешательству по итогам результатов у пациентов с бессимптомными аневризмами сосудов головного мозга.

Материал и методы исследования. Работа основана на анализе лечения 120 пациентов с неразорвавшимися аневризмами сосудов головного мозга. Возраст варьировал от 6 до 67 лет. Средний возраст составил 43 лет. Среди них было 47 мужчин и 73 женщины. 8 пациентов имели множественные аневризмы сосудов головного мозга. В нашем исследовании всем 120 пациентам были произведены хирургические вмешательства (100%). У некоторых пациентов были произведены краниотомия с микрохирургическим клипированием аневризмы и эндоваскулярные вмешательства. Краниотомия с микрохирургическим клипированием аневризмы произведена у 105 пациентов (87,5%) с церебральными аневризмами. 15 (12,5%) пациентам было назначено эндоваскулярное лечение. Показаниями для хирургических вмешательств данной патологии являлась локализация и расположение аневризмы несущего сосуда головного мозга.

Результаты. Пациенты обращалась в клинику с основными жалобами на наличие головных болей. У многих пациентов (40% случаев) выявлены головные боли хронического характера, в основной лобной и затылочной областях. Больные жаловались на головные боли, усиливающиеся при физической нагрузке. Многие пациенты также имели головные боли с последующими тошнотой и рвотой. Некоторые пациенты теряли сознание (7,5%) из-за мучных головных болей. Основные жалобы пациентов при обращении в приемный покой – наличие артериальной гипертензии, одна из причин появления артериальной аневризмы сосудов головного мозга. 78 (65%) пациентов имели гипертонические болезни. У 64 (53,33%) пациентов были обнаружены аневризмы внутренней сонной артерии и средней мозговой артерии – 33 (27,5%). Все пациенты, которые обратились в поликлинику после обследования магнитно-резонансной томографии, был поставлен диагноз в ангиорежиме, МСКТ-ангиография сосудов головного мозга или селективная церебральная ангиография.

Выводы. Внедрение малоинвазивных методов нейровизуализации привело к увеличению числа больных снеразорвавшимися бессимптомными аневризмами сосудов головного мозга. На сегодняшний день отсутствуют какие-либо стандарты ведения пациентов с неразорвавшимися аневризмами сосудов головного мозга и конкретные осложнения оперативного вмешательства. На наш взгляд, в клиниках, где накоплен достаточный опыт хирургии разорвавшихся аневризм с оптимальными показателями «отличных» и «хороших» результатов и низкими показателями послеоперационной летальности, целесообразно развивать хирургию неразорвавшихся аневризм при размерах последних более 5 мм, особенно при наличии у пациентов факторов риска их разрыва.

РАННИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ОТЕКА ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВООТЕЧНОЙ ТЕРАПИИ

А.У. Хасуева, В.Д. Слепушкин

ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, г. Владикавказ

Основной патогенетический компонент инсульта, формирующий неврологический дефицит у пациентов – отек-набухание головного мозга [Гусев Е.И. с соавт., 2019, 2021]. Необходима ранняя диагностика степени формирования отека головного мозга, а также постоянный мониторинг степени отека для контроля эффективности проводимой

терапии и с целью выявления прогноза течения заболевания.

Цель исследования. Стратифицировать инвазивные и неинвазивные методики возможности выявления отека мозга в ранние сроки возникновения ишемического инсульта, позволяющие оценить эффективность назначаемой противоотечной терапии.

Материал и методы исследования. Обследовано 153 пациента с ишемическим инсультом в возрасте 30–60 лет (46,0±1,5), из них мужчин – 53, женщин – 100. Использованы следующие методы верификации отека головного мозга: инвазивные – измерение внутричерепного давления; частично инвазивные (связанные с забором крови) – определение осмолярности плазмы крови; неинвазивные – КТ и МРТ головного мозга, БИС-мониторинг головного мозга, церебральная оксиметрия. У 56 пациентов определяли концентрацию ионов натрия и лактата в крови, оттекающих от головного мозга. В образцах крови определяли концентрацию натрий-уретического мозгового пептида. Перечисленные методики применяли в первые часы (3,6,12,18 и 24 ч) первых суток и далее – со вторых по пятые сутки острейшего течения заболевания во время пребывания пациентов в отделении интенсивной терапии. Все исследования со вторых по пятые сутки проводили в утренние часы. У 46 пациентов оценили эффективность применения L-лизина эсцината в качестве противоотечного средства. Препарат инфузировали или в первые, или во вторые сутки развития заболевания.

Результаты. Использование инвазивного метода путем измерения внутричерепного давления (ВЧД) путем хирургической имплантации датчика в субдуральное пространство регистрировало повышение ВЧД в первые 3 часа после эпизода ишемии у 97% пациентов, что отражало развитие отека головного мозга. Метод инвазивного определения ВЧД был нами принят в качестве эталона ранней диагностики отека головного мозга. Среди неинвазивных методов в первые 6 часов с момента возникновения инсульта прямая корреляция отмечалась при использовании БИС-мониторирования (регистрировали снижение показателей ниже 20 у.е. у 87% пациентов) и церебральной оксиметрии (отмечали нарастание свыше 85 мм рт.ст. у 82% пациентов). Метод МРТ-визуализации показывал картину отека головного мозга у 12% пациентов начиная с 18 часов, а метод КТ-визуализации – у 9% пациентов начиная с 18 часов после возникновения эпизода ишемии. Частично инвазивный метод – определение осмолярности плазмы крови показал увеличение осмолярности выше 340 мосм/л в качестве косвенного метода наличия отека головного мозга, но только спустя 24 часа от развития эпизода ишемии. Гиперосмолярность связана с гипернатриемией в результате уменьшения секреции натрий-уретического мозгового пептида. Использование указанных методов позволило показать патогенетическую цепь развития отека головного мозга у пациентов с ишемическим инсультом, а именно – вазоспазм, далее – ишемия, далее – вазогенный отек, далее – гипоксия и, наконец, – гипернатриемический гиперосмолярный (цитотоксический) отек головного мозга.

Применение противоотечного средства L-лизина эсцината (10 мл на 100 мл физиологического раствора хлорида натрия внутривенно капельно) эффективно только в первые сутки развития ишемического инсульта, то есть в период развития ишемии вазогенного компонента. При этом общая летальность пациентов в течение первых пяти суток снижалась на 5,6%. Использование инфузии L-лизина эсцината во вторые сутки развития заболевания не оказывало влияния на летальность пациентов.

Заключение. С целью раннего (в первые часы) выявления отека головного мозга у пациентов с ишемическим инсультом целесообразно использовать неинвазивные методы, такие как БИС-мониторирование и/или церебральная оксиметрия головного мозга, которые способствуют оценке степени нарастания или уменьшения отека в режиме online, что позволяет оценивать эффективность проводимой противоотечной терапии. Использование L-лизина эсцината эффективно в качестве противоотечного средства только в первые сутки после возникновения эпизода ишемического инсульта.

ПРИМЕНЕНИЕ СЕМАКСА У БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Н.А. Ходжаева, М.М. Равшанова

**Бухарский филиал РНЦЭМП,
Узбекистан**

Расстройства мозгового кровообращения на сегодняшний день представляют собой одну из основных причин преждевременной смерти и утратытрудоспособности в экономически развитых странах мира. Ещё больше распространено хроническое расстройство мозгового кровообращения – хроническая ишемия головного мозга, или дисциркуляторная энцефалопатия. Совершенствование методов лечебных и реабилитационных мероприятий у больных с расстройствами мозгового кровообращения позволит уменьшить летальность и снизить степень инвалидизации.

Цель исследования. Анализ результатов исследований, посвящённых применению нейропептидного препарата Семакс у больных с цереброваскулярной патологией.

Нейрометаболическое действие Семакса связано с его способностью повышать эффективность

метаболизма нервных клеток (в том числе и глиальных в неблагоприятных условиях – гипоксия, ишемия, оксидантный стресс и др.). Он улучшает переносимость гипоксии нервной тканью, ускоряет проникновение глюкозы через гематоэнцефалический барьер.

Ноотропное действие Семакса заключается в выраженном воздействие на процессы запоминания новой информации, препарат повышает внимание в процессах обучения и обработки информации, улучшает консолидацию памятного следа и вспоминание прошедших событий.

Результаты. В исследовании, длившемся год (95 пациентов), применение семакса у больных дисциркуляторной энцефалопатии привело к значительному клиническому улучшению, способствовало стабилизации течения заболевания (у 80% пациентов по сравнению с 40% контрольной группы), снижало риск возникновения эпизодов острой церебральной ишемии – транзиторных ишемических атак и инсультов – в 2–2,5 раза. Одновременно происходило снижение выраженности когнитивных и психоэмоциональных расстройств.

Также применение Семакса уже с 10–14 суток вызывало статистически значимый регресс когнитивных нарушений. Нормализация когнитивных функций у пациентов коррелировала с положительной динамикой индекса Бартел: в группе Семакса она проявилась в первый месяц.

Все проведенные исследования подтвердили безопасность приёма Семакса: с высокой степенью достоверности установлено отсутствие клинически значимых побочных эффектов.

Заключение. Таким образом, представленные результаты подтверждают эффективность препарата Семакс при лечении пациентов с острыми и хроническими расстройствами мозгового кровообращения.

ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП ПРИ ИНСУЛЬТАХ

Н.А. Ходжаева, М.К. Тешаева

**Бухарский филиал РНЦЭМП,
Узбекистан**

Инсульт – это нарушение функций головного мозга из-за нарушений в его кровоснабжении. Нарушения кровоснабжения головного мозга при инсульте могут быть связаны с развитием ишемии (малокровия, отсутствия кровоснабжения) вследствие закупорки сосуда или сужения просвета сосуда тромбом, или атеросклеротической бляшкой, или вследствие нарушения целостности сосуда или проницаемости его стенки и последующего кровоизлияния. Инсульт является заболеванием, требующим неотложной медицинской помощи, и может привести к необратимым нарушениям функций и даже смерти. Чем раньше начнется оказание квалифицированной медицинской помощи при инсульте, тем выше шансы на сохранение жизни и восстановление утраченных функций. Поэтому оптимально, если медицинская помощь начнет оказываться не позднее 3-х часов от начала инсульта. После 3-х часов от начала заболевания клетки головного мозга в зоне ишемии начинают претерпевать необратимые изменения. Признаки инсульта могут включать один или несколько симптомов: слабость, паралич (неспособность двигаться) или онемение лица или конечностей на одной стороне тела; отклонение языка в одну сторону.

Самая главная первая помощь при инсульте – немедленно вызвать скорую помощь. Если вы находитесь в регионе, где нет скорой помощи или скорая помощь приезжает через несколько часов, то необходимо транспортировать больного в лежачем положении на боку (для предупреждения вдыхания рвотных масс), с обеспечением проходимости дыхательных путей, в ближайшее медицинское учреждение, где может быть оказана помощь. Лучше позвонить туда заранее и предупредить о том, что вы везете больного с инсультом.

1. Успокойте больного, сообщите ему, что вы им занимаетесь и что скорая помощь скоро прибудет.

2. Не давайте больному ничего пить или есть. Не давайте больному никаких лекарств.

3. Уложите больного на горизонтальную поверхность. Не позволяйте больному двигаться. Если больной без сознания или его тошнит (рвет): немедленно поверните больного на бок, сразу же удерживая голову в положении на боку для удаления рвотных масс. Необходимо следить за положением языка – чтобы его западение не перекрыло дыхательные пути. Расстегните ворот, пояс и все другие элементы одежды, стягивающие тело и ухудшающие кровоснабжение. Снижать давление лекарственными препаратами без врача категорически запрещено!

Простые манипуляции со льдом (снегом) и грелками помогут немного снизить артериальное давление; холодные (ледяные) компрессы следует накладывать на зону синокаротидного узла (под нижней челюстью сбоку от трахеи. Снизить давление помогут и несколько нажатий пальцами на глазные яблоки. Прикладывать лед (холод) к голове, затылку нельзя – это может ухудшить кровоснабжение головного мозга!

ИССЛЕДОВАНИЕ НЕЙРОПРОТЕКТОРА СЕМАКС У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Н.А. Ходжаева

**Бухарский филиал РНЦЭМП,
Узбекистан**

Инсульт – острое развитие неврологического дефицита в результате нарушения мозгового кровообращения по ишемическому или геморрагическому типу. Независимо от причины, вызвавшей локальную ишемию мозга, развивается каскад патобиохимических и патофизиологических изменений, приводящих к необратимому повреждению нервной ткани по механизмам некроза и апоптоза. В патогенетическом лечении острой фокальной ишемии головного мозга выделяют два основных направления: реперфузию и нейропротекцию.

В соответствии с патогенезом инсульта различают первичную и вторичную нейропротекцию.

Цель. Исследование эффективности и безопасности введения пептидного Семакса пациентам с ишемическим инсультом в зависимости от его тяжести.

Методы и исследование. Критерии отбора пациентов:

1) возраст пациентов до 65 лет;

2) начало терапии не позднее 12 часов от возникновения симптоматики ОНМК;

3) отсутствие тяжелой сопутствующей соматической патологи (анамнестические, клинические, лабораторные данные).

В исследовании участвовало 50 пациентов в возрасте от 26 до 65 лет, которые были разделены на 2 группы по 25 пациентов в каждой. Первой группе больных на фоне базисной терапии вводили пептидный нейропротектор «Семакс», второй – применялась только базисная терапия. Базисная терапия включала в себя гемодилюцию, антикоагулянтную, антиагрегантную, осмотическую терапию. Введение «Семакса-1%» интраназально начиналось сразу же после поступления больного в стационар и продолжалось в течение 10 суток в дозе 12 мг/сут (инсульт средней степени тяжести) и 18 мг/сут (тяжелые инсульты). Оценка состояния пациентов включала в себя соматическое неврологическое обследование, проведение ЭКГ, взятие клинических и биохимических анализов крови и мочи. Компьютерная томография (КТ)головного мозга проводилась в первые 25–30 минут от момента поступления пациента.

Результаты и обсуждение. При анализе клинической динамики в группах больных, получающих базисную терапию + препарат Семакс и только базисную терапию, было выявлено достоверное ускорение регресса неврологической симптоматики у пациентов, получающих Семакс.

При инсульте средней степени тяжести с преобладанием в клинической картине очаговой неврологической симптоматики эффективность препарата Семакс проявлялась с 1-го дня лечения в виде повышения общей активности и улучшения их эмоционального состояния. На 6-е сутки заболевания у 82% пациентов первой группы отмечался ускоренный темп восстановления двигательного дефицита (нарастание мышечной силы в паретичных конечностях), у 48% пациентов – частичный регресс речевых нарушений. Во второй группе пациентов регресс двигательного дефицита наблюдался лишь у 40%, речевое восстановление отмечалось у 19%. При тяжелых инсультах применение Семакс (в дозе 18 мг/сут) позволило достоверно ускорить обратное развитие общемозговой и вегетативной симптоматики по сравнению с контрольной группой.

Вывод. Препарат Семакс, обладая комплексным защитным действием, оказывает нейропротективный эффект в острый период ишемии, снижая уровень ишемического повреждения и предотвращая локальную деструкцию ткани. Он является идеальным препаратом для ранней терапии ОНМК.

ТРАНЗИТОР ИШЕМИК АТАКА БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИНГ ИШЕМИК ИНСУЛЬТГА ЎТИШИНИНГ РШТЁИМ НАВОИЙ ВИЛОЯТ ФИЛИАЛИ БЎЙИЧА КЎРСАТКИЧЛАРИ

Шамурадов А.Б., Нарзиев Ф.Э.

РШТЁИМ Навоий филиали

Транзитор ишемик атака (ТИА) – касалликнинг клиник симптомлари тўсатдан бир неча сония ёки 1–2 дақиқадан 10–15 дақиқагача давом этади. Баъзи ҳолларда бир неча соатдан бир суткагача давом этиши мумкин. Бош мия зарарланишида ишемик ўчоқлар каротид ёки вертебро-базиляр бассейнда аниқланади. Умуммия белгилар кам ҳолларда учраши мумкин. ТИА клиник кўринишига кўра ишемик инсульт кўринишида намоён бўлади. ТИА кўп ҳолларда енгил неврологик бузилишлар кўринишида кузатилади: юз ва қўлларда увишиш, гемипарез ёки қўлларда монопарез типида. Кўп ҳолларда гемиплегия ва тотал афазия кузатилиши мумкин. Баъзи ҳолларда бир томонлама кўриш ҳам пасайиб кетиши мумкин. Бу ҳолат кўз артериясида қон айланиши бузилишини белгисидир.

ТИА ҳозирги вақтда инсультга олиб келиш хавфини билдирадиган касаллик бўлиб: 30–40% ТИА ўтказган беморларда 5 йил ичида инсульт ривожланади. ТИА билан оғриган беморлар ичида атакалар такрорланиши инсульт билан касалланиш хавфининг 1,5 баробар ошишига олиб келади.

2019–2020 йилларда РШТЁИМ Навоий филиали шошилинч неврология бўлимида 2680 та бемор

даволанган. Шундан 276 беморда транзитор ишемик атака (ТИА) аниқланган ва шошилинч ётқизилган. ТИА билан ётқизилган беморлардан, аёллар 177 (64%), эркаклар 99 (36%). Беморлар ёшига нисбатан: 18-44 ёш 28 (10,1%), 44–58 ёш 89 (32,%), 59–70 ёш 115 (41,6%), 70 ёшдан юқори 44 (15,9%)ни ташкил этди. 276 та ТИА ташхисланган беморлардан 5,7% (16) да инсультга ўтиши кузатилган. ТИА шошилинч тиббий ёрдам даволаш стандартлари бўйича даво муолажаларини олган.

Динамик кузатувлар натижасида, ТИА ташхисланган беморларни икки гуруҳга бўлганимизда: 62% (171) беморларда вертебро-базилляр бассейнда ва 38% (105) беморларда чап ва ўнг каротид бассейнларда ТИА кузатилган.

Вертебро-базилляр бассейнда ТИА кузатилган беморларда клиник белгилар намоён бўлишига қараб: бош оғриши ва бош айланиши 100%, ҳушини йўқотиш 100%, диплопия 68%, монопарез 0%, гемипарез 0%, дизартрия 18%, ретроград амнезия 78%, бош мия жуфт нервлари парези 18% ҳолатда кузатилган.

Чап ва ўнг каротид бассейнларда ТИА кузатилган беморларда клиник белгилар намоён бўлишига қараб: бош оғриши ва бош айланиши 100%, ҳушини йўқотиш 27%, диплопия 0%, монопарез 32%, гемипарез 100%, дизартрия 48%, ретроград амнезия 6%, бош мия жуфт нервлари парези 68% ҳолатда кузатилган. Охирги 2 йил давомида ТИА билан оғриган беморларнинг 16 (5,7%) тасида ишемик инсульт кузатилган. Шундан 3 та (1,08%) бемор ўлим ҳолати кузатилган. ТИА билан даволанган беморлар стандарт асосида ўртача 5,3 ўрин кун даволанган.

К ВОПРОСУ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ИНСУЛЬТАХ НА ЭТАПЕ ТРАНСПОРТИРОВКИ В СТАЦИОНАР

А.Т. Эрметов, О.В. Карабаев, Ж.Х. Умаров

Ташкентский областной филиал РНЦЭМП

Актуальность. Мозговой инсульт (МИ) – заболевание, вызывающее острое очаговое поражение мозга. Необратимые изменения мозговой ткани при мозговом инсульте «ядро инсульта» возникают уже спустя 1–6 часов от его начала. В связи с этим проблема ранней диагностики и лечения МИ является весьма актуальной и проблематичной, с учетом того, что Ташкентскую область обслуживают в основном неспециализированные бригады СМП.

Цель исследования. Оптимизировать оказание помощи больным с инсультами на этапах медицинской эвакуации и внести коррекции в протоколы оказания первой медицинской помощи при МИ.

Материалы и методы. По нашим данным, процент встречаемости МИ в Ташкентской области возрос (возможно) с пандемией COVID. В погодовом разрезе: в 2020 г. встречаемость МИ составила: ишемический инсульт (ИИ) – 85%, геморрагический инсульт (ГИ) – 13%, нетравматическое субарахноидальное кровоизлияние (САК) – 2%. В 2022 г. ИИ – 83%, ГИ – 15%, САК – 3%. Таким образом, в 2022 году процент различных МИ вырос на 2,3%. Существуют определенные критерии изменений в соматическом статусе и неврологической симптоматике, которые с учетом анамнеза, факторов риска и состояния больного на момент первичного осмотра позволяют уже на догоспитальном этапе установить тип МИ и начать патогенетическое лечение. Однако выявление очаговых симптомов, характерных для различных типов МИ, иногда представляет значительные трудности, особенно если больной находится в коме, когда собрать полный анамнез не представляется возможным. Это затрудняет дифференциальную диагностику с другими заболеваниями, при которых также возможна потеря сознания (уремическая), окончательно установить тип и вид МИ, начать дифференцированное лечение на догоспитальном этапе (тромболизисная терапия), подчас возможно только при привлечении специализированных неврологических бригад СМП и проведении КТ-исследования.

Заключение. Считаем необходимым для соблюдения общих принципов лечения МИ на этапе медицинской эвакуации до доставки в стационар строго соблюдать следующие правила: 1. Коррекция дыхательных нарушений:

– у пациентов с угнетением сознания проводят «тройной прием Сафара»: запрокидывание головы, выдвижение нижней челюсти и открывание рта, а также снятие зубных протезов для фиксации языка, туалет ротоглотки. При необходимости – введение S-образного воздуховода.

– больной должен находиться в постели с приподнятым до 30° головным концом (без сгибания шеи) или с поворотом головы набок (для предотвращения развития аспирационного синдрома). 2. Неспецифическая медикаментозная терапия включает в себя: нейропротекторы (ингибиторы глутамата); сульфат магния 7–10 мг/кг в 100–150 мл изотонического раствора в/в капельно; дегидротационная терапия (не применяется при низком давлении); глюкокортикостероиды. 3. Гипотензивная терапия не проводится, если АД < 220/120 мм рт.ст. 4. Противоотечная терапия, антиоксидантная терапия, нормализация вегетативных нарушений – Оксибутират натрия 120–150 мг/кг в/м, симптоматическая терапия, противо-

судорожная терапия, нейропротективная терапия. Все вышеуказанные мероприятия необходимо проводить как у постели больного, так и в ходе транспортировки, без ущерба для времени доставки пациента в стационар.

Выводы. Необходим тщательный сбор анамнеза на предмет приема пациентом антиагрегантов или антикоагулянтов ввиду дальнейшей возможности проведения тромболизисной терапии и/или тромбоэкстракции. Отсутствие сведений о приеме препаратов должно оцениваться как превентивный прием препарата.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛИМФОТРОПНОЙ ПРОТИВООТЕЧНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

О.Ш. Эшонов, А.Р. Ярашев, Х.Ш. Шомуродов, А.Т. Чулиев, С.С. Саидов

**Бухарский государственный медицинский институт
Бухарский филиал РНЦЭМП,
Узбекистан**

Актуальность. До недавного времени мозг считался единственным органом в организме человека, не имеющим лимфатической системы. Два открытия произвели революцию в этой концепции очистки мозговых отходов. Первое – описание системы в 2012 г. особенности ликвородинамики спинномозговой жидкости между глиальными клетками, называемой глимфатической системой, второе – описание в 2015 г. наличия лимфатических сосудов в твердой мозговой оболочке, непосредственно контактирующих с внутричерепными венозными синусами. Эти сосуды экспрессируют все специфические маркеры лимфатического эндотелия и способны дренировать молекулы, присутствующие в спинномозговой жидкости. Они соединяются с шейными лимфатическими сосудами, проходя через различные отверстия основания черепа.

Последние данные о глимфатической системе и открытие внутричерепных лимфатических сосудов открывают новую страницу в понимании физиологии и патофизиологии мозга. Разработка терапевтических стратегий, направленных на поддержание целостности лимфатической системы, может стать инновационным подходом в лечении черепно-мозговых травм.

Цель исследования. Изучение эффективности лимфотропной противоотёчной терапии при ЧМТ.

Материалы и методы. В отделении нейрореанимации Бухарского областного филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи обследовано 35 пациентов с ЧМТ в возрасте 32 до 65 лет (средний возраст 56,3±3 года). Были сформированы 2 группы. Пациенты группы сравнения (n=15) получали стандартную интенсивную терапию. Пациенты основной группы (n=20) в комплексе стандартной интенсивной терапии дополнительно получали лимфотропную противоотёчную терапию.

Основные параметры сравнения: оценка уровня сознания по шкале ком Глазго (ШКГ), МСКТ на первые, пятые и десятые сутки ЧМТ и при переводе из отделения нейрореанимации в профильное отделение, летальность, длительность нахождения в палате реанимации. Лимфотропное подкожное введение лекарственной смеси осуществляли субмастоидально справа или слева ежедневно, всего 5 раз, в составе: лидокаин 2% – 1мл, дексаметазон 4 мг – 1 мл, 10% р-р глюкозы 3 мл в одном шприце. На момент первой оценки по ШКГ результаты в группе контроля составили 8,1±1,3 балла, а в основной группе – 7,5±1,4 балла соответственно, что свидетельствует о сопоставимости групп данного исследования.

Результаты исследования. На фоне стандартной интенсивной терапии на 5 сутки отмечалась тенденция к улучшению оценки по ШКГ у пациентов контрольной группы: с 8,1±1,3 балла до 9,8±1,2 балла соответственно, при этом $p>0,05$. После лимфотропной терапии на 5 сутки отмечалось достоверное улучшение оценки по ШКГ у пациентов основной группы: с 7,6±1,7 балла до 10,7±1,2 балла соответственно.

На первичном МСКТ у всех обследованных больных отмечались признаки отека мозга (сглаженность борозд, контузионные очаги, смещение срединных структур, сдавление и деформация желудочков и ликворопроводящей системы мозга, сужение базальных цистерн). На фоне проводимой интенсивной терапии в сочетании с лимфотропной противоотечной терапии, наряду с улучшением в неврологическом статусе на 2-м МСКТ отмечалось значительное уменьшение вышеуказанных признаков внутричерепной гипертензии. Уже на 3-м МСКТ у всех больных, получавших лимфотропную противоотечную терапию, отмечалось полное исчезновение смещения срединных структур мозга, восстановление проходимости ликворопроводящей системы головного мозга.

Летальность в течение первых пяти суток с ЧМТ в контрольной группе составила 3 из 15 пациентов, что составляет 20%, в основной группе наблюдалась у 3 из 20 пациентов, что составляет 15%. Перевод в профильное отделение после 5 суток пребывания в отделении реанимации состоялся во всех 13 случаях, при этом отмечалось дальнейшее улучшение оценки по ШКГ до 12,8±1,2 балла.

Выводы:

1) При использовании подкожных субмастоидальных лимфотропных лимфостимулирующих инъекций в лечении острой ЧМТ происходит более ранняя регрессия отёка мозга, отмечается более быстрое восстановление функций ЦНС (по ШКГ), уменьшение летальности и срока пребывания в палате реанимации в сравнении со стандартной терапией.

2) Это позволяет сделать вывод о включении в комплексное стандартное лечениебольных с ЧМТ предложенного метода лимфотропной противоотёчной терапии.

ШКАЛА ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ И ПРОГНОЗА НЕЙРОРЕАНИМАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ

О.Ш. Эшонов, А.Р. Ярашев

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. Одним из быстропрогрессирующих направлений в клинической медицине, несомненно, является прогнозирование заболеваний с помощью специальных моделей и шкал. Обычный эмпирический подход ограничен возможностями специалиста, не может использоваться молодыми врачами, не всегда дает стабильный результат, не является прозрачным и ограничен в совершенствовании диагностических возможностей.

Оценка тяжести состояния нейрореанимационных пациентов необходима для решения задач, основными из которых являются не только лечебные, но и юридические. Исходя из этих соображений, прогнозирование исходов заболевания остается важнейшим аспектом клинической медицины. Объем данных, полученных с помощью клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования, экспоненциально растет в течение нескольких последних десятилетий. Выбор правильного решения имеет решающее значение для выбора адекватной тактики интенсивной терапии. Для того чтобы принять правильное решение в отношении оценки тяжести и прогноза, касающееся пациента отделения интенсивной терапии, необходимо использование специальных инструментов – шкал оценки тяжести и прогнозирования исхода.

Шкала комы Глазго (ШКГ) – это самая распространенная и известная системаоценки уровня нарушения сознания и степени комы.

Важно подчеркнуть, что шкалы прогноза не предназначена для того, чтобы предсказать смерть отдельного пациента со стопроцентной точностью. Высокие оценки по шкале не означают полной безнадежности, также, как и низкие оценки не страхуют от развития непредвиденных осложнений или случайной смерти. Актуальным вопросом сегодня можно считать целесообразность применения оценочных шкал при оказании помощи пострадавшим с тяжелой черепно-мозговой травмой (ТЧМТ) на госпитальном этапе.

Материал и методы исследования. Проведен анализ объективного статуса по предложенной нами шкале оценки тяжести состояния и прогноза заболевания у 105 пациентов, поступивших в отделение нейрореанимации Бухарского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в течение 2020–2022 гг. Тяжесть уровня нарушения сознания и степени комы была оценена при поступлении по шкале ком Глазго и Глазго–Питсбург. Больные были разделены на 2 группы: I-я – пациенты с черепно-мозговой травмой (n=39), II-я – пациенты с нетравматическим повреждением мозга (n=66). Все пациенты получали стандартную интенсивную терапию: ИВЛ, коррекция гемодинамики (обеспечение мозгового перфузионного давления >70 мм Hg), водно-электролитного баланса, кислотно-щелочного, газового и температурного гомеостаза, ранняя энтеральная нутритивная поддержка со 2–3 суток, антибактериальная терапия, а также профилактика обострений и лечение сопутствующей патологии.

При разработке новой шкалы факторы, влияющие на исход заболевания у нейрореанимационных больных, были выделены на экстракраниальные и интракраниальные. Из лабораторных анализов использовался только индекс соотношения палочкоядерных нейтрофилов к лимфоцитам (ИСНЛ), что имеет важное значение в оценке эффективности лечения, определения исхода и прогнозирования заболевания у нейрореанимационных больных.

Результаты исследования и их обсуждение. При оценке по новой шкале результаты состояния и прогнозирования исхода заболевания сопоставили с другими традиционными шкалами (APACHE III, SAPS II) угнетения сознания 8 баллов и менее, и 9 баллов и более (вне комы). Нами были получены следующие данные: при сопоставлении результатов оценки состояния и прогноза заболевания отмечалась прямая корреляционная связь с традиционными шкалами (APACHE III, SAPS II). Следует отметить, что для вычисления прогноза с помощью вышеуказанных традиционных шкал требуются сложные лабораторные и инструментальные тесты, что непосильно для каждого медицинского учреждения, тогда как для использования новой шкалы требуются минимальные

лабораторно-инструментальные и клинические данные, что делает его удобным, простым и малозатратным.

Оценка SAPS II состоит из 12 физиологических переменных и 3 переменных, связанных с заболеванием. Оценка APACHE II состоит также из 12 физиологических переменных и 2 переменных, связанных с заболеванием.

При вычисления баллов была выявлено прямая пропорциональная взаимосвязь между показателем летальности и суммарного балла, чем выше суммарный балл, тем более высок риск летального исхода. Исходя из этого были выделены 3 категории: в первой категория, в которой суммарный балл составлял до 15 баллов, вероятность летальности может составлять менее 25%, во второй категории, где суммарный балл был от 16 до 25 баллов, вероятность летальности может составлять до 50%. В третьей категории, где суммарный балл составлял от 26 до 33 баллов, вероятность летальности составляет до 75%.

Таким образом, простота данной шкалы позволяет использовать ее каждый день для оценки эффективности проводимой интенсивной терапии и даст возможность своевременно провести коррекцию. Новую шкалу можно использовать в любом отделении реанимации для оценки прогнозирования исхода заболевания.

V. ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫЕ И ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С СОЧЕТАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ И КАРОТИДНЫХ АРТЕРИЙ

Д.А. Алимов, Р.А. Рахимова, Н.Г. Дадамьянц, Р.К. Джамалдинова

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Как известно, атеросклероз является системным заболеванием, и в 21 – 26 % случаев поражается не один, а несколько артериальных бассейнов. Сочетание поражения нескольких артериальных бассейнов утяжеляет естественное течение и прогноз атеросклероза. Нестабильность атеросклеротической бляшки в одном сосудистом бассейне сопряжена с дестабилизацией атеросклероза в другом сосудистом русле. Так, наличие нестабильной бляшки в сонной артерии повышает риск развития острого коронарного синдрома в 7 раз. И наоборот, развитие ОКС у пациента повышает вероятность ишемического инсульта вследствие атеротромбоза.

Цель исследования. Изучение состояния брахиоцефальных артерий у пациентов с острым коронарным синдромом с сочетанным поражением коронарных и каротидных артерий.

Результаты и обсуждение. Была проведена подробная оценка ультразвуковой характеристики атеросклеротических бляшек брахиоцефальных артерий у 128 пациентов с острым коронарным синдромом, поступивших в РНЦЭМП в период с 2014 по 2020 годы. После поступления в стационар всем больным была проведена коронарография и допплерографическое исследование брахиоцефальных артерий.

В ходе исследования у обследованных пациентов в просвете артерий определялись АСБ различной эхогенности. Гетерогенные АСБ с преобладанием гиперэхогенного компонента обнаружены во ВСА в 43 (33,6%) случаях. Гомогенные гиперэхогенные атеросклеротические бляшки встречались в 27 (20,7%) наблюдениях. Гетерогенные АСБ с преобладанием ультразвуковых структур низкой плотности выявлены в 17 (13,6%) обследованных артериях. Бляшки с зоной изъязвления визуализированы в 14 (11,4%) случаях, а бляшки с кровоизлиянием под покрышку – в 6 (4,3%). Гомогенные гипоэхогенные АСБ обнаружены в 14 артериях, при этом несколько чаще они локализовались в левой ВСА (9 наблюдений против 5). Изоэхогенные гомогенные АСБ визуализированы у 7 (5,7 %) больных.

Сопоставление эхоструктуры АСБ со степенью стеноза ВСА показало, что при гемодинамически незначимых стенозах, т.е. менее 50%, чаще обнаруживали гомогенные гипоэхогенные бляшки, а при стенозах свыше 50% чаще встречались гетерогенные бляшки с преобладанием гиперэхогенного компонента и кальцинированные АСБ. Бляшки с кровоизлиянием под покрышку диагностированы в 6 случаях и встречались только при стенозах более 50%. АСБ с участками изъязвления визуализированы в 14 случаях, в подавляющем большинстве при стенозах свыше 50%.

Гетерогенные АСБ с преобладанием гиперэхогенного компонента несколько чаще визуализировались при гемодинамически значимой степени сужения просвета сонной артерии. Это вполне закономерно, поскольку бляшка, проходя определённые этапы «эволюции», содержит не только атероматозный компонент, но и элементы кальция и фиброза. Обращает на себя внимание то, что в большом проценте случаев, независимо от степени стеноза, присутствует так называемый «мягкий» компонент в составе атероматозного поражения сонных артерий, который, вероятно, имеет важное клиническое значение как потенциальный источник атеро- и тромбоэмболии.

У 14 больных выявлены дефекты покрышки. В В-режиме такие бляшки имели неровный контур с наличием различного по размеру углубления – своеобразного «кратера». У 6 пациентов при ЦДС диагностированы АСБ с кровоизлиянием под покрышку.

Заключение. Нестабильными АСБ следует считать гомогенные гипоэхогенные, гетерогенные АСБ с преобладанием гипо- или гиперэхогенного компонента, а также выделенные изоэхогенные бляшки. При гемодинамически значимых поражениях ВСА преобладают гетерогенные АСБ с гипоэхогенным компонентом, гетерогенные бляшки с преобладанием гиперэхогенного компонента и кальцинированные бляшки. Наличие таких осложнений АСБ, как кровоизлияние под покрышку и изъязвление поверхности бляшки, больше характерно для стеноза каротидных артерий более 50%.

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СОЧЕТАННОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ И КАРОТИДНЫХ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Д.А. Алимов, Р.А. Рахимова, Н.Г. Дадамьянц, Ш.Н. Салахитдинов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

По данным ВОЗ самое большое количество смертей в мире приходится на ишемическую болезнь сердца, составляя 16% от общей смертности. При этом основной причиной смертей являются острый инфаркт миокарда и ишемический инсульт, которые считаются осложнениями единого патологического процесса – атеросклероза. Так как атеросклероз является системным заболеванием, в 21,1 – 26,3% и выше случаев поражается не один, а несколько артериальных бассейнов. Исследования показали, что у 8–14% пациентов, переносящих коронарное шунтирование, есть значимый каротидный стеноз, а у 28% больных, обследуемых для проведения операции каротидной эндартерэктомии, имеется тяжелое поражение коронарного русла.

Цель исследования. Определение частоты гемодинамически значимого сочетанного поражения каротидных артерий у больных с ОКС с подъёмом и без подъёма ST.

Материалы и методы. Для исследования были отобраны 572 больных с ОКС, госпитализированных в РНЦЭМП в 2014–2020 гг., в том числе 149 (26,0%) пациентов с ОКС без подъема сегмента ST (NSTEMI) и 423 (74,0%) – с ОКС с подъемом сегмента ST (STEMI). Всем им при поступлении было выполнено коронароангиографическое исследование (КАГ) и допплерография брахиоцефальных сосудов.

Результаты. По результатам КАГ и ЦДС каротидных артерий все пациенты группы NSTEMI (n=149) были распределены на 4 группы:

– к 1-й группе (n=13) были отнесены больные без поражения коронарных и каротидных артерий;

– ко 2-й группе (n=71) – пациенты с изолированным поражением коронарного русла;

– к 3-й группе (n=34) – с сочетанным поражением коронарных и сонных артерий со степенью стенозирования каротидных артерий <50%;

– к 4-й группе (n=31) – с сочетанным поражением коронарного русла и каротидного бассейна со степенью стенозирования сонных артерий ≥50%.

Соответственно, у больных ОКС без подъема ST сочетанное поражение коронарных и каротидных артерий диагностировано у 65 (43,6%) пациентов.

Пациенты группы STEMI (n=423) также были распределены на 4 группы с учетом наличия и степени сочетанного поражения каротидных артерий:

– 1-я группа (n=22) – пациенты с изолированным поражением коронарных артерий;

– 2-я группа (n=201) – пациенты с сочетанным стенозом сонных артерий <30%;

– 3-я группа (n=75) – пациенты с сочетанным стенозом сонных артерий от 30 до 50%;

– 4-я группа (n=125) – пациенты с сочетанным стенозом сонных артерий ≥50%.

При ультразвуковом исследовании брахиоцефальных артерий было установлено, что у пациентов со STEMI системность атеросклеротического поражения артериального русла (начиная от этапа утолщения КИМ 1 мм и более) явилась скорее правилом, а не исключением, только у 5,2% пациентов был выявлен изолированный атеросклероз коронарных артерий без признаков утолщения комплекса интима-медиа БЦА и без их стенозов.

У пациентов с монофокальным атеросклерозом коронарных артерий достоверно чаще встречалось одно-сосудистое поражение венечных сосудов в сравнении с пациентами с мультифокальным атеросклерозом (59,1% в 1-й группе против 29,3% и 25,6%, соответственно, во 2–4 группах); в то время как у пациентов с сочетанным поражением сонных артерий чаще встречается многососудистое поражение коронарных артерий, в том числе стенозы ствола левой коронарной артерии (31,8% в 1-й группе против 74,4% – в 4-й).

Заключение. Результаты нашего исследования показали, что у 43,6% больных ОКС без подъёма сегмента ST и у 94,8 пациентов с ОКС с подъёмом ST диагностируется сочетанное поражение каротидных артерий. У 100% больных с ОКС с подъёмом сегмента ST, имеющих сочетанное гемодинамически значимое поражение сонных артерий, диагностируется выраженное стенозирование магистральных коронарных артерий, в том числе более 3 артерий у 50,4% больных.

ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ОИМ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Д.А. Алимов, Ш.Н. Салахитдинов, Х.Ф. Мирзакаримов, С.Б. Турсунов, Б.Ш. Алимханов, Л.Б. Гиёсзода, М.И Хайдаров, Ш.Ш. Аскаров, С.М. Джафаров

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Анализ результатов интервенционных вмешательств у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) после аортокоронарного шунтирования (АКШ).

Материал и методы. В исследование включено 80 больных ОИМ после АКШ, средний возраст составил 57,1±6,9 лет. Мужчин было 77 (96,2%),

женщин – 3 (3,8%). Давность АКШ при поступлении в среднем составила 5,5±1,1 лет. ОИМ с подъёмом сегмента ST диагностирован у 47 (57,69%), без подъёма – 33 (42,31%). Из сопутствующих заболеваний у 73 (89,7%) была гипертоническая болезнь, у 55 (67,9%) – сахарный диабет, у 15 (16,7%) – ожирение различной степени. У 54 (69,2%) пациентов имелся ПИКС, у 3-х (3,8%) – ОНМК по ишемическому и у 2-х (2,6%) по гемморагическому типу. Из анамнеза у 13 (14,1%) больных до АКШ имели место чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ).

Всем пациентам (80 больным) выполнены ЧКВ, у 41 (51,3%) из них на нативных КА, у остальных 39 (48,7%) – аортокоронарных шунтах. Все пациенты до интервенционного вмешательства получали тройную антитромботическую терапию: клопидогрел в нагрузочной дозе (600 мг) и аспирин (300 мг), затем по 75 и 100 мг в сутки соответственно, а также гепарин 1000 МЕ в час в течение 3-х суток. После интервенционного вмешательства пациенты продолжали прием внутрь аспирина (100 мг) и клопидогрела (75 мг) ежедневно сроком не менее 9–12 месяцев.

Результаты. В группе с интервенционными вмешательствами нативных КА положительный клинический и ангиографический успех достигнут у 39 (95%) больных из 41. В одном случае многочисленные попытки реканализировать окклюзированной ПКА не увенчались успехом, у этой больной произведено стентирование стенозированной подключичной артерии с восстановлением кровотока по МКШ и ПМЖА (TIMI III). После стентирования подключичной артерии отмечено улучшение кровообращения по маммарной и, следовательно, по ПМЖА.

Во второй группе с ЧКВ аутовенозных шунтов во всех случаях получен положительный ангиографический результат. Во всех случаях ЧКВ выполнялись только в симптомсвязанных аутовенозных шунтах (АВШ). У 18 (47,4%) больных произведено стентирование АВШ в ПКА, у 10 (26,3%) – АВШ в ОА, у 5 (13,2%) – АВШ в ВТК, и у 2-х (5,3%) – АВШ в АИ. Следует отметить, что имеющиеся сопутствующие поражения нативных КА и/или АВШ, подвергались ЧКВ спустя 20–21 дней как второй этап реваскуляризации.

Несмотря на полученный хороший ангиографический результат, у 3-х больных (0,4 %) с диффузными поражениями КА и с исходной низкой фракцией изгнания ЛЖ, после успешной ЧКВ сохранялись признаки сердечной недостаточности,

Летальных исходов и осложнений, связанных с ЧКВ, не было отмечено.

Выводы. Чрескожные коронарные вмешательства как в нативных коронарных артериях, так и в аутовенозных шунтах у больных с острым инфарктом миокарда после перенесенного КШ являются высокоэффективным и безопасным методом лечения.

ИНТЕРВЕНЦИОННОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО В СТВОЛЕ ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Д.А. Алимов, Ш.Н. Салахитдинов, Л.Б. Гиёзсода, С.Б. Турсунов, Х.Ф. Мирзакаримов, Б.Ш. Алимханов, С.М. Джафаров, Ш.Ш. Аскаров, М.И. Хайдаров

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Цель. Определить возможность и эффективность эндоваскулярного лечения поражений ствола левой коронарной артерии у больных с острым коронарным синдромом.

Материалы и методы. В период с февраля 2019 г. по июнь 2023 г. были госпитализированы 1600 пациентов с острым коронарным синдромом, которым проводилось ЧКВ; из них 1126 (70,36%) были с ОКС с подъемом сегмента ST и 474 – с ОКС без подъема сегмента ST. Средний возраст пациентов – 47,3±8,6 года. Мужчин было 1054 (65,87%), женщин – 546 (34,12%). Было идентифицировано 35 (2,18) пациентов, которым было выполнено экстренное ЧКВ с поражением ствола левой коронарной артерии. По данным КАГ поражение ствола левой коронарной артерии в устье выявлено у 5 (14,28 %) пациентов, поражение «тела» ствола – у 13 (37,14%), поражение ствола дистального отдела ствола – у 17 (48,57%). У больных с поражением дистальной части ствола (n=17) отмечалось бифуркационное поражение по классификации «Medina»: тип 1.1.1.

Выполнено ЧКВ со стентированием у всех пациентов. Проведено интервенционное вмешательство на 58 сосудах (в среднем 2,0 на одного пациента). Имплантировано 68 стента (в среднем 2,26 на одного пациента). Всем пациентам выполнено прямое стентирование СЛКА, из них бифуркационное (V- или T-стентирование, Crush-стентирование, Culotte-стентирование) в 19 (54,28%) случаях «истинного» бифуркационного поражения выполнено 2-х стентовая методика стентирования.

Результаты. У всех интраоперационно достигнут хороший ангиографический результат, восстановлен коронарный кровоток по TIMI-III. Ранние интраоперационные коронарные осложнения в виде снижения САД более чем на 20–30% отмечались сразу же после восстановления коронарного кровотока. Выраженные клинические проявления ИБС, такие как кардиальные боли, чувство нехватки воздуха, холодный пот и чувство страха смерти исчезли сразу после ЧКВ у 26 (74,25 %) пациентов. У 5 (14,28%) пациентов отмечалась клиника кардиогенного шока (отек легких, артериальная гипотензия до 70/50 мм рт. ст.). Нормализация ST сегмента

у 31 (88,57%) пациента в первые сутки, у четырех (11,42%) пациентов подъем STсегмента сохранялся до 3-х суток. У 13 (37,17%) отмечалось на ЭКГ формирование патологического зубца Q. Средняя длительность нахождения в ОРИТ составляло до 5 дней, а длительность стационарного лечения до 10 дней. Непосредственный успех вмешательства составил в 100 % случаев. Клинически у всех больных отмечен положительный результат в виде исчезновения приступов стенокардии, повышения толерантности к физической нагрузке.

Заключение. Пациенты с острым инфарктом миокарда и тромбозом незащищенной левой коронарной артерии относятся к подгруппе высокого риска со значительной смертностью, особенно если у них имеется кардиогенный шок. Мы демонстрируем, что для этих пациентов ЧКВ –возможный вариант лечения, связанный с достаточно хорошими результатами. Рентгеноэндоваскулярные вмешательства при ОКС, обусловленным поражением ствола левой коронарной артерии, являются эффективным и безопасным методом реваскуляризации миокарда. У пациентов с развившимся ИМ при поражении ствола левой коронарной артерии эти вмешательства являются методом выбора.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ БИМАММАРНО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Ш.Д. Атажанов, А.А. Абдурахманов, С.А. Турсунов, Д.Р. Зинатулина, Ф.А. Маматалиев

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Введение. Проведенные многочисленные исследования демонстрируют значительно лучшую жизнеспособность артериальных аутотрансплантантов как в ближайшие, так и в отдаленные сроки после операции, по сравнению с венозными аутотрансплантантами. Из этого следует отметить, что наиболее оптимальными аутотрансплантантами являются внутренние грудные артерии. Использование последних для шунтирования передней нисходящей артерии стало «золотым стандартом» коронарной хирургии. Однако в настоящее время доля операций с использованием двух маммарных артерий не превышает 10% от общего числа реваскуляризирующих операций.

Цель. Провести ретроспективный анализ результатов реваскуляризации миокарда с помощью бимаммарно-коронарного шунтирования у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Методы. В Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи в период 2015–2022 гг. было выполнено 41 вмешательство на коронарном русле с использованием обеих внутригрудных артерий.

Результаты. Средний возраст пациентов составил – 62,7±8,7 года (50–79 лет), из их числа мужчин – 18 (43,9%), женщин – 23 (56,1%). Длительность заболевания составила в среднем 3,2±0,31 года. В предоперационном периоде всем больным были проведены стандартные инструментальные (электрокардиография, дуплексное сканирование брахицефальных артерий, эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ), рентгенографическое исследование органов грудной клетки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и мочеполовой системы) и лабораторные (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма) исследования. В анамнезе у 19 (46,3%) больных имелся сахарный диабет 2 типа. 38 (92,7%) больным были выполнены операции на работающем сердце, 3 (7,3%) больным в условиях искусственного кровообращения и кардиоплегии. По результатам дооперационного ЭхоКГ средняя фракция выброса составила 39,9%, в послеоперационном периоде данная величина составила 41,6% (p=0,01). В послеоперационном периоде наблюдался 1 (2,4%) летальный случай.

Выводы. Выполнение бимаммарного аортокоронарного шунтирования – эффективный метод полной аутоартериальной реваскуляризации миокарда, который может быть выполнен как на работающем сердце, так и в условиях искусственного кровообращения и кардиоплегии.

МУЛЬТИСЛАЙСНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Ш.У. Буранов, Т.Я. Мусаев, А.А. Абдурахманов

Бухарский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Актуальность. Несмотря на то, что в современной практике аортокоронарного шунтирования (АКШ) всё больше внимания уделяется многоартериальному шунтированию или билатеральному использованию грудных артерий, большая подкожная вена (БПВ) по-прежнему является наиболее часто используемым графтом при АКШ, и на его долю приходится 80% всех АКШ. Однако исследований, посвященных модифицируемым хирургическим факторам, таким как техника анастомоза, немного. Это исследование было направлено на сравнение клинических результатов и проходимости шунтов в зависимости от методов анастомозирования венозных шунтов.

Материал и методы. С января 2013 г. по декабрь 2020 г. в исследование были включены па-

циенты, перенесшие АКШ с использованием БПВ по секвенциальной или индивидуальной технике шунтирования. Проходимость графтов оценивали с помощью коронарной компьютерной томографической ангиографии.

Результаты. В исследование включено 600 пациентов, 200 (33,3%) в группе секвенциального шунтирования и 400 (66,7%) в группе индивидуального (У-образного) шунтирования. Не было никаких существенных различий в общей смертности (отношение рисков [HR], 0,96; 95% доверительный интервал [CI], от 0,79 до 1,17; P = 0,67). Показатели совокупного летального исхода, нефатального инфаркта миокарда и повторной реваскуляризации также существенно не отличались между группами секвенциального и индивидуального АКШ (ОР, 0,91; 95% ДИ, от 0,75 до 1,09; P = 0,30).

Выводы. Техника секвенциального шунтирования и техника индивидуального (У-образного) шунтирования не показали достоверного различия в безопасности и эффективности, а также долгосрочной проходимости наложенных шунтов.

ИЗМЕРЕНИЕ СКОРОСТИ КРОВОТОКА В ОЦЕНКЕ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Ш.У. Буронов

Бухарский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Актуальность. Использование секвенциальных анастомозов при аортокоронарном шунтировании (АКШ) до сих пор вызывает споры. Это исследование направлено на оценку средней скорости кровотока (СК) и индекса пульсации (ИП) одиночных и секвенциальных графтов подкожной вены.

Материал и методы. Для шунтирования диагональной артерии (ДВ) (бок в бок) ветви тупого края (ВТК) (бок в бок) и огибающей артерии/задней межжелудочковой артерии (ОВ/ЗМЖА) (конец в бок) использовали секвенциальное шунтирование с использованием большой подкожной вены (БПВ), все операции проводились на работающем сердце. Диагональные ветви и ветви тупого края были временно закрыты бульдожьими зажимами, что позволяло оценить графт к ОВ (ЗМЖВ). СК и ИП этого «одиночного» графта к ОВ/ЗМЖА измеряли с помощью флоуметрии (TTFM). Затем зажимы «бульдог» удаляли, снова измеряли СК и ИП секвенциального графта к ОВ и ЗМЖВ и сравнивали их с показателями «одиночного» графта у того же пациента.

Результаты. Всего было включено 50 пациентов с трехсосудистым поражением (36 мужчин, средний возраст 66,0±8,0 лет, диапазон 54–80 лет). СК «одиночного графта» по сравнению с секвенциальным графтом к ОВ составила 20,6±9,1 против 21,4±10,1 мл/мин (P=0,472). ИП «одиночного графта» по сравнению с секвенциальным графтом на ОВ/ЗМЖА составил 1,7 ± 0,6 против 1,7 ± 0,5 (P = 0,941).

Выводы. Не было никаких гидродинамических различий между одиночными и секвенциальными графтами при АКШ на работающем сердце.

БЕМОР ҲУШИНИНГ БУЗИЛИШИ БИЛАН КЕЧАДИГАН ЎТКИР ИНСУЛЬТ ВА ҚАНДЛИ ДИАБЕТ КАСАЛЛИКЛАРИДА ПАТОЛОГИК ПАЙ РЕФЛЕКСЛАРИ НАМОЁН БЎЛИШИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Жўраев М.И.

РШТЁИМ Сурхондарё филиали, Шошилинч неврология бўлими

Мавзунинг долзарблиги. Маълумки, қандли диабет билан оғриган беморларда қонда қанд миқдорининг ошиб кетиши ва бош мияда қон айланишининг ўткир бузилишларида бемор ҳушининг бузилиши кўп ҳолатларда кузатилади. Ҳуши йўқолган беморларда неврологик статусни тўлиқ текширишнинг имкони бўлмайди. Иккала ҳолатда ҳам патологик пай рефлекслари маълум даражада намоён бўлади. Ўткир инсульт ва қандли диабет касалликларини дифференциал ташхислашда патологик пай рефлекслари муҳим аҳамиятга эга.

Тадқиқот мақсади. Бемор ҳушининг бузилиши билан кечадиган ўткир инсульт ва қандли диабет касалликларида патологик пай рефлекслари намоён бўлишининг ўзига хос хусусиятларини ўрганиш.

Тадқиқот материали ва усуллари. Тадқиқод РШТЁИМ Сурхондарё филиали реанимация бўлимида ҳуши бузилган ўткир ишемик инсульт ва қандли диабет ташхиси билан даво муолажаларини олаётган 56 та беморларда олиб борилди. Беморларнинг 26 таси қандли диабет билан, қолган 30 таси ўткир ишемик инсульт билан оғриган. Ташхис қўйиш учун беморлардан анамнез маълумотлари, объектив ва неврологик статус маълумотлари, қон таҳлили маълумотлари ва бош мия МСКТ текширувлари натижалари олинди.

Тадқиқод натижалари ва муҳокамалари. Олиб борилган текширув натижалари шуни кўрсатдики, қандли диабет билан оғриган беморларда қонда қанд миқдори 21–28 ммол/л ни ташкил қилган бўлиб, МСКТ текширувида ўткир инсульт тасдиқланмаган. Ўткир ишемик инсульт билан оғриган беморларнинг ҳаммасида МСКТ текширувида ишемик инсульт тасдиқланган бўлиб, қонда қанд миқдори 5–8 ммол/л ни ташкил қилган. Ўткир инсульт ўтказган беморларда патологик пай рефлексларидан фақат Бабинский рефлекси чақирилган бўлиб, бу рефлекс фақат парез (плегия) бўлган томондаги оёқда кузатилган. Қолган патологик пай рефлекслари инсультнинг тикланиш даврларидан бошлаб намоён бўлганлиги аниқланди.

Гипергликемик ҳолатидаги беморларда патологик пай рефлексларидан Бабинский, Оппенгейм, Гордон, Шефер рефлекслари чақирилган бўлиб, бу рефлекслар иккала оёқларда намоён бўлган. Букувчи патологик пай рефлексларининг инсультнинг тикланиш даврларидан бошлаб чақирилиши, гипергликемик ҳолатларда эса чақирилмаслиги қайд этилди.

Хулоса. Ёзувчи патологик пай рефлексларининг гипергликемик ҳолатидаги беморларда учраши ва уларнинг икки томонлама намоён бўлиши ушбу беморлар учун хос бўлиб, муҳим диагностик аҳамиятга эга.

БАЛЛОННАЯ МИТРАЛЬНАЯ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКА СТЕНОЗА МИТРАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ ПО ТЕХНИКЕ INOUE У БОЛЬНЫХ С НЕОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМОЙ ПОРОКА

М.М. Зуфаров [1], Ш.Н. Салахитдинов [2], М.И. Хайдаров [2]

[1] ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан
[2]Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Цель. Анализ результатов баллонной вальвулопластики стеноза митрального отверстия по технике Inoue у больных с неосложненной формой порока.

Материал и методы. Попытка баллонной митральной вальвулопластики (БМВ) предпринята у 340 больных в возрасте от 16 до 54 лет (в сред. 31,2±3,8) со стенозом митрального отверстия. Мужчин было 135 (39,8%), женщин – 205 (60,2%).

У 60 (17,6%) пациентов исходно на митральном клапане (МК) имелась регургитация до I степени. В 23 (6,5%) случаях БМВ выполнена пациенткам с беременностью сроком от 24 до 28 недель.

Показанием к БМВ СМО являлись клинические проявления заболевания с уменьшением площади митрального отверстия (МО) 1,5 см^2 и менее, трансмитральный градиент более 10 мм рт. ст.

Противопоказанием для выполнения БМВ явились: площадь МО более 1,5 см^2, градиент давления на МК менее 10 мм рт. ст., а также регургитации более чем II степени.

Результаты. У 337 (99,1%) из 340 больных удалось произвести успешную БМВ. В 1 (0,29%) случае ошибочная пункция задней стенки правого предсердия не потребовала каких-либо вмешательств. У 2 (0,6%) больных были трудности с проведением баллонного катетера Inoue через МПП. У этих больных произведено баллонное расширение МПП баллонным катетером размером 8,0×20 мм с дальнейшей успешной БМВ.

По данным ЭхоКГ площадь митрального отверстия после успешной БМВ увеличилась в среднем с 1,1±0,2 см^2 до 2,1±0,9 см^2. Градиент давления на МК снизился в среднем с 19±2,4 до 8±1,7 мм рт. ст.

У 36 (10,7%) пациентов после успешной БМВ появилась регургитация на МК до I степени. У 14 (27,4%) из 60 пациентов с исходной регургитацией на МК до I степени увеличилась до II степени, у 2 (3,9%) – до III ст., последние больные были направлены кардиохирургам для открытой коррекции порока. У остальных 44 (73,3%) больных с исходной регургитацией недостаточность митрального клапана после БМВ оставалась без изменений.

Вывод. Анализ результатов показал, что баллонная митральная вальвулопластика по технике Inoue является высокоэффективным методом лечения больных с неосложненной формой стеноза митрального отверстия, что дает основание считать ее альтернативой хирургической коррекции порока.

НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ БАЛЛОННОЙ МИТРАЛЬНОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКИ БЕЗ ПРИМЕНЕНИЯ РЕНТГЕНОСКОПИИ. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

М.М. Зуфаров, В.М. Им, С.К. Хамдамов

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Ревматический митральный стеноз (МС) – это сужение левого атриовентрикулярного отверстия, возникшее в результате ревматического кардита, приводящее к увеличению давления в левом предсердии (ЛП), застою в малом круге кровообращения и легочной гипертензии с перегрузкой правых отделов сердца. В настоящее время, наряду с кардиохирургическими методами лечения, наибольшее распространение получил чрезбедренный трансвенозный антеградный метод баллонной митральной вальвулопластики СМО, впервые предложенный K. Inoue с соавт. (1984) [Baumgartner H. с соавт., 2017]. При этом малоинвазивные эндоваскулярные вмешательства являются сложными процедурами, которые проводятся с применением рентгеноскопического излучения в специально оборудованных ангиографических операционных. БМВ также может сопровождаться высокой дозой радиации для больного и врача [Livingstone R.S. с соавт., 2006]. С целью снижения негативного влияния лучевой нагрузки и количества применяемого контрастного вещества, рядом исследователей были проведены эндоваскулярные вмешательства под ЭхоКГ контролем без применения рентгена [Pan X.B. с соавт., 2015, Wang S.Z. с

соавт., 2016]. В работах Liu с соавт. были проведены БМВ только под контролем трансторакальной ЭхоКГ с хорошими непосредственными и отдаленными результатами [Liu Y. с соавт., 2017]. БМВ под контролем ЭхоКГ является методом, подходящим для беременных женщин, лиц с аллергией на йод, ХПН и тем, кому следует избегать рентгеновского облучения. Не стоит забывать и о возможности осложнений у больных с почечной недостаточностью [Meinel F.G. с соавт., 2014, Liu Y. с соавт., 2017].

Цель. Показать возможность выполнения БМВ под контролем ЭхоКГ без применения рентгеноскопии.

Методы. Пациентке 63 года со СМО ревматической этиологии. Больная в течение многих лет страдает фибрилляцией предсердий (ФП). Наблюдалась у ревматолога. Принимала варфарин под контролем МНО. Степень сердечной недостаточности ФК III по NYHA. Анализы без особенностей. По данным трансторакального ЭхоКГ ПМО 1,4 см^2. ГД 25 мм рт. ст. На транспищеводной ЭхоКГ ушко ЛП без тромбов. Больной в ангиографической операционной под местной анестезией по специальной технологии была выполнена БМВ по методике Inoue под контролем трансторакальной ЭхоКГ без применения рентгена. Особенное внимание занимало проведение транссептальной пункции и проведение с позиционированием баллонного катетера на митральном клапане. Каждый этап производился согласованно с эхокардиографистом. Произведено расширение баллона до 26 размера. При ЭхоКГ измерении было выявлено расширение МО до 1,7 см^2 с возникновением МР до 1 степени, снижением градиента до 6 мм рт. ст. Результат расценен как хороший и вмешательство было завершено. Время вмешательства составило 62 мин.

Результаты. Послеоперационный период протекал гладко. На контрольной ЭхоКГ площадь МО составила 1,75 см^2. Митральная регургитация не превышала 1 степень. Градиент давления оставался в пределах 7 мм рт. ст. ФК сердечной недостаточности снизился с III до I по NYHA. Через два дня больная была выписана. После выписки пациентка наблюдалась в амбулаторном порядке. Через 1, 3 и 6 месяцев после процедуры параметры МК и клиническая выраженность СН оставались стабильными.

Вывод. БМВ под контролем ЭхоКГ без применения рентгеноскопии является эффективным и достаточно безопасным методом лечения МС и позволяет избежать негативного влияния рентгенизлучения и рентгенконтрастного вещества. Подобный подход позволяет избежать общей анестезии, торакотомии, искусственного кровообращения при кардиохирургическом вмешательстве. Необходима подготовка вмешательства сердечной команды, включая интервенционистов, эхокардиографистов, анестезиологов и кардиохирургов.

РЕЗУЛЬТАТЫ БАЛЛОННОЙ МИТРАЛЬНОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКИ СТЕНОЗА МИТРАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ, ОСЛОЖНЕННОГО ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

М.М. Зуфаров, В.М. Им, С.К. Хамдамов

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Цель. Анализ результатов баллонной митральной вальвулопластики (БМВ) по методике Inoue у больных со стенозом митрального отверстия (СМО), осложненного фибрилляцией предсердий (ФП).

Материал и методы. БМВ была выполнена у 75 больных со СМО, осложненного ФП в возрасте от 16 до 54 лет (средн. 31,2±3,8). Мужчин было 8 (10,7%), женщин – 67 (89,3%). Всем пациентам для исключения тромбоза левого предсердия (ЛП) проводилась транспищеводная ЭхоКГ. У 14 (18,7%) пациентов исходно имелась регургитация на митральном клапане (МК) до I степени. В 2-х (2,7%) случаях БМВ была выполнена пациенткам с беременностью сроком от 24 до 28 недель. У 4-х (5,3%) пациентов с отеком легких БМВ была выполнена в экстренном порядке. Показанием к БМВ СМО являлись клинические проявления заболевания, уменьшение площади митрального отверстия до 1,5 см^2 и менее, трансмитральный градиент более 10 мм рт. ст. Противопоказанием для выполнения БМВ являлись регургитация на митральном клапане II степени и более, а также тромбоз ЛП по данным ТЕЕ. Для выполнения БМК во всех случаях использован доступ через правую бедренную вену. Были использованы баллонные катетеры «INOUE» фирмы «TORAY» диаметром от 24 до 28 мм. Для катетеризации ЛП выполнялась пункция межпредсердной перегородки (МПП) в области овальной ямки. Баллонная митральная вальвулопластика проводилась последовательно, начиная с диаметра баллона от 24 мм с увеличением на 1 мм под контролем трансторакальной ЭхоКГ на каждом этапе. Результат считался оптимальным при раскрытии одной или обеих комиссур МК до фиброзного кольца, расширении Smo более 1,5 см^2 при отсутствии или наличии регургитации на МК не более I степени.

Результаты. У 74 (98,7%) из 75 больных удалось произвести успешную БМВ. В 1 (1,3%) случае ошибочная пункция задней стенки правого предсердия не потребовала каких-либо вмешательств. У больных с ростом до 147 см использовали баллонный катетер № 24, от 148 до 160 см – № 26, от 161 до 180 см – № 28, более 180 см – № 30. По данным ЭхоКГ площадь митрального отверстия после БМВ увеличилась в среднем с 1,1±0,2 см^2 до 2,1±0,9 см^2. Градиент давления на МК снизился в среднем с 19±2,4

до 8±1,7 мм рт. ст. По данным интраоперационной тензиометрии систолическое давление в ЛП снизилось с 34±2,3 до 16±1,4 мм рт. ст., диастолическое – с 16±2,0 до 8,5±1,5 мм рт. ст., среднее – с 22±2,1 до 11±0,9 мм рт. ст. У 21 (28,1%) пациента появилась регургитация на МК до I степени. У 8 (10,7%) пациентов с исходной регургитацией на МК до I степени увеличилась до II степени, у 1 (1,3%) – до III степени. У 25 (33,3%) пациентов с ФП давностью до 6 мес. Была выполнена дефибрилляция, синусовый ритм восстановлен в 22 (88,2%) случаях. После вмешательства у 73 (98,6%) из 74 больных отмечено значительное улучшение клинического состояния, исчезли или уменьшились явления НК. У 1 больной с регургитацией на МК III степени отмечено незначительное улучшение клинической картины заболевания, она направлена кардиохирургам на открытую коррекцию порока. Все остальные больные в удовлетворительном состоянии выписаны домой с рекомендациями наблюдения и лечения у ревматолога по месту жительства. В 1 (1,3%) случае, несмотря на адекватное раскрытие митрального клапана, у пациентки с критическим митральным стенозом (0,4 $см^2$), поступившей в крайне тяжелом состоянии на высоте отека легких, из-за прогрессирующей сердечной недостаточности наступил летальный исход.

Заключение. Баллонная митральная вальвулопластика по методике Inoue у пациентов со стенозом митрального отверстия, осложненного ФП, является эффективным методом лечения у большинства (96,2%) больных со СМО, что дает основание считать ее альтернативой хирургическим методам коррекции порока.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЁМА СЕГМЕНТА ST ПРИ МНОГОСОСУДИСТОМ ПОРАЖЕНИИ

М.М. Зуфаров, С.А. Бабаджанов, М.М. Умаров, В.М. Им

ГУ «РСНПМЦХ им. академика В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Цель. Анализ непосредственных результатов ЧКВ у больных ОКС без подъёма сегмента ST при многососудистом поражении КА сердца в зависимости от стратегии лечения.

Методы. В исследование включены 92 пациента с ОКС без подъёма сегмента ST и многососудистым поражением КА сердца, которые подверглись первичному и поэтапному ЧКВ.

Пациенты были разделены на 2 группы: 1) одномоментное многососудистое стентирование – 51 пациент (55,4%); 2) поэтапное многососудистое стентирование – 41 пациент (44,6%). Второй этап стентирования на сосудах, не являющихся симптом-зависимыми, но имеющими значимые критические стенозы, осуществлялся в течение госпитального периода.

Конечными точками исследования были смерть, ИМ, повторная реваскуляризация миокарда.

Результаты. У 54 (58,7%) пациентов выполнено прямое стентирование коронарных артерий, у 38 (41,3%) пациентов выполнено стентирование после предварительной предилатации коронарными баллонами.

В 18 (19,6%) случаях была выполнена реканализация окклюзированной коронарной артерии с последующей ангиопластикой и стентированием. Из них реканализация окклюзии ПМЖВ выполнена у 8 (8,7%), ПКА – у 7 (7,7%), ОВ – у 3 (3,3%) больных.

У всех пациентов стентированием коронарных артерий удалось восстановить хороший коронарный кровоток (TIMI III).

У 38 (41,3%) больных в связи с прогрессированием стенокардии эндоваскулярные вмешательства (ЭВ) проведены в экстренном, а у остальных – в плановом порядке.

У всех 92 (100%) пациентов после коронарных вмешательств клиническое состояние полностью стабилизировалось, прекратились боли в области сердца, повысилась толерантность к физической нагрузке. Эти пациенты были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии на 2–3 сутки после вмешательства.

Следует отметить, что по результатам контрольных обследований, включая нагрузочные пробы, перед выпиской у 87 (94,6%) пациентов после ЭВ субъективно отмечалась полная стабилизация состояния без приступов стенокардии даже при значительных физических нагрузках.

Выводы. Адекватное восстановление коронарного кровотока у больных ОКС без подъёма ST с МП КА приводит к стабилизации и улучшению клинического состояния, а также к статистически достоверному улучшению объемно-функциональных характеристик левого желудочка. Анализ наших результатов показал значительные преимущества ранней инвазивной тактики эндоваскулярного восстановления коронарного кровотока перед традиционной фармакотерапией, что позволяет рекомендовать необходимость ее проведения у больных ОКС без подъёма ST с МП КА.

Несмотря на отсутствие достоверной разницы между группами, послеоперационные осложнения чаще наблюдались в группе одномоментного стентирования (инфаркт миокарда – 1 (1,1%), ранний тромбоз – 1 (1,1%), p>0,5). Во всех случаях развитие осложнений было связано с высокой технической сложностью ЧКВ на фоне выраженного коронарного атеросклероза при исходно высоком риске неблагоприятных кардиоваскулярных событий. Стратегия поэтапного стентирования ассоцииро-

валась с наименьшим риском развития каких-либо осложнений.

Выводы. Многососудистое стентирование в рамках одномоментного вмешательства или поэтапного стентирования может быть безопасной и эффективной процедурой.

При выборе стратегии одномоментного или этапного стентирования необходимо учитывать клиническое состояние пациента, анатомические особенности поражения коронарных артерий, наличие отягчающих факторов (острая сердечная недостаточность, сниженная сократительная способность миокарда, пожилой возраст, ХОБЛ).

Высокая результативность как первичного, так и поэтапного многососудистого стентирования КА объясняется оптимальными сроками полной реваскуляризации, использованием современного поколения стентов с лекарственным покрытием, позволяющих выполнить эффективное лечение многососудистого поражения у больных острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПОСТОЯННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ ПРИ ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ

В.М. Им, С.А. Бабаджанов, С.К. Хамдамов, М.М. Умаров, А.А. Худойбердиев

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Верхушка правого желудочка является наиболее удобным местом позиционирования электрода для кардиостимуляции. При этом изменяется последовательность и замедляется скорость распространения электрического импульса через кардиомиоциты, и самыми последними возбуждаются базальные сегменты левого желудочка. Имплантация электрода в межжелудочковую перегородку позволяет снизить частоту ХСН в отдаленном послеоперационном периоде за счет более физиологического проведения импульса и уменьшения степени выраженности сердечной диссинхронии. Диссинхрония миокарда представляет собой разобщенность сокращений камер и/или сегментов сердца, вследствие нарушений проведения импульса, которая приводит к снижению насосной функции сердца.

Цель работы. Анализ диссинхронии миокарда при септальной и апикальной правожелудочковой двухкамерной электрокардиостимуляции (ЭКС) у больных с полной атриовентрикулярной (АВ) блокадой и ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы исследований. В исследование включено 58 больных с АВ блокадой 3 степени, которым в период с 2018 по 2021 годы выполнена имплантация двухкамерной ЭКС. Всего было мужчин – 23 (39,6%), женщин – 35 (60,4%). Средний возраст составил 69,5±10,3 года. 25 пациентов (43,1%) страдали стенокардией напряжения, из них у 19 (32,7%) – ФК II. 12 пациентов (20,6%) перенесли инфаркт миокарда. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) имелась у 13 (46,4%) больных. ФК I (NYHA) был у 29 (50,0%), II – у 26 (44,8%), III – у 3 (5,1%) больных. На основании места имплантации электрода ПЖ, пациенты были распределены на две группы. В I группу вошли пациенты, которым желудочковый электрод был имплантирован в среднюю треть межжелудочковой перегородки (МЖП) – 28 (48,2%). Во II группе электрод был имплантирован в верхушку правого желудочка (ВПЖ) – 30 (51,8%). Средний срок наблюдения за пациентами составил 14±1,5 месяца (от 12 до 15 месяцев). Для оценки диссинхронии миокарда проводились электрокардиограмма (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ) сердца. Статистический анализ выполнен с помощью программы Microsoft Excel с использованием критерия Стьюдента (t). Величина $p<0,05$ рассматривалась как статистически значимая.

Результаты исследований. Нами проводилась оценка ширины стимулированного комплекса на ЭКГ в сроки до года после операции. Исходно средняя длительность собственного комплекса QRS в группах значительно не различалась и составляла 82,8±8,5 мс в I группе и 83,4±8,7 мс – во II. Сразу после имплантации ПЖ электрода, в I группе продолжительность комплекса QRS составила 119,3±7,8 мс, во II – 149,7±12,3 мс. В течение года у пациентов I группы наблюдалось статистически незначимое уширение комплекса QRS – 122,7±13,8 мс. У больных II группы средние значения данного показателя составили 157,5±14,7 мс в течение года. До операции у пациентов I группы средние значения показателей диссинхронии миокарда находились в пределах допустимых значений: межжелудочковая механическая задержка (МЖМЗ) – 35,8±5,8 мс, внутрижелудочковая механическая задержка (ВЖМЗ) – 113,6±11,5 мс, а после операции стали 39,2±6,9 мс и 122,4±8,8 мс, соответственно. У пациентов II группы до операции средние значения показателей диссинхронии миокарда находились в пределах допустимых значений: МЖМЗ – 36,5±5,5 мс, ВЖМЗ – 14,3±10,8 мс, а после операции стали 43,8±7,3 мс и 141,6±7,4 мс, соответственно ($p<0,05$). Во II группе через 12 месяцев произошло их дальнейшее увеличение – МЖМЗ составила 55,5±8,1 мс, а ВЖМЗ – 150,8±9,5 мс.

Заключение. Септальная кардиостимуляция, по сравнению с, не приводит к развитию выраженной диссинхронии миокарда, играющей значительную роль в механизме развития и прогрессирования ХСН, что позволяет улучшить результаты постоянной двухкамерной ЭКС у пациентов с ИБС.

ТУМАНЛАРАРО ҚЎШМА ШИКАСТЛАНИШЛАР ВА ЎТКИР ҚОН-ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИ МАРКАЗЛАРИНИНГ ТАШКИЛ ҚИЛИНИШИ АНДИЖОН ВИЛОЯТИ МИСОЛИДА

Исраилов Ш.Ш., Абдувалиева Ч.М., Усмонов Ш.М., Аккузиев И.К., Абдулазизов Ж.Г., Курбонов Х.Т.

РШТЁИМ Андижон филиали

Сўнгги йилларда жаҳон тиббиётида эришилган улкан ютуқларга қарамай, қўшма шикастланишлар ва ўткир қон томир касалликлари соҳанинг энг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Бугунги кунда дунёда ушбу хасталиклардан ўлим даражаси 56,2 фоизни ташкил этяпти. Ушбу касалликлар туфайли юртимиз аҳолисининг ногиронлик сабаблари орасида ҳам энг юқори ўринни эгаллаб, унинг улуши 25 фоиздан ошмоқда.

Шу сабабли Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2021 йил 26 июлдаги «Аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини янада яхшилаш чора-тадбирлари тўғрисида»ги қарорига мувофиқ, 2021–2022 йиллар давомида туман (шаҳар) тиббиёт бирлашмалари таркибида 35 та туманлараро қўшма шикастланишлар ва ўткир қон томир касалликлари марказларини босқичма-босқич ташкил этиш белгиланган эди. Ушбу марказларнинг 20 таси 2021 йил ўз фаолиятини бошлаган бўлса, 2022 йилда уларнинг сони 35 тага етказилди ва ҳозирда юртимиз аҳолисига малакали тиббий хизмат кўрсатиб келмоқда.

Қарорга мувофиқ Андижон вилоятида ҳам Шаҳрихон ва Қўрғонтепа туман тиббиёт бирлашмалари таркибида туманлараро қўшма шикастланишлар ва ўткир қон томир касалликлари марказлари ташкил қилиниб, ўз иш фаолиятини олиб бормоқда. Ушбу марказларга ўзаро яқин бўлган туманлар бириктирилган. Жумладан, Шаҳрихон ТҚШ ва ЎЮҚТКМга Шаҳрихон тумани, Балиқчи тумани, Булоқбоши тумани, Улуғнор тумани, Қўрғонтепа ТҚШ ва ЎЮҚТКМга эса Қўрғонтепа тумани, Жалақудуқ тумани, Хонобод шаҳри, Хўжаобод тумани, Қорасув тумани бириктирилган. Уларнинг куну тун фаолият юритишини таъминлаш мақсадида хирург, болалар хирурги, травматолог, нейрохирург, анестезиолог-реаниматолог, педиатр, МСКТ/рентгенолог, невролог, лаборант шифокори, ўрта ва кичик тиббий ходимлардан иборат постлар ташкил қилинган. Шунингдек, Жаҳон банкининг кредит маблағи эвазига кўп кесимли компьютерли томограф, рақамли стационар ва портатив рентген аппаратлари, стационар ва портатив ультратовуш аппаратлари каби юқори технологик тиббий ускуналар билан таъминланиб, халқимизга хизмат қилиб келмоқда.

Ушбу марказларнинг иш фаолиятини бошлаши вилоятимизнинг беморларнинг чекка ҳудудларидан РШТЁИМ Андижон филиалига келиши камайган. Хусусан, ўтган 2022 йил давомида РШТЁИМ Андижон филиали болалар жарроҳлиги бўлимига стационар даволаниш учун 1783 нафар бемор ётқизилган. Бу 2021 йилга нисбатан қарийб 1,5 баравар кам дегани.

Айниқса, ТҚШ ва ЎЮҚТКМларда болалар жарроҳларининг иш фаолияти олиб бориши, ўша ернинг ўзида малака тиббий хизматни ташкил қилишга ёрдам кўрсатилмоқда. Беморларнинг туман миқёсида даволанганлиги қувонарли ҳолдир.

Бундан ташқари, туманлардан марказга келишга энг камида 30–40 дақиқа вақт сарфланишини ҳам ҳисобга олинса, шу вақт мобайнида ўша ернинг ўзида беморга керакли малакали шошилинч тиббий ёрдам кўрсатилади. Бу «олтин соат» тамойили асосида тиббий ёрдамга муҳтож беморларга шошилинч ва ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишда муҳим омил эканини яна бир бор тасдиқлайди.

Хулоса ўрнида шуни айтиш мумкинки, вилоятимизда, хусусан республикамизда бундай марказларнинг ташкил қилишини энг аввало «Инсон қадри» тушунчасининг нақадар ардоқли эканлигини кўрсатади.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ТРОМБОЗОМ ГЛУБОКИХ ВЕН В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Ш.М. Юлдашев, Х.Д. Мамадалиев, Н.И. Махмудов

Ферганский филиал РНЦЭМП

Вопрос о методике и схемах лечения больных с документально подтвержденным диагнозом – тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей – сегодня стоит особо остро. Это связано с частым развитием заболевания в активном работоспособном возрасте. Особое беспокойство вызывает инвалидизация большей части больных ТГВ. Более чем в 1/3 случаев наших наблюдений, больным, выписанным из стационаров и осмотренных в других центрах, диагноз не был поставлен, и больных лечили от другого заболевания. Часто, при верифицированном диагнозе, больным назначались только дезагреганты либо флеботоники.

Цель. Оценить эффективность антикоагулянтной терапии ривароксабаном и варфарином у больных с ТГВ с помощью методов ультразвуковой высокочастотной допплерографии и цветного дуплексного сканирования (ЦДС) глубоких вен, на ранних этапах лечения.

Материалы и методы. В стационарных условиях было обследовано 73 пациента, лечившихся по поводу ТГВ нижних конечностей в условиях сосудистой хирургии ФФ РНЦЭМП. Из них 20 мужчин и 53 женщины в возрасте от 31 до 89 лет. Средний воз-

раст – 65 лет. Диагноз был подтвержден с помощью ЦДС. Во всех рассматриваемых случаях у пациентов тромб был плотно фиксирован к стенке, не имел признаков флотации, поэтому все больные продолжали лечиться амбулаторно. При первичном обращении производили ЦДС с определением уровня окклюзии. Проверяли клинические симптомы, характерные для ТГВ, а также измеряли показатели микроциркуляции (МЦ) с помощью ультразвукового высокочастотного допплерографа. Прибор позволяет оценить изменения перфузии тканей (жидкостный обмен) и производить звуковой и визуальный контроль установки датчика в точке локации, определять тип исследуемого сосуда по форме кривой, а по спектру – распределение частиц крови с разными скоростями по сечению исследуемого сосуда. Для исследования параметров кровотока МЦ использовали непрерывный ультразвуковой датчик 15 МГц. Учитывая то, что антикоагулянты оказывают системное действие, локацию производили у ногтевого ложа I пальца верхней конечности. Измерения производили после верификации диагноза в день первичного обращения, а также, после назначения больным антикоагулянтной терапии в сочетании с компрессионным трикотажем, через 2 и 4 недели от начала лечения. 42 больным (I группа) был назначен ривароксабан в дозе 15 мг 2 раза в день на 3 недели и затем 20 мг 1 раз в день, а 31 больному (II группа) был назначен низкомолекулярный гепарин (НМГ) в дозировке 1 мг/кг 2 раза в день подкожно с последующим переходом на варфарин в стартовой дозе 5 мг с дальнейшим подбором МНО с TTR 2–3. Полученные данные сопоставлялись с результатами ЦДС вен нижних конечностей в динамике.

Результаты. При оценке реканализации тромба через 4 недели лечения была выявлена хорошая и полная у 60,1% пациентов I группы и у 22% пациентов II группы.

Обсуждение. Согласно полученным результатам имеется прямая корреляция количественных показателей МЦ с реканализацией тромба в процентах, последняя была более выражена у больных I группы, по сравнению со II. Полученный результат, скорее всего, обусловлен трудностями подбора адекватной терапевтической дозы варфарина у больных, которые находились на амбулаторном лечении. При контроле МНО раз в неделю в терапевтический диапазон попали из них только 49%.

Вывод. Контроль состояния МЦ у больных амбулаторного звена занимает меньше времени, чем лабораторное исследование и позволяет вовремя заподозрить недостаточный уровень гипокоагуляции, что может быть полезным для дальнейшей тактики ведения этих больных (либо увеличение дозы варфарина, либо смена антикоагулянта).

ВРЕМЕННАЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИЯ В НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИИ

С.Р. Курбанов, А.А. Турниязов, С.З. Зарипов

Навоийский филиал РНЦЭМП

В настоящее время существуют две методики проведения временной электрокардиостимуляции (ВЭКС) – наружная (более простая, но менее эффективная) и эндокардиальная.

Цель работы. Применение временной электрокардиостимуляции (ЭКС) при неэффективности медикаментозной терапии, жизнеугрожающих нарушениях проводимости сердца.

В период с 2021 года по 2022 год в неотложной кардиологии Навоийского филиала РНЦЭМП 21 больному было установлено ВЭКС по экстренным показаниям. Из них мужчин – 10, женщин – 11. 16 больным, электроды были введены через внутреннюю яремную вену под контролем Rg-скопии, а 5 больным – под контролем ЭХОКГ. Применение ВЭКС у 19 больных положительно повлияло на гемодинамику, у двоих больных в течение последующих двух суток состояние резко ухудшилось, и наблюдался летальный исход. При патологоанатомическом исследовании причиной смерти установлена ТЭЛА. После установления ВЭКС в первые сутки 4 больным был восстановлен собственный ритм. 15 больных после наблюдения в реанимации в течение 72 часов со стабильной гемодинамикой перевели в многопрофильный областной центр для установления постоянной ЭКС в плановом порядке.

Таким образом, внедрение ВЭКС в неотложной кардиологии дало резкое снижение летальности у больных АВ блокадой III степени, а также позволило выиграть время, необходимое для установления постоянного кардиостимулятора.

ЭНЕРГОТРАТЫ И ПОТЕРИ АЗОТА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ (ОНМК)

А.В. Лапицкий, В.М. Луфт, П.А. Дубикайтис, М.В. Наниева, А.М. Сергеева, Б. Кельбетова

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

Цель исследования. Изучить энергетические траты и потери азота у больных с ОНМК в различные стадии течения заболевания для оптимизации их энергетического и белкового обеспечения.

Обследовано 48 пациентов (мужчин – 26 и женщин – 22) с ОНМК, сопровождающиеся выраженным угнетением сознания и потребностью продлённой искусственной вентиляции лёгких. Сред-

ний возраст пациентов составил 63,8±11,5 года, индекс массы тела – 28,6±2,1 кг/м^2. Диагноз ОНМК по геморрагическому типу был установлен у 18 человек, по ишемическому типу – у 30 человек. Средняя продолжительность вентиляции лёгких составила 29±4,5 суток.

Все пациенты после проведения болюсной тест-пробы, позволяющей оценить исходное состояние моторно-эвакуаторной функции желудка, получали зондовое питание полимерными питательными смесями в возрастающем объёме с выходом на энергетическое обеспечение не менее 80% действительного расхода энергии (ДРЭ) на 3–4 сутки нутриционной поддержки.

Исследование ДРЭ, дыхательного коэффициента и процентного соотношения окисляемых субстратов производилось на метаболографе QuarkRMR (Cosmed, Италия) каждые 3–5 дней. В аналогичные сроки производилось определение потерь азота по количеству мочевины в суточной моче с использованием общепринятых формул расчёта.

Средние энерготраты больных с ОНМК за весь период наблюдения составили 2005±185 ккал в сутки (в среднем 26,7±1,9 ккал/кг/сут.), дыхательный коэффициент RQ – 0,71±0,2. Процентное соотношение окисляемых субстратов (белков, жиров, углеводов) составило 18:66:16 соответственно.

При этом средний ДРЭ в острый период развития ОНМК (первые три недели) был достоверно выше и составил 2280 ккал в сутки (31,1 ккал/кг/сут.), против 1839 ккал/сут. (24,4 ккал/кг/сут.) в раннем восстановительном периоде. Наряду с этим, наблюдались различия и в средних показателях дыхательного коэффициента пациентов, составившего 0,69 в остром и 0,73 в раннем восстановительном периоде ОНМК.

Средние потери азота в остром периоде заболевания составили 22,4±1,3 грамма азота в сутки (140±8,1 грамм белка в сутки), в ранний восстановительный период – 15,6±0,85 грамм в сутки (97,5±5,3 грамм белка в сутки).

Вывод. Полученные данные позволяют рекомендовать дифференцированное субстратное обеспечение пациентов с ОНМК в зависимости от стадии заболевания, основанное на непрямой калориметрии и определении потерь азота.

РОЛЬ МСКТ В ДИАГНОСТИКЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ СТЕНОЗАХ СОННЫХ АРТЕРИЙ И ПОДБОРЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Ф.А. Маматалиев, А.А. Абдурахманов, С.А. Турсунов, Д.Р. Зинатулина, Ш.У. Буронов

Республиканский научный центр экстренной медицины, Ташкент, Узбекистан

Ключевые слова: атеросклероз; брахиоцефальные артерии; сонные артерии; каротидная эндартерэктомия; каротидное стентирование, инсульт.

Введение. Наиболее эффективным способом предупреждения инфаркта мозга является каротидная эндартерэктомия и другие хирургические методы коррекции для улучшения мозгового кровообращения. Успех лечения во многом зависит от результатов предварительных исследований. Золотым стандартом диагностики стенозирующих поражений магистральных артерий, как ведущей причиной ишемического инсульта по-прежнему считается МСКТ ангиография каротидных артерий. Сосудистые заболевания головного мозга из-за высокой распространенности и тяжелых последствий для здоровья населения представляют собой важнейшую медицинскую и социальную проблему. По данным ВОЗ цереброваскулярные заболевания ежегодно развиваются более у 15 млн человек, из которых треть умирает. Распространенность их в общей популяции по данным разных авторов колеблется от 12 до 58%. Велика опасность развития острого нарушения мозгового кровообращения ишемического генеза при сочетании атеросклеротического стенозирующего поражения сонных артерий.

Цель исследования. Оценить возможности МСКТ исследования в подборе оптимального метода реваскуляризации мозга у пациентов с атеросклеротическим поражением брахиоцефальных артерий.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ томографических исследований пациентов, перенесших каротидную эндартерэктомию (КЭЭ), каротидную эндартерэктомию ВСА, ОСА, проведенных в период с 2015 по 2023 г. в РНЦЭМП. За анализируемый период 50 операций КЭЭ (50%) и 50 оперированных (КАС) (50%). Из них мужчин –73 и женщин –17.

Результаты. По результатам статистического анализа данных КТ атеросклеротическая бляшка располагалась на уровне бифуркации ±0,5 см. Протяженность атеросклеротической бляшки относительно бифуркации внутренней сонной артерии составила от 1,5 ± 0,3 см. Также ниже бифуркации 1,2 ± 0,2 см, что послужило причиной выбора КЭЭ

как метода хирургического вмешательства. При расположении атеросклеротической бляшки выше бифуркации на 2,5 см и более послужило поводом произвести стентирование внутренней сонной артерии. При извитости внутренней сонной артерии целесообразно произвести открытое вмешательство, так как извитость сонных артерий является противопоказанием к стентированию.

Заключение. МСКТ ангиография с внутривенным контрастированием позволяет получить полноценную патологоанатомическую картину и определить метод адекватной хирургической коррекции. При подборе метода, безусловно, принимается во внимание уровень поражения, протяженность, отношение к бифуркации, наличие извитости.

Выводы. Метод МСКТ с болюсным контрастированием является относительно безопасным методом выявления стенотических поражений МАГ, объективно определяет структуру АСБ, анатомические изменения сосудистой стенки, структурные поражения головного мозга и патологию окружающих органов, позволяет определять показания к хирургической коррекции недостаточности мозгового кровообращения на качественно новом уровне.

РАЗРАБОТКА РАССАСЫВАЮЩЕЙСЯ КАВА-КЛИПСЫ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТЭЛА ПРИ ТРОМБОЗАХ ИЛИОКАВАЛЬНОГО СЕГМЕНТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Ш.М. Муминов, Д.Л. Ким, Б.П. Хамидов, А.Б. Хакимов, Т.А.Вервекина, Д.Д. Алимухамедов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. В настоящее время, по данным различных источников, тромбоз глубоких вен нижних конечностей (ТГВ) в общей популяции ежегодно регистрируется в пределах 1–1,5 случая на 1000 взрослого населения, а тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) наблюдается до 60 случаев на 100 000, причем в пожилом и старческом возрасте этот показатель возрастает до 200 случаев на 100 000 населения в год. Тромбоз глубоких вен системы НПВ является основным источником эмболии легочных сосудов (84,5%). Учитывая величину возможных эмболов из системы НПВ, высока вероятность массивной тромбоэмболии ствола легочной артерии или её ветвей с развитием острой дыхательной недостаточности и летальным исходом. Надо отметить, что на сегодняшний день, несмотря на постоянное совершенствование консервативной терапии, в клинической практике встречаются пациенты с эмболоопасными формами тромбозов, когда необходимо прибегнуть к методам хирургической профилактики ТЭЛА. В настоящее время известны эндо- и экстравенозные устройства для создания «дозированных» препятствий в НПВ и ловушек для крупных эмболов.

Цель исследования. Разработка биосовместимой рассасывающейся кава-клипсы для профилактики ТЭЛА у больных с тромбозами илиокавального сегмента, которая не только будет создавать препятствие для тромбоэмболов при сохраненном кровотоке, но и после исчезновения риска ТЭЛА подвергаться рассасыванию в заданные сроки.

Материалы и методы. Изготовление разработанных «рассасывающихся кава-клипс» проводилось путем предварительного 3D-моделирования, а затем печати их на 3D-принтере. Экспериментальное исследование проводилось в условиях отделения «Экспериментальной хирургии» РНЦЭМП. Всего в исследование включены следующие лабораторные животные: 49 крыс (25 белых крыс породы «Vistar» и 24 беспородных крыс), 6 беспородных мышей и 3 особи морских свинок.

Цель эксперимента. Проведение морфологического исследования каудальной вены и окружающих тканей после имплантации рассасывающейся клипсы, определение сроков рассасывания и оценка токсикологических показателей безопасности.

Выводы. По результатам исследования была изготовлена модель «рассасывающейся кава-клипсы» из PGLA, которая соответствует требованиям токсикологической безопасности. Морфологические исследования показали, что на 30-е сутки эксперимента имелись признаки деградации клипсы, а уже на 60-е сутки отмечено полное рассасывание клипсы. При микроскопии отмечено, что воспалительный инфильтрат занимает 1–2 слоя стенки сосуда, а в прилежащей ткани отмечается его преимущественно очаговое расположение. Замещение зоны воспаления соединительной тканью в стенке сосуда и прилежащей клетчатке достигает максимума к 60 суткам, грубых изменений эндотелия и пристеночных тромбозов не выявлено.

Практические рекомендации. Предлагаемый способ изготовления «рассасывающейся кава-клипсы» значительно упрощает производство последней, тем самым может быть рекомендован для широкого внедрения в клиническую практику. Также данный рассасывающийся материал и метод изготовления кава-клипсы позволят разработать и другие имплантаты для применения в различных сферах хирургии.

1. Полученные результаты исследования будут способствовать расширению арсенала хирургической профилактики ТЭЛА при эмболоопасных тромбозах илиокавального сегмента, а рассасывание кава-клипсы позволит восстановиться просвету сосуда, после исчезновения риска тромбоэмболических осложнений. При этом уменьшится риск

рецидива тромбоза глубоких вен и улучшится течение хронической венозной недостаточности.

2. Непосредственно метод клипирования НПВ может выполняться через малотравматичный внебрюшинный доступ, что особенно важно у больных с тромбозами системы НПВ на фоне септического состояния. Также данный метод не требуют дорогостоящего и высокотехнологического оборудования, и может использоваться не только в специализированных Центрах.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ ЧКВ С АНГИОПЛАСТИКОЙ АРТЕРИЙ

Т.Я. Мусаев, Э.Э. Хамраев, С.С. Болтаев, У.Р. Мухидов

Бухарский филиал РНЦЭМП

ИБС у лиц старческого возраста связано исключительно с развитием атеросклероза, и её клинические проявления зависят от стенки поражения коронарных артерий. Диастолическая дисфункция и связанная с ней гипертрофия миокарда являются составляющими постинфарктного ремоделирования и независимым предиктором кардиоваскулярной патологии.

Цель исследования. Изучить динамику диастолической дисфункции и геометрии миокарда левого желудочка (ЛЖ), как составляющих постинфарктного ремоделирования ЛЖ, у пожилых пациентов после первичной коронарной ангиопластики при различных степенях поражений коронарных артерий (КА) и формах инфаркта миокарда.

Материалы и методы. Для изучения динамики диастолической дисфункции и геометрии миокарда ЛЖ было изучено 39 пациентов после перенесённого инфаркта миокарда (ИМ), которым выполнялась коронарная баллонная ангиопластика со стентированием коронарных артерий. Средний возраст больных составлял 65 лет ± 9,8 года. Из 39 пациентов мужчин было 21 (53,8%), женщин –18 (46,2%).

На основании электрокардиографических (ЭКГ) и ангиографических данных пациенты распределены на 4 группы:

1 группа: пожилые пациенты с ИМ с зубцом Q.

2 группа: пожилые пациенты с ИМ без зубца Q.

3 группа: пожилые пациенты с ИМ на фоне однососудистого поражения КА.

4 группа: пожилые пациенты с многососудистым поражением КА.

Результаты и их обсуждение. При сравнении пациентов с многососудистым поражением не было выявлено динамики по изученным показателям. В обеих группах тип диастолической дисфункции исходный и через год был по псевдонормальному типу. Но тип гипертрофии был различен у пациентов с ИМ без зубца Q, гипертрофия носила концентрический характер, при ИМ с зубцом Q – эксцентрический. Разные типы гипертрофии обусловлены глубоким поражением миокарда в результате ИМ. У пациентов с поражением одной коронарной артерии динамика различна. При ИМ без зубца Q диастолическая дисфункция была по типу нарушения релаксации и осталась неизменной через год. Тип гипертрофии также не изменился, остался концентрическим. Самая динамическая группа исследования – это пожилые пациенты с Q формами ИМ на фоне поражения одной коронарной артерии. Псевдонормальный тип диастолической дисфункции на фоне ИМ через год перешел в нарушение по типу релаксации. Исходная концентрическая гипертрофия в эксцентрическую: индекс массы миокарда уменьшился со 155 г/м^2 до 132–122 г/м^2, а относительная толщина с 0,45–0,01 до 0,42 – 00,2.

Выводы. У пожилых пациентов с ИМ без зубца Q на фоне одного сосудистого поражения КА острое ишемическое при своевременной реваскулиризации не привело к усугублению диастолической дисфункции и гипертрофии миокарда, как составляющих постинфарктное ремодулирование и совокупности с отсутствием неблагоприятных кардиологических катастроф. Это группа является благоприятной. В группе пациентов с многососудистым поражением КА ухудшений имеющихся структурно-функциональных перестроек миокарда также не произошло, что обусловлено наличием феномена гибернации. Но с учетом исхода, пожилые пациенты с ИМ без зубца Q требуют скорейшей полной реваскуляризации. Пациенты с ИМ с зубцом и поражением одной коронарной артерии, несмотря на своевременную полную реваскуляризацию, требуют наблюдения кардиолога из-за развития постинфарктного ремоделирования и отрицательных прогнозов

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ХИРУРГИИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СКОРОПОМОЩНОГО СТАНЦИОНАРА

В.Е. Парфенов, С.А. Платонов, М.А. Киселев

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Эндоваскулярная хирургия на сегодняшний день является крайне актуальной, активно развивающейся медицинской специализацией, которая включает в себя широкий спектр минимально инвазивных диагностических и лечебных вмешательств. Постоянное совершенствование инструментария, оборудования способствует

активному распространению и применению малоинвазивных интервенционных методик практически во все медицинские специальности.

История эндоваскулярного отделения НИИ скорой помощи имени И.И. Джанелидзе берет свое начало с приказа №037/1 от 30 января 2003 года. В настоящее время на отделении проводится весь спектр рентгенэндоваскулярных вмешательств. Ежегодно выполняется более 3500 вмешательств. Отделение работает в круглосуточном режиме, обеспечивая оказание экстренной рентгенэндоваскулярной помощи больным с острым коронарным синдромом, ишемическим инсультом, внутричерепными кровоизлияниями и кровотечениями различных локализаций.

Материалы и методы. Основные направления эндоваскулярной хирургии в многопрофильном стационаре.

Рентгенэндоваскулярная хирургия ишемической болезни сердца. В настоящее время коронарное стентирование стало новым ведущим стандартом в лечении ИБС у пациентов практически любой тяжести и сложности. Ежегодно в НИИ скорой помощи выполняется больше тысячи коронарных стентирований пациентам с ишемической болезнью сердца. В клиническую практику внедряются и активно развиваются самые современные методы внутрисосудистой визуализации: внутрисосудистое УЗИ, оптическая когерентная томография и новые технологии коронарной ангиопластики – направленная коронарная атерэктомия.

Интервенционная нейрорадиология. Одна из наиболее молодых и прогрессивно развивающихся отраслей нейрохирургии, зародившейся в середине прошлого века при развитии новой методики выполнения лечебных вмешательств с использованием внутрисосудистого доступа. Ключевыми направлениями современной интервенционной нейрорадиологии считаются эмболизации аневризм, артериовенозных мальформаций, опухолей головного мозга и позвоночника. Отдельным, активно изучающимся и перспективным разделом данной специальности, является эндоваскулярное лечение в остром периоде ишемического инсульта, включающее в себя такие методики, как: тромбэктомия, тромбаспирация, стентирование экстра- и интракраниальных артерий. За год в стенах института оказывается современная эндоваскулярная помощь более ста пациентам с ишемическим инсультом. Активное применение внутрисосудистых технологий у пациентов данной категории позволяет снизить летальность и инвалидизацию.

Эндоваскулярная хирургия магистральных артерий (интервенционная сердечно-сосудистая хирургия). В наши дни, благодаря постоянному совершенствованию методик и инструмента, окклюзионно-стенотические поражения магистральных артерий разного калибра эффективно лечатся методиками баллонной ангиопластики и стентирования. Периферическая транслюминальная баллонная ангиопластика нижних конечностей, на данный момент, является практически безальтернативным методом реваскуляризации при синдроме диабетической стопы и хронической ишемии, угрожающей потерей конечности. Отделение РХМДЛ НИИ имени И.И. Джанелидзе, выполняя 150 и более операций в год, занимает лидирующие позиции в стране по количеству и качеству оказания эндоваскулярной помощи пациентам с ишемией, угрожающей потерей конечности.

Стоит выделить огромный перечень применения малоинвазивных внутрисосудистых методик в остановке кровотечений травматического и нетравматического генеза. Сложно придумать медицинской специальности, где возможности эндоваскулярной техники гемостаза не будут актуальны. В хирургии повреждений активно применяются методики временной баллонной окклюзии аорты, эмболизации кровотечений практически любой локализации.

От активного распространения во все сферы медицины малоинвазивных методик не остаются в стороне и узкие специальности. Эндоваскулярная эмболизация активно используется в лечении злокачественных и доброкачественных новообразований гинекологического, урологического профиля. Использование рентгенэндоваскулярных методик при патологиях беременности позволяет значительно увеличить шанс успешного родоразрешения и сохранения детородной функции. Довольно эффективен эндоваскулярный гемостаз и в лечении ЛОР кровотечений.

Результаты исследования. В наши дни методы эндоваскулярной хирургии уже не являются экспериментальными, они прочно вошли в арсенал современной медицины, и представляют собой наиболее динамично развивающееся направление. В 2020 году в Российской Федерации в 391 центре, работающем по данной специальности, было выполнено свыше 688 тыс. интервенционных диагностических и лечебных вмешательств. Ежегодно возникают новые устройства и технологии, способные внести свой вклад в диагностику и лечение заболеваний малоинвазивными методами. Дальнейший прогресс в данной сфере будет способствовать эффективному лечению даже самых сложных патологий и состояний.

ПЕРВИЧНЫЙ ДИСТАЛЬНЫЙ ДОСТУП ПРИ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

С.А. Платонов, В.Н. Жигало, М.А. Киселев, К.Ш. Исаев, К.Н. Фомин, Д.В. Кандыба

ГБУ «СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе» Отдел сердечно-сосудистой и эндоваскулярной хирургии

Цель исследования. Оценить безопасность и техническую эффективность эндоваскулярных вмешательств, выполненных первичным ретроградным дистальным доступом, у пациентов с ишемией нижних конечностей.

Методы. Проведена проспективная оценка результатов 48 эндоваскулярных операций, выполненных первичным ретроградным дистальным доступом, у 48 пациентов с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей. Окклюзионное поражение бедренно-подколенного сегмента имелось в 81% случаев, окклюзия как минимум одной берцовой артерии встречалась также в 77% наблюдений. В 65% случаев окклюзионное поражение носило многоуровневый характер.

Операцию выполняли через переднюю большеберцовую артерию или тыльную артерию стопы в 66% случаев, через заднюю большеберцовую артерию – в 30% наблюдений, через малоберцовую артерию – в 4%. В 60% наблюдений осуществляли два доступа: основной – для выполнения вмешательства и дополнительный – для ангиографического контроля. В 40% случаев вмешательство выполняли через единственный доступ. Ангиосомную артерию пунктировали в 61% наблюдений. В 25% случаев пунктировали единственный проходимый сосуд на голени. В 46% случаев была выполнена антеградная реканализация «соседней» берцовой артерии из дистального доступа.

Результаты. Первичный ретроградный дистальный доступ успешно осуществлен в 100% наблюдений. Не во всех случаях удалось выполнить реваскуляризацию в ретроградной манере (успех реканализации – 96%, успех ретроградного вмешательства – 94%), в связи с этим в 6% наблюдений выполняли бедренный доступ.

Прямой кровоток как минимум по одной артерии голени на стопу восстановлен во всех случаях. У 29 пациентов с некрозами на стопе выполнена прямая реваскуляризация пораженного ангиосома, у 7 – непрямая через коллатерали.

Количество осложнений доступа составило 10%, все они носили местный характер.

Заключение. Эндоваскулярная реваскуляризация, выполненная первичным ретроградным дистальным доступом, в большинстве случаев была технически эффективна. Отсутствовали осложнения, имевшие последствия системного характера.

ЧРЕСКОЖНЫЕ КОРОНАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Ш.Н. Салахитдинов, Д.А. Алимов, Л.Б. Гиёсзода, С.Б. Турсунов, Х.Ф. Мирзакаримов, Б.Ш. Алимханов, С.М. Джафаров, М.И. Хайдаров, Ш.Ш. Аскаров

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Цель. Оценить результаты интервенционных вмешательств при остром коронарном синдроме у пациентов пожилого возраста.

Материалы и методы. С января 2020 по июль 2022 года в РЭНЦМП 35 пациентам в возрасте старше 85 лет выполнено коронарографическое исследование и стентирование коронарных артерий. Из них с ОКСпST составляло 19 (54,28 %) пациентов, ОКСбпST – 6 (17,14 %), с ОИМ с зубцом Q – 8 (22,85 %) и с ОИМ без зубца Q – 2 (5,14%). Мужчин было 6 (17,14%), женщин – 29 (82,85%). В анамнезе у 27 (77,14%) пациентов был сахарный диабет, у 23 (65,71%) сопутствовала гипертоническая болезнь. У 21 (60%) пациентов на ЭКГ отмечался подъём сегмента ST по передней стенке (I, AVL, V2–V5) с дискордантными изменениями. У 9 (25,71%) – недостаточность коронарного кровообращения по задней стенке.у остальных 5 (14,28 %) недостаточность коронарного кровообращения по переднебоковой стенке. По данным коронарографического исследования: в первой группе у 18 (51,42%) больных отмечалось однососудистое поражение, во второй группе у 6 (17,14%) больных – двухсосудистое поражение в коронарных артериях и в третьей группе у 11 (31,42%) пациентов выявлено многососудистое поражение. Сосудистым доступом явилась правая радиальная артерия в 29 случаев (82,85%), правая плечевая артерия – в 2 (5,71%), правая феморальная артерия – в 2 (5,71%), левая радиальная артерия – в 3-х (8,57%) случаях.

Результаты. Пациентам первой и второй группы выполнено ЧКВ инфарктсвязанной артерии. В первой группе больных (n–18) у 10 пациентов выполнено стентирование ПМЖВ, у 6 больных – стентирование ПКА и у 2-х больных – стентирование ОВ.

Во второй группе (n-6) у 3-х больных выполнено стентирование ПМЖВ, у двух – стентирование ОВ и 1 больного – стентирование ПКА. Пациентам в данной группе выполнялось двухэтапное стентирование, то есть первым выполнялось стентирование только инфарктсвязанной артерии. Ангиографический хороший результат достигнут в 100% случаев.

У 13 (37,14%) пациентов стентирование коронарных артерий выполнено без технических трудностей, у 5 (14,28%) стентирование выполнено после ТЛБАП, у 8 (22,85%) пациентов выполнено

прямое стентирование ИСКА, без каких-либо осложнений. ЧКВ у 22 (62,85%) выполнено с техническими трудностями: из них ригидный стеноз у 15 (42,85%) пациентов из-за выраженного кальциноза. Данным пациентам после предилатации баллонными катетерами выполнено стентирование КА; учитывая ригидность бляшки и кальциноза, в коронарных артериях стентирование выполнено с постдилатацией баллонными катетерами высокого давления. Реперфузионная аритмия наблюдалась у 12 (34,28%) пациентов, из них 7 (20 %) пациентам ритм был восстановлен консервативным путем, а 5 (14,28%) пациентам установлен временный ЭКС.

Выводы. Возраст пациента не является противопоказанием к проведению чрескожного коронарного вмешательства. Широкое использование у пожилых людей интервенционных методов диагностики и лечения позволяет улучшить клинические исходы ОКС. Ишемическая болезнь сердца является одной из ведущих причин заболеваемости и смертности, и ее распространенность увеличивается с возрастом. Растущее число пожилых пациентов и их отличительные особенности делают ведение пациентов сложной задачей в клинической практике.

КОРРЕКЦИЯ ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ПОСРЕДСТВОМ ПЕРЕДНЕБОКОВОЙ ПРАВОЙ ТОРАКОТОМИИ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

С.А. Турсунов, А.А. Абдурахманов, Д.Р. Зинатулина, Ш.Б. Шакаров, Ф.А. Маматалиев

Республиканский научный центр экстренной медицины, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Минимально инвазивные методики обеспечивают хорошую визуализацию и доступ. Обладая рядом преимуществ, эти операции перспективны и могут выполняться с высокой степенью эффективности и безопасности. Целью малоинвазивной кардиохирургии является достижение наилучших результатов для пациента с тем же качеством, что и при полной срединной стернотомии.

Цель исследования. Определить возможности малоинвазивной хирургии на основе ретроспективного анализа и сравнения непосредственных результатов хирургического лечения пациентов, перенесших вмешательства по коррекции дефектов межпредсердной перегородки как традиционными, так и малоинвазивными методами.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование включены 26 пациентов с дефектом межпредсердной перегородки (ДМПП), оперированных в кардиохирургическом отделении Республиканского научного центра скорой медицинской помощи.

Результаты. Искусственно-легочный шунт в случаях миниторакотомии соединяли по схеме «правая общая бедренная артерия – правая общая бедренная вена», канюлировали непосредственно верхнюю полую вену. Бедренные сосуды канюлировали «открытым» способом. В случаях срединной стернотомии использовали стандартную восходящую аорту и бикавальную канюляцию.

Средняя длительность вмешательства составила в случае стернотомии 130,2±39,0 минут, переднебоковой торакотомии 140,5±49,0 минут. Время ИК 35,0±8,1 минуты, 40,0±10 минут, пережатие аорты 22,6±3,1 минуты, 25,6±5,1 минуты соответственно. Длительность госпитализации после операции 10 ± 2,0 дней в случае стернотомии, 8,0 ± 2,0 дней в случае переднебоковой торакотомии.

В целом у всех оперированных больных наблюдалось неосложненное течение послеоперационного периода. Кровотечений в раннем послеоперационном периоде, потребовавших повторной операции, не было. Раневых осложнений на стороне доступа не было.

Заключение. Минимально инвазивные методы обеспечивают хорошую визуализацию и позволяют провести адекватную хирургическую коррекцию, обладая рядом преимуществ, такими как: лучший косметический эффект, относительно короткий период госпитализизации, более короткий период реабилитации и экономическая выгода. Эти операции перспективны и могут выполняться с высокой степенью эффективности и безопасности.

Мы рассматриваем малоинвазивную кардиохирургию как возможность уменьшить операционную травму, гарантию качества и безопасности, как при стандартном подходе.

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ НЕГИЗИДА ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯДАН КЕЙИН ЧАП ҚОРИНЧА ФУНКЦИЯСИНИ БАҲОЛАШДА ГЛОБАЛ БЎЙЛАМА ДЕФОРМАЦИЯНИНГ АҲАМИЯТИ

Убайдуллаева Ш.М., Алавий Б.А.

Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент

Юрак ишемик касаллиги (ЮИК)да коморбид патологиянинг энг кенг тарқалган шакллари артериал гипертензия, сурункали обструктив ўпка касаллиги, метаболик синдром ва қандли диабетдир (ҚД). ҚД реваскуляризациядан кейин беморларнинг узоқ муддатли омон қолишини сезиларли даражада ёмонлаштиради. ЮИК билан оғриган беморларда коморбид ҚД реваскуляризациянинг салбий оқибатлари хавфини ошириди ва уни бошқариш, прогнознинг аниқлигини оширадиган замонавий диагностика технологияларини клиник амалиётга

жорий этиш учун замонавий ёндашувларни талаб қилади.

Тадқиқот мақсади. ТОКА ўтказилган 2-тип ҚД фонида ЮИК бўлган беморларда глобал бўйлама деформациянинг (ГБД) ва отиш фракцияси (ОФ) параметрларининг ўзгаришини аниқлаш ва ЧК функциясидаги бу ўзгаришларни солиштириш.

Тадқиқот усуллари. Тадқиқотга (63,1 ± 8,6 ёшли) 76 нафар ТОКАдан ўтган 2-тип ҚД ва ЮИК бўлган беморлар киритилган. Эхокардиографик тадқиқотлар глобал бўйлама деформацияни баҳолаш учун ОФ ва 2D доғларни кузатиш билан ўтказилди. Тадқиқотлар қуйидаги вақт амплитудаси билан амалга оширилди: ТОКАдан олдин ва кейин 24 соат ичида ва 1 ҳафтадан кейин. Ўртача умумий ЧК бўйлама чўққи стрейни (GLPS-ўртача) 17 сегментни ўлчаш асосида ҳисоблаб чиқилган.

Натижалар. ТОКАдан олдинги, 24 соат ва бир ҳафтадан кейин ўртача GLS-ўртача қийматлари мос равишда 9,64±2,98%, 10,31±3,78% ва 17,01±5,12 ни ташкил этди. ТОКАдан олдин, 24 соат ва бир ҳафтадан кейин ўртача ОФ мос равишда 45,8±9,5%, 42,1±12,01% ва 48,09±10,87% ни ташкил этди. ЧК функциясининг яхшиланиши GLPS-ўртача ($p<0,0005$) билан ўлчанганида, ОФ ($p<0,005$) яхшиланишига қараганда статистик жиҳатдан муҳимроқ эди. GLPS ўртачанинг яхшиланиши чап олдинги тушувчи артериянинг мақсадли томир реваскуляризацияси билан боғлиқ.

Хулоса. Эхокардиографияда бўйлама деформациянинг 2D таҳлили 2-тип ҚД фонида ЮИК бор беморларда ишемик шикастланишни аниқлашни башорат қилишда визуал баҳолашга нисбатан қўшимча диагностик аҳамиятга эга. GLPS коронар атеросклерознинг ривожланиши учун янги прогностик белги бўлиб хизмат қилиши мумкин.

ОНКО-АССОЦИИРОВАННЫЕ ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

И.Б. Хомиджонов, Ф.Х. Мадаминов, Б.Р. Мамадалиев, И.И. Бойматов

Ферганский филиал РНЦЭМП

Цель. Оценить результаты лечения онкологических больных с венозными тромбоэмболическими осложнениями (ВТЭО).

Методы и материалы. Ретроспективно проанализированы истории болезни 15 онкологических больных с ВТЭО, пролеченных на базе областного онкологического диспансера с января 2023 г. по май 2023 г. Более часто венозный тромбоз диагностировали у женщин – 58%, реже у мужчин – 42%. Средний возраст пациентов на момент установки диагноза венозного тромбоза варьировал от 30 до 80 лет (медиана возраста 58 лет).

Результаты. Флеботромбоз нижних конечностей диагностирован у 50,9% онкологических больных, флеботромбоз с ТЭЛА – 13,4 %, варикотромбофлебит – 13,4%, только ТЭЛА без установленного источника – 3,2%, катетер-ассоциированный флеботромбоз – 19,1%. Хирургическая профилактика ТЭЛА выполнена у 24 пациентов (15,3%). Большинство больных имели местно-распространенный процесс или отдаленные метастазы (70,7%). Чаще всего ВТЭО развивались у онкологических больных в послеоперационном периоде – 49,7%. На этапе лекарственной противоопухолевой терапии частота ВТЭО составила 40,1%. Препаратами первой линии в острую фазу у онкологических больных являются парентеральные антикоагулянты. При низком риске геморрагических осложнений и при отсутствии лекарственных взаимодействий с противоопухолевыми препаратами возможен перевод на пероральные антикоагулянты.

За период наблюдения частота рецидивов тромбоза была 6,7%, геморрагических осложнений – 5,3%. Летальность от ВТЭО у онкологических больных составила 5,1%.

Обсуждение. ВТЭО в онкологии считаются второй причиной летальности больных. В связи с увеличением продолжительности жизни онкологических больных, расширением объема оперативных вмешательств, разработкой новых схем химиолучевого лечения, частота ВТЭО только увеличивается. С внедрением новых стратегий лечения онкологического заболевания (иммунотерапия, таргетная терапия, новые химиопрепараты) меняется структура тромбогенности опухолей в зависимости от локализации первичной опухоли. Общепризнанная шкала оценки риска Khorana и ее модификации в большинстве случаев не прогнозирует развитие ВТЭО, что требует постоянного анализа ВТЭО в онкологии. Трудности в лечении онко-ассоциированных тромбозов обусловлены высокой частотой рецидивов и кровотечений на фоне антикоагулянтной терапии.

Выводы. Наибольшая частота ВТЭО диагностирована в послеоперационном периоде. Согласно нашим данным наиболее тромбогенными ЗНО являются опухоли ЦНС, урологической и гинекологической локализации, ЖКТ. Выявлена высокая частота венозного тромбоза у больных со злокачественными опухолями головы и шеи в период лекарственной противоопухолевой терапии и в послеоперационном периоде.

Высокий риск рецидива тромбоза и кровотечения у онкологических больных требует регулярной оценки рисков в зависимости от этапов лечения. При такой стратегии ведения данной категории больных отмечается приемлемая частота рецидивов тромбозов, геморрагических осложнений, летальности.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭМБОЛООПАСНЫМИ ТРОМБОЗАМИ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

И.Б. Хомиджонов, Н.И. Махмудов, Б.Р. Мамадалиев, Ф.Х. Мадаминов

Ферганский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Оценить результаты оперативного лечения пациентов с эмболоопасными формами флеботромбоз (ПБВ) поверхностных бедренных и (ПКВ) подколенных вен.

Материалы и методы. В отделение сосудистой хирургии и микрохирургии Ферганского филиала РНЦЭМП с 05.01.2023 года по 10.05.2023 год были госпитализированы 30 пациентов с флотирующими тромбозами поверхностной бедренной и подколенной вен. Из них прооперированы 20 больных (75%) с эмболоопасными венозными тромбозами. 10 больным выполнен системный тромболизис. Возраст пациентов от 40 до 76 лет. Всем больным провели дуплексное сканирование вен нижних конечностей, на котором у 21 пациента был выявлен окклюзирующий тромбоз подколенной вены с эмболоопасным тромбозом в поверхностной бедренной вене, у 9 – эмболоопасный тромбоз подколенной вены. При поступлении в отделение сосудистой хирургии у 2 больных имелись клинические признаки ТЭЛА, что было подтверждено данными ЭхоКГ, компьютерной томографии. У 2 больных тромбоз глубоких вен нижних конечностей развился на фоне перенесенного COVID-19.

Всем больным проводились компрессия нижних конечностей, антикоагулянтная терапия, НПВС. Также проводилось динамическое контрольное ДС вен нижних конечностей каждые 3 дня. При этом у 4 пациентов на фоне лечения отмечалась фиксация флотирующей головки тромба. Показанием к оперативному вмешательству служили сохраняющаяся флотация тромба на протяжении более 4 см и/или ширина основания тромба менее 4 мм, что служило признаком высокого риска фрагментации тромба. 16 пациентам выполнено легирование поверхностной бедренной вены. Всем пациентам в течение суток после операции провели контрольное дуплексное сканирование, по результатам которого ни в одном случае не было выявлено необходимости в повторной операции.

В послеоперационном периоде все пациентам были назначены: компрессионный трикотаж 2–3 класса компрессии, низкомолекулярные гепарины в лечебных дозировках с последующим переводом на пероральные антикоагулянты, НПВС.

Результаты и обсуждение. В послеоперационном периоде ни у одного из пациентов не развилась клиника тромбоэмболии легочной артерии. У всех 29 больных, поступивших в отделение с клиникой ТЭЛА, достигнуто значительное улучшение состояния. Осложнения в раннем послеоперационном периоде: 1 случай лимфореи из послеоперационной раны (3,2%).

Отдаленные результаты большинства пациентов прослежены на протяжении 3 месяцев. Эпизодов тромбоэмболии не было. Клиника хронической венозной недостаточности выявлена у 8 оперированных (33,3%) и у 4 консервативных (29,2%) пациентов. Всем больным назначался прием антикоагулянтов в течение не менее 6 месяцев, регулярные курсы флеботоников 2–3 раза в год, постоянное использование компрессионного трикотажа 2–3 классов компрессии.

Выводы. Прямое легирование поверхностной бедренной вены при флотирующих тромбозах поверхностной и подколенной вены является эффективной и безопасной методикой. Однако более чем в 30% случаев на фоне консервативного лечения возможно развитие фиксации и реканализации флотирующего тромба, что позволяет избежать выполнения оперативного лечения.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА И ПОВРЕЖДЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ ПРИ КАРДИОРАФИИ УЗЛОВЫМ ШВОМ РАНЕНИЙ СЕРДЦА С ПРИМЕНЕНИЕМ СОВРЕМЕННОГО ШОВНОГО МАТЕРИАЛА У ЛАБОРАТОРНЫХ СВИНЕЙ ЧЕРЕЗ 1 НЕДЕЛЮ

Е.А. Цеймах, И.П. Бобров, Н.Ю. Ручейкин, В.И. Ручейкина, Д.В. Волженин, В.А. Соколов, А.С. Михайлов, Д.В. Дергунов, В.В. Дергунова

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Алтайский край, г. Барнаул

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи, г. Барнаул», РФ, Алтайский край

Актуальность. Заживление ран сердца протекает с формированием соединительнотканного рубца. Характер рубца зависит от течения раневого процесса, морфологических изменений в ране, шовного материала. Распространенность рубца в раннем и отдаленном периодах приводит к ишемии и падению сократительной способности миокарда.

Цель. Изучить степень воспалительного ответа сердечной мышцы у лабораторных свиней при кардиорафии проникающей травмы сердца с применением различного современного шовного материала в эксперименте через 1 неделю.

Материалы и методы. 30 вислобрюхих свиней, 5 групп в зависимости от вида шовного материа-

ла (USP 3/0): капрон, пролен, викрил, лавсан, PDS. Материалом исследования послужили образцы сердечной мышцы, где наносилось и ушивалось повреждение. Для гистологического исследования образцы сердца фиксировали в 10% формалине в течение 24–48 часов, затем материал парафинизировали по общепринятой схеме. Срезы толщиной 5–7 мкм изготавливали на роторном микротоме, окрашивали гематоксилином и эозином.

Результаты. При наложении узлового шва всеми видами шовного материала через 1 неделю после операции в области операционной раны в эпикарде желудочка и предсердия сердца определялись явления активного продуктивного воспаления с образованием того или иного количества крупных «гигантских клеток инородных тел», которые фагоцитировали жировые массы из разрушенных жировых клеток. В миокарде формировалась нежная молодая соединительная ткань, богатая полнокровными сосудами. Миокардиоциты находились в состоянии умеренно выраженной вакуольной дистрофии. В предсердии находили аналогичные изменения. При применении пролена шовный материал окружали лимфоциты и юные фибробласты с крупными ядрами, среди которых располагались продольно расположенные тонкие коллагеновые волокна и значительное количество нейтрофилов. В предсердии гистологические изменения были аналогичны изменениям в желудочке. При применении лавсана в области операционной раны в миокарде были видны очаговые обширные гематомы с высоким содержанием фибрина с признаками организации, периваскулярные инфильтраты и умеренный интерстициальный отек. Миокардиоциты находились в состоянии умеренной вакуольной дистрофии. В предсердии находили идентичные изменения, но отложения фибрина в миокарде были более значительны. При использовании викрила в области раны желудочка обнаруживались изменения, аналогичные предыдущим. В миокарде была видна нежная молодая соединительная ткань, богатая полнокровными сосудами и активными фибробластами с крупными ядрами. Миокардиоциты были в состоянии слабо выраженной вакуольной дистрофии и слабо выраженного интерстиционального отека. В предсердии при использовании узлового шва находили такие же гистологические изменения, как и в желудочке. Шовный материал окружали волокна коллагена, среди которых располагались лимфоциты, плазматические клетки, тучные клетки, зрелые фиброциты и множественные «гигантские клетки инородных тел», которые фагоцитировали шовный материал. Встречались единичные нейтрофилы. Отмечалось активное разрастание соединительной ткани и сосудов внутрь пучков шовного материала. В предсердии гистологические изменения аналогичны. При использовании PDS после операции обнаруживались также крупные «гигантские клетки инородных тел», шовный материал удавалось выявить не во всех случаях, но постоянно находили хорошо сформированные фиброзные капсулы. В миокарде определялась молодая соединительная ткань с большим количеством сосудов, фибробластов и тучных клеток, был виден слабый интерстициальный отек, кардиомиоциты находились в состоянии слабой вакуольной дистрофии. В предсердии гистологические изменения аналогичные.

Выводы. Таким образом, ушивание ран сердца нитями из нерассасывающегося материала (капрона, пролена, лавсана) сопровождается воспалительными изменениями в стенке сердца. Заживление раны сердца рассасывающимся шовным материалом – нитями викрил, PDS протекает без выраженных воспалительных изменений, что обусловливает формирование нежного рубца.

ОПЫТ НАБЛЮДЕНИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

А.Т. Эрметов, М.М. Ишанходжаев, Д.А. Азизханов, А.И. Икромов, О.В. Карабаев

Ташкентский областной филиал РНЦЭМП

Актуальность. Проблема кардиоваскулярной патологии при хронической почечной недостаточности является одной из наиболее актуальных в современной нефрологии. Это определяется тем, что сердечно-сосудистые заболевания при терминальной ХПН возникают в среднем в 20–35 раз чаще, чем в общей популяции, а в структуре смертности у данных пациентов кардиоваскулярная патология находится на первом месте, достигая 50–55% (данные ТОФ РНЦЭМП). К механизмам, специально присущим уремии, относят, прежде всего, анемию, дисэлектролитемию, гиперфосфатемию, вторичный гиперпаратиреоз, оксидативный стресс и часто возникающий синдром хронического системного воспаления, нейрогуморальные сдвиги, повышение в крови уровня кардиодепрессивных факторов, определяемых собирательным понятием «уремические токсины».

Цель исследования. Оценить факторы риска развития и прогрессирования кардиоваскулярной патологии пациентов с хронической почечной недостаточностью.

Материалы и методы исследования. Для проведения исследования в отделении реанимации ТОФ РНПЦЭМП обследованы 36 больных, проходивших курс гемодиализа. Все больные имели раннее установленное заболевание почек, приведшие к терминальной стадии хронической почечной недостаточности. Из общего числа 36 (100%) больных, трудно корригируемая в условиях диализа артери-

альная гипертензия наблюдалась у 32 (89%) больных, являясь важной составляющей усиления постнагрузки миокарда, рассматривается как основной фактор, определяющий массу миокарда левого желудочка. Еще одним патогенетическим механизмом является анемия у 30 (85%) больных. Показатели кальция и фосфора при наличии ГЛЖ значимо выше, чем при ее отсутствии у 23 (65%) больных. Вторичный гиперпаратиреоз у 22 (62%) больных, способствует формированию инсулинорезистентности периферических тканей и ослаблению секреции инсулина. В липидном спектре – 23 (64%) больных, чаще повышается уровень триглицеридов при отсутствии значимых изменений общего холестерина крови. Проведен анализ объективного состояния пациента, анамнеза заболевания и особенностей почечно- заместительной терапии. Дана оценка общего анализа крови и мочи, биохимического анализа крови, коагулограммы, результатов ЭКГ, эхокардиографии и доплер-УЗИ подвздошных сосудов.

Результаты. В ходе исследования доказано, что хроническая почечная недостаточность сопряжена с высочайшим риском ускоренного развития сердечно-сосудистой патологии и определен ряд особенностей у данной группы пациентов. Кардиоваскулярная патология при ХПН проявляется главным образом ГЛЖ и/или ИБС. Гипертрофия левого желудочка, будучи фактором риска аритмий, внезапной смерти и сердечной недостаточности, может возникать уже в ранней стадии ХПН. Её частота коррелирует со степенью утраты функции почек. Концентрация холестерина ЛПНП, ЛПОНП обычно повышена, а холестерина ЛПВП – снижена, возрастает уровень ЛП(а) плазмы. Нарушение метаболизма липопротеинов усугубляется значительной протеинурией, снижением активности липопротеинлипазы и печеночной триглицеридлипазы, ассоциирующихся с изменениями инсулинового баланса, вторичным гиперпаратиреозом.

Вывод. Таким образом, контроль и коррекция АГ, уровня Hb, Ca, фосфора и липидов крови у пациентов ХПН имеет медицинское и социальное значение, как фактор определяющий качество и продолжительность жизни.

VI. ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ, ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ И ЭНДОТОКСИКОЗАХ

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ТОКСИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ И ЭНДОТОКСИКОЗАХ

Р.Н. Акалаев [1,2], А.М. Хаджибаев [2], Д.Б. Туляганов [1,2], А.А. Стопницкий [1,2], М.К. Саидова [1], А.Д. Фаязов [1,2], У.Р. Камилов [1]

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

[2]Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить значимость свободного аммиака как раннего маркера токсического поражения печени при острых отравлениях и эндотоксикозах.

Материал и методы. Проведено проспективное исследование уровня свободного аммиака (аммония) как раннего маркера токсического поражения печени в соотношении с биохимическими показателями повреждения печени у 315 пациентов с острыми отравлениями гепатотоксичными ядами, тяжелыми ожогами и панкреонекрозами, поступивших в 2021–2023 гг. в РНЦЭМП. Из общего числа исследуемых пациентов 211 (66,9%) больных были с острыми отравлениями, 56 (17,8%) больных с ожогами и 48 (15,3%) с панкреонекрозами. Среди пациентов с острыми отравлениями гепатотоксичными ядами преобладали больные с алкогольной интоксикацией – 133 пациента, а также с отравлениями гепатотоксичными медикаментами (парацетамол, альбендазол, изониазид) – 37 больных и тяжелыми отравлениями уксусной кислотой с выраженными признаками токсического гепатита – 41. Среди пациентов с ожогами преобладали пострадавшие с обширными и глубокими ожогами и индексом Франка свыше 60 ЕД. Мужчин было 139 (65,8%), женщин – 72 (34,3%) Изучались показатели ферментов аланин- и аспартатаминотрансферазы (АлТ, АсТ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), щелочной фосфатазы (ЩФ), уровень билирубина, а также свободного аммиака. Исследование проводили с учетом выраженности патологического процесса на 1-е, 3-е сутки у больных с острыми отравлениями алкоголем и медикаментами, на 2–3-е (после снятия гемолиза) и 5-е сутки у пациентов с тяжелыми отравлениями уксусной кислотой, и на 1-е, 12-е сутки у больных с тяжелыми ожогами, а также панкреонекрозами.

Результаты и их обсуждение. Согласно полученным данным у пациентов, поступивших с токсическими гепатитами на фоне алкогольной интоксикации, при поступлении отмечалось значительное повышение свободного аммиака – в 3,6 раза выше верхнего предела нормы, при этом АлТ, АсТ, ЛДГ, ЦФ были также повышены в 1,8, 1,5, 1,3, 1,4 раза, а билирубин был в пределах нормы. В динамике на фоне лечения уровень свободного аммиака сохранялся на уровне в 1,5 раза выше нормы, в то время как уровень остальных печеночных показателей практически приблизился к нормальным показателям. Что касается больных с отравлениями гепатотоксичными медикаментами, мы наблюдали аналогичную картину при поступлении – гипераммониемию с уровнем свободного аммиака в 1,9 раза выше верхнего предела нормы, однако из остальных показателей мы наблюдали только незначительное повышение ферментов АлТ, АсТ – в 1,3 раза выше нормы. В дальнейшем, на 5-е сутки, уровень аммония был также в 2,1 раза выше нормы, что коррелировало с показателями АлТ, АсТ, ЛДГ, ЩФ и билирубина. У пациентов с отравлениями уксусной кислотой отмечались более выраженные признаки токсического гепатита, чем при других отравлениях. Это выражалось в повышении уровня аммония в 3,7 раза, АлТ, АсТ, ЛДГ, ЩФ, билирубина в 2,9, 2,7, 1,3, 1,3, 1,4 раза выше нормы, а в динамике эти же показатели увеличились до 3,5, 3,2, 2,3, 1,3, 1,4, 1,9 раза выше нормы, что свидетельствовало о нарастании интоксикации и токсического поражения печени.

Интересные данные были получены при изучении показателей печени у пациентов с эндотоксикозами, развившимися в результате тяжелых ожогов и панкреонекрозов.

У тяжелообожженных уже в первые сутки, при наличии относительно незначительных изменений в традиционных биохимических показателях, уровень свободного аммиака превышал верхний предел нормы в 4,2 раза, а в динамике – в период ожоговой токсемии – аммоний повысился до 7,9 раза выше верхнего предела физиологической нормы. Уровень АлТ, АсТ при этом превысил нормальные показатели всего в 3,1, 2,9 раза, ЩФ в 1,6 раза, а показатели ЛДГ и билирубина оставались в пределах нормы. При этом сверхвысокий уровень свободного аммиака у тяжелообожженных соответствовал тяжести клинических симптомов интоксикации. У пациентов с панкреонекрозами при изучении биохимических показателей поражения печени в первые сутки с момента поступления мы также наблюдали картину незначительной ферментопатии в виде повышения показателей АлТ и АсТ в 1,4 и 1,5 раза, при этом уровень свободного аммиака превышал норму в 2,1 раза, а в динамике данный показа-

тель повысился до 4,4 раза выше нормы при относительно незначительном увеличении уровня АлТ и АсТ и ЩФ. Уровень ЛДГ и билирубина при этом оставался в пределах нормы как при поступлении, так и в динамике.

Выводы. 1. Несмотря на различие первичных факторов поражения печени как экзогенной, так и эндогенной этиологии, мы наблюдали в первую очередь нарушение дезинтоксикационной функции печени, включая процесс обезвреживания аммиака.

2. Повышение уровня свободного аммиака может служить ранним маркером токсического поражения печени, а также начала развития печеночной недостаточности.

3. Сверхкритический уровень аммония, который наблюдается у пациентов с ожогами, отравлениями алкоголем, уксусной кислотой требует значительного пересмотра лечебной тактики у данной категории пациентов и включения в состав интенсивной терапии препаратов, обладающих гепатопротективными, аммиакосвязывающими свойствами.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ТОКСИКОЛОГИК ЎЗ ЖОНИГА ҚАСД ҚИЛГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШГА ЙЎНАЛТИРИШ (МАРШРУТЛАШ АЛГОРИТМИ)

Акалаева А.А.[1], Хонбабаева Р.Х.[1], Акалаев Р.Н.[1,2]

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази[1]

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази,[2] Тошкент

Долзарблиги. Шошилинч тиббий ёрдам самарадорлиги ва сифатини ошириш соғлиқни сақлаш тизимининг устувор йўналишларидан биридир. Тез ёрдамни ўз вақтида тўлақонли тақдим этиш касалликнинг кечуви, беморлар орасида асоратлар ва ўлим ҳолатларини камайтиришга ёрдам беради. Тақдим қилинган алгоритмлардан фойдаланиш маълумотларни қабул қилишни осонлаштиради ва шошилинч тиббий ёрдам кўрсатишда ҳаракатлар кетма-кетлигини яхшироқ англашга ёрдам беради.

Тадқиқот мақсади. Токсикологик ўз жонига қасд қилишга уриниши бўлган беморлар учун мавжуд маршрутлаш алгоритмларининг долзарблиги ва ривожланишини ўрганиш.

Материал ва усуллар. Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий марказининг (РШТЁИМ) ўткир экзоген заҳарланиш бўлимларига қабул қилинган токсикологик ўз жонига қасд қилишга уринишлари бўлган беморларга босқичма-босқич ёрдам кўрсатишни ташкил этиш усуллари, алгоритми ва турлари ўрганилди.

Натижалар. Вақт танқислиги шароитида шошилинч ёрдам кўрсатиш тиббиёт ходимидан ўз вазифаларини аниқ бажаришни талаб қилади, бунинг учун РШТЁИМда қуйидаги схема (алгоритмлар) ишлаб чиқилган ва амалга оширилган. РШТЁИМга беморни қабул қилиш учта асосий усулда амалга оширилади: шахсий транспортда 50%, тез ёрдам билан 45%, ўтказиш орқали (бошқа шошилинч бўлимлар ёки шифохоналардан) 5%. Заҳарланишнинг барча ўз жонига қасд қилиш ҳолатларида маълумот 102 га юборилиши шарт (улар ўз жонига қасд қилган шахс ҳақида яшаш жойидаги психоневрологик диспансерларга маълумот узатишлари шарт).

Марказ қабул бўлимида, маълумотларига кўра, беморлар 3 тизимда тақсимланади: амбулатория ёрдами (яшил зона) – 60%, беморлар бу ерда камида 3 соат бўлишади: «бемор нима, қачон ва қанча» қабул қилганини ҳисобга олган ҳолда, биринчи ёрдам чора-тадбирлари амалга оширилади (умумий ва биокимёвий таҳлиллар).

Заҳарланишнинг оғирлик даражасига қараб, беморларнинг 24% қисми токсикология бўлимига (сариқ зона) кризис койкаларига ётқизилади, у ерда улар инструментал ташхислаш (ЭКГ, ультратовуш, эндоскопик текширувлар), заҳарланиш турига ва оғирлик даражасига қараб, касалхонада 1 кундан 10 кунгача бўладилар (ўртача 2-3 кун). Давомли ва фаол психоз ҳолатидаги беморларни психиатрия клиникасига ўтказишда шошилинч психиатрия гуруҳи чақирилади.

Беморларнинг энг «оғир» тоифаси 16% қисми токсико-интенсив терапия бўлимига (қизил зона) ётқизилади, бу ерда юқоридаги текширувларга қўшимча равишда янада кенгроқ реанимация ва детоксикация чораларини амалга оширилади, беморлар заҳарланиш тури ва оғирлигига қараб 3 кундан 25 кунгача қоладилар. Реанимация бўлимидан беморлар токсикология бўлими кризис койкаларга ўтказилади.

Барча суиқасд қилишга уринган беморлар реаниматологлар, токсикологлардан самарали ёрдам оладилар ва ўз навбатида психотерапевт-суицидолог, психолог-конфликтолог мутахассислари томонидан ўз жонига қасд қилиш сабабларини аниқлаб, уларнинг психологик ҳолатини баҳолаш натижасида қисқа муддатли психотерапевтик ёрдам кўрсатиш амалга оширилади.

Токсикология бўлимида ўз жонига қасд қилган шахснинг дастлабки соматик ва руҳий ҳолатига кўра, кейинги маршрутлаш қуйидагича амалга оширилади:

1. Такрорий парасуицидлар содир этган ва ўзўзига зарар етказишнинг бошқа турлари билан биргаликда кузатилган, психопатологик аломатлари кучайган беморларга (қўзғалувчан депрессия, аффектив психоз...) психиатр ва психиатрик бригада чақириш орқали психиатрия шифохонасига ўтказилади.

2. Доимий ўз жонига қасд қилиш мойиллиги бўлган беморлар, психоневрологик рўйхатда турадиган беморларда ўз жонига қасд қилишга уриниш

хавфи юқори бўлса, организмда заҳарланиш белгиларини бартараф қилиш чора-тадбирларидан сўнг, психоневрологик диспансерларга мақсадли даволаниш учун юборилади.

3. Реабилитация ва мослашишга муҳтож бўлган зўравонлик қурбонлари (асосан аёллар) профилактика инспектори томонидан берилган ҳимоя буйруғи ёрдамида зўравонлик ва ўз жонига қасд қилишнинг олдини олиш қурбонларини реабилитация қилиш ва мослаштириш марказига юборилиши мумкин, бу ерда уларга қўшимча равишда зарур касб-ҳунар соҳасини ўқиб ўзлаштиришга ёрдам берилади ва муайян иш билан ҳам таъминланади.

4. Вазиятли суицидал реакциялари мавжуд лекин ўз ҳолатига нисбатан тўғри танқидий муносабати бўлган, психопродуктив аломатларсиз бўлган беморлар тавсия ва кузатув асосида уйга жавоб берилади.

Хулоса. Ўз жонига қасд қилишга уринган беморларни шифохонадан сўнг маршрутлаш алгоритми тиббиёт ходимидан диққатни беморга тўлақонли қаратиш ва инқирозга учраган инсоннинг кейинги тақдири истиқболини самарали назорат қилиш имконини беради.

ФОРМИРОВАНИЕ ЭНДОТОКСИКОЗА ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ НЕЙРОТРОПНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ

Х.В. Батоцыренова [1], О.Л. Балабанова [1], С.В. Кузнецов [2]

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

[2] ФГБУ НКЦТ им. С.Н. Голикова ФМБА России, Санкт-Петербург

Цель работы. Исследование формирования эндотоксикоза у больных с тяжелыми формами острых отравлений нейротропными веществами, не обладающими направленным общетоксическим действием (снотворные, транквилизаторы, нейролептики, антидепрессанты, наркотики).

Основной материал исследования. Клинические наблюдения и результаты специального комплексного обследования 123 больных. Все больные госпитализировались в отделение реанимации ЦЛО НИИ СП им. И.И. Джанелидзе ввиду нарушения витальных функций: угнетения сознания до комы II-III степени, нарушений функции внешнего дыхания, в связи с чем всем больным проводилась ИВЛ.

Установлено, что у больных с острыми тяжелыми отравлениями нейротропными ядами в ранней фазе ведущими являются следующие патогенетические механизмы формирования эндотоксикоза: нарушения транспорта кислорода с формированием тканевой гипоксии (снижение потребления кислорода до 90,6 ± 0,74 мл/(мин × м^2) при значениях здоровых доноров 148,8 ± 15,8 мл/(мин × м^2)), артериовенозной разницы по кислороду до 31,4 ± 0,75 мл/л (при нормальных значениях 52,9 ± 3,5 мл/л) и накоплением недоокисленных продуктов обмена (повышение уровня лактата до 308 ± 0,74 ммоль/л), что, в свою очередь, является ведущим фактором активации процессов липопероксидации (повышение уровня малонового диальдегида до 11,83 ± 0,74 нмоль/г*Hb) и угнетения систем антиоксидантной (снижение уровня восстановленного глутатиона до 3,12 ± 0,212 мкмоль/г Hb при показателях здоровых доноров 8,0593 ± 0,559 мкмоль/г Hb) и антирадикальной защиты (снижение уровня глутатионпероксидазы до 2,7 ± 0,405 мин/(мин * г Hb) при показателях здоровых доноров 5,144 ± 0,2431 мин/(мин * г Hb)). Повреждение клеточных мембран и митохондрий клеток, нарушение распределения и диссеминации органо- и цитолокализованных веществ (лизосомальных ферментов), активация процессов неуправляемого протеолиза (повышение концентрации олигопептидов на эритроцитах артериальной крови до

0,67 ± 0,06 г/л при показателях здоровых доноров 0,24 ± 0,03 г/л) с начальной активацией антипротеолитического потенциала организма с последующим его истощением (на момент поступления – резкое повышенное содержание альфа-2-макроглобулина до 3,92 ± 0,41 г/л (норма – 2,15 ± 0,65 г/л) и на 3-и сутки – снижение до 1,03 ± 0,44 г/л).

Вывод. Таким образом, формирование эндотоксикоза в ранней фазе тяжелых форм острых отравлений обусловлено нарушениями транспорта кислорода с гипоксией тканей, угнетением систем антирадикальной и антиоксидантной защиты, увеличением уровня олигопептидов и активацией с последующим истощением антипротеолитического потенциала.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ТОКСИЧНОСТИ ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОМ ВВЕДЕНИИ НАНОПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО СОРБЕНТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

У.Н. Бобаев, Н.А. Касимов, Г.Э. Мирзабаев, Б.Т. Умматалиев

Андижанский филиал РНЦЭМП

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Для клинического внедрения любой новой технологии по международным стандартам требуется проведение серии исследований по двум основным направлениям – безопасность с определением возможности влияния на специфические клинико-функциональные параметры и эффективность в плане предполагаемых результатов применения.

Материал и методы. Экспериментальные исследования выполнены на белых крысах на базе ГУ «РСНПМЦХ имени акад. В. Вахидова», в отделении экспериментальной хирургии.

Результаты исследования. Исследования многократного внутрибрюшинного действия углеродного нанопористого гемосорбента проводились на 24 белых крысах с массой тела 250 – 300 г в течение 7 дней. При оценке хронической токсичности при внутрибрюшинном введении учитывалась низкая токсичность препарата, установленная в остром эксперименте, а также предполагаемая длительность курса лечения – одна неделя. На основании этого срок хронического эксперимента составил семь дней в соответствии с международными требованиями по оценке токсичности медицинских препаратов (2013 г.). Исследуемое вещество вводили внутрибрюшинно 3-м группам опытных белых крыс. 4 группа служила контролем. Введение исследуемого вещества осуществлялось в следующих дозах:

1-я группа (300 мг/кг);

2-я группа (150 мг/кг);

3-я группа (50 мг/кг);

4-я группа (1% крахмальная слизь из расчета 1 мл на 100 г массы тела).

Показателями токсичности служили: поведение животных, выживаемость, время наступления смертельных исходов, появление симптомов интоксикации, местные изменения на коже, динамика массы тела, частота дыхания, гематологические и биохимические показатели крови.

За время эксперимента общее состояние опытных животных не нарушалось, симптомов интоксикации и гибели животных не выявлено. На коже местные изменения не обнаружены, мест очагового облысения и язв не отмечалось. Животные были опрятны, активны, шерстяной покров гладкий, блестящий, корм поедали охотно, адекватно реагировали на внешние раздражители. Результаты исследований показали, что прирост массы тела опытных животных не отличался от контрольных значений. Динамика массы тела подопытных животных через 10 дней и 1 месяц эксперимента не отличалась от контроля. Животные на протяжении всего эксперимента были активны, опрятны, корм поедали нормально, пили воду, шерсть у них была гладкая, блестящая. Поведение подопытных крыс не отличалось от поведения контрольных групп животных. Анализ показателей периферической крови через сутки после последнего введения различных доз исследуемого препарата не выявил существенных изменений. Изучение биохимических показателей сыворотки крови через 24 часа после последнего введения различных доз исследуемого препарата не выявило существенных изменений.

Заключение. Таким образом, полученные данные позволили сделать вывод о том, что исследуемое вещество не оказывает отрицательного эффекта на состояние животных на протяжении эксперимента, на гематологические и биохимические показатели крови. Гибели среди подопытных крыс не наблюдалось, что позволяет сделать вывод об отсутствии кумулятивного свойства исследуемого вещества.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ ПЛАЗМОСОРБЦИИ С НАНОПОРИСТЫМ УГЛЕРОДНЫМ ГЕМОСОРБЕНТОМ

У.Н. Бобаев, Н.А. Касимов, Д.М. Хакимов

Андижанский филиал РНЦЭМП

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Введение. На современном этапе развития гепатологии перспективными остаются исследования, направленные на совершенствование технологий экстракорпоральной детоксикации, в частности, разработку новых гемосорбентов высокого качества.

Цель исследования. Оценить эффективность плазмосорбции с нанопористым углеродным гемосорбентом в сочетании с лазерным облучением.

Материалы и методы. Объектом исследования послужили результаты использования нового отечественного гранулированного углеродного сорбента (УНПГС). Экспериментальные исследования выполнены на 4 беспородных собаках по применению нового угольного сорбента, которые проводились на базе РСНПМЦХ имени акад. В. Вахидова, в отделении экспериментальной хирургии в 2022 году. Методика операции на собаках по моделированию механического блока холедоха выполнена по авторской методике.

Результаты исследования. Для оценки эффективности предложенного способа плазмосорбции с дополнением лазерного облучения были выполнены экспериментальные исследования на 4 беспородных собаках. Модель формирования механической желтухи проводилась по разработанной нами методике.

Основной задачей эксперимента была оценка сорбционной эффективности отечественного гемосорбента с лазерным облучением. Контрольной точкой для определения эффективности применения плазмосорбции с новым отечественным гемосорбентом были пятые сутки после начала формирования экспериментальной модели механической желтухи. Животным, которым проводилась плазмосорбция с различными сорбентами, выполнялось 2 сеанса детоксикации по 1 сеансу в день с повторными заборами плазмы за один сеанс до 3-х

раз. Методика заключалась в следующем. Канюлировалась бедренная вена. Производился забор 200 мл крови из вены с последующим замещением 150 мл физиологического раствора. Кровь забиралась в стерильный контейнер с цитратом натрия. Полученная кровь центрифугировалась со скоростью 3000 об/мин в течение 15 минут. Плазма крови забиралась для процедуры, эритроцитарная масса возвращалась в русло. Плазма крови подключалась к аппарату УНИРОЛ и пропускалась через гемосорбент УНПГС, в количестве 100 г в контейнере. В режиме рециркуляции под давлением 100 см вод.ст. проводилась сорбция при комнатной температуре в течение 20 минут. В последующем плазма возвращалась в русло. Процедура плазмосорбции проводилась с повторными заборами плазмы до 3-х раз с целью максимального снижения концентрации метаболитов в крови животного. Осложнений не было. Наибольший эффект наблюдался после 2-х сеансов плазмосорбции с общим (поэтапным) использованием 400 мл плазмы.

Данный способ осуществляется следующим образом: при пропускании плазмы через углеродный гемосорбент осуществляется адсорбция патологических метаболитов гранулами сорбента. Для лучшего поглощения метаболитов порами сорбента используется импульсное ИК-лазерное излучение в диапазоне 890–950 нм. Лазерное излучение осуществляется в импульсном режиме, с параметрами не менее 7 Вт в импульсе, частотой 80–100 Гц. Лазерное облучение начинается через 10 минут после начала сорбции и продолжается в течение еще 20 минут. Всего сеанс плазмосорбции с использованием одного сорбента продолжается 30 минут. Использование лазера должно способствовать повышению сорбционной емкости сорбента вследствие эффекта ударной световой волны на границе сред: жидкость-гранулы сорбента. ИК-излучение в этом диапазоне обладает максимальной проникающей способностью в биологических средах организма. Использование частоты 80 ГЦ обосновывается оптимальным биологически эффектом в этом диапазоне частоты излучения.

Использован отечественный, сертифицированный лазерный аппарат Согдиана. Излучение в диапазоне 890 нм, частотный режим от 80 Гц до 1500 Гц. Мощность в импульсе до 10 Вт.

Включение лазерного облучения в процесс проведения плазмосорбции через нанопористый гемосорбент при экспериментальной модели механической желтухи позволило усилить поглощающий эффект методики, что доказано снижением общего билирубина после 2-х сеансов с 216,5±11,0 до 63,8±6,4 мкмоль/л (без ЛО – с 217,3±6,6 до 90,3±5,4 мкмоль/л; $p<0,05$) и в дальнейшем до 38,5±1,3 мкмоль/л (против 49,0±4,0 мкмоль/л; $p<0,05$), а также более ускоренным восстановлением показателей креатинина и аммиака на 3–5 сутки наблюдения ($p<0,05$ по отношению к ПС без ЛО), на основании полученных результатов с обоснованием высокой эффективности методики проведения плазмосорбции с лазерным облучением.

Заключение. Таким образом, для усиления сорбционного эффекта при проведении экстракорпоральной детоксикации с целью коррекции печеночной недостаточности на фоне механической желтухи предлагается способ проведения плазмосорбции, основанный на применении нового отечественного углеродного нанопористого гемосорбента в совокупности с лазерным облучением плазмы крови.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО НАНОПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО СОРБЕНТА

У.Н. Бобаев, Н.А. Касимов, Г.Э. Мирзабаев, Б.Т. Умматалиев, Б.А. Эгамбердиев

Андижанский филиал РНЦЭМП

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Для клинического внедрения любой новой технологии по международным стандартам требуется проведение серии исследований по двум основным направлениям – безопасность с определением возможности влияния на специфические клинико-функциональные параметры и эффективность в плане предполагаемых результатов применения.

Цель исследования. Изучить местно-раздражающее и кожно-резорбтивное действие отечественного углеродного сорбента в эксперименте.

Материал и методы. Исследования кожно-резорбтивного действия препарата проводили на 6 белых крысах с массой тела 190–200 г, которых фиксировали в специальных станках, хвосты животных погружали в пробирки с исследуемым препаратом на 2/3 длины хвоста. Пробирки помещали в водяную баню с температурой 28–32 °С. Время экспозиции 4 часа. После окончания эксперимента кожу хвостов обмывали теплой водой с мылом. За животными проводили наблюдение в течение 3-х недель.

Критериями токсичности служили: поведение животных, выживаемость, время наступления смертельных исходов, появление симптомов интоксикации, местные изменения на коже, динамика массы тела.

Изучение местно-раздражающего действия на кожу. Исследования проведены на 6 белых крысах-самцах с массой тела 200–230 г и 5 кроликах-альбиносах с массой тела от 2,0 до 2,5 кг. На выстриженный участок кожи животных площадью 15×10

см аппликацию исследуемого вещества в виде геля наносили на участок размером 2×2 см, по обоим бокам, сверху покрывали 4-слойной салфеткой и перевязывали. Контролем служили выстриженные участки, на которые наносили дистиллированную воду в том же объеме. Животных фиксировали в течение 4-х часов. Реакция кожи регистрировалась по окончании экспозиции через 1 и 16 часов после аппликации.

Результаты. Проведенные исследования показали, что за время наблюдения в течение 3-х недель у опытных животных симптомов интоксикации и их гибели не выявлено, животные оставались активными, охотно поедали корм, адекватно реагировали на внешние раздражители. При однократном нанесении на выстриженный участок кожи белых крыс исследуемого вещества установлено, что углеродный нанопористый гемосорбент не вызывает раздражения кожных покровов, покраснений, отека или других видимых изменений на коже.

Заключение. Таким образом, углеродный нанопористый гемосорбент не обладает местно-раздражающим и кожно-резорбтивным воздействием.

ДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФИБРИНОГЕНА И D-ДИМЕРА У БОЛЬНЫХ ОТРАВЛЕНИЯМИ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ

З.Х. Куватов, Т.Я. Мусоев

Бухарский филиал РНЦЭМП

Сложность и неоднозначность задачи исследования патогенных процессов, текущих при отравлении УК и её производными, создают проблему при разработке теории и практики диагностики и лечения патологий, возникших вследствие оной, а также являются причиной подобной, статистически заметной смертности. Показатель среды ph<2 относится, в первую очередь, к разъедающим веществам и сильным ядам; этот показатель также обусловлен критерием (постоянной) диссоциации кислоты, а максимальное разрушение (коррозию) вызывает, в частности, УК (и некоторые её производные), что также характеризуется слабой степенью диссоциации оной.

Существует угроза возникновения внутренних кровотечений (наблюдается в 33–85% случаев) на поверхностях тканей, пораженных УК и её производными при отравлениях, таких как поверхность тканей полости рта, гортани, пищевода, желудка и дальнейших членов системы пищеварения, при этом достаточно попадания в организм человека от 50 г УК и/или её производных. Нарушение кровотока также является характерным симптомом при отравлении УК и её производными, а вероятность развития ЭШ при оном может достигать 58–62%. У больных I группы – у которых течение болезни проходило без осложнений, изменений в динамических показателях содержания фибриногена не наблюдалось (2,7–3,1 г/л). У больных II группы – у которых лечение и течение болезни проходило с воспалительными осложнениями в виде пневмонии, нами отмечено умеренное нарастание содержания фибриногена в крови в течение пяти суток после отравления УК.

У больных III группы – у которых течение болезни проходило с воспалительными осложнениями в виде пневмонии, сепсиса, ПОН с летальным исходом, мы регистрировали значительное повышение содержания фибриногена при поступлении и на протяжении всего периода наблюдения до 5 суток, которое было достоверно выше, чем у здоровых и больных I группы, выздоровевших без осложнений. Среди показателей наличия ДВС особое место занимает процесс разрушения и синтез фибрина (D-димер). Так как работоспособность свертывания зависит от экспрессии фибринотических механизмов, следует отметить повышение концентрации D-димера.

Именно поэтому у лиц с отравлениями УК определяется уровень D-димера. Результаты, полученные нами при исследовании динамических показателей уровня D-димера в плазме крови у лиц с отравлениями УК, показали, что у больных I группы – у которых течение болезни проходило без осложнений, и у больных II группы – у которых течение болезни проходило с воспалительными осложнениями в виде пневмонии, наблюдалось повышение показателей уровня D-димера в крови на 1 и 3 сутки. При смертельном итоге значение данного явления превышает нормы в 14 раз. У лиц 3 группы уровень D-димера повышался на протяжении 3 и 5 суток.

Вывод. Динамические показатели содержания D-димера в плазме крови у больных с отравлениями УК с летальным исходом показали превышение в 13,7 раза (2,93 (2,65;3,37) мкг/мл), значения показателей D-димера у здоровых – в первые сутки прогрессирование и повышение уровня D-димера в период наблюдения на 3 и 5 сутки нахождения на лечении.

МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ И СИНДРОМА СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ

З.Х. Куватов, Т.Я. Мусоев

Бухарский филиал РНЦЭМП

Пищевые отравления, помимо большого числа осложнений, развития полиорганной недостаточности и случаев летального исхода могут являться прецедентами и причиной частичной или полной утраты трудоспособности, а в определенном проценте случаев и инвалидизации больных: ин-

валидизация больных в определённой мере обусловлено степенью тяжести и масштабом области ожогового поражения (ожоговой травмы) химического характера. К сожалению, в некоторых случаях диагностировать и предугадать темп осложнений в организме вследствие получения химического ожога от отравления УК и её производными бывает в большинстве случаев затруднительным. На сегодня существуют актуальные данные и знания о патогенетических процессах в области пищевых отравлений от УК и её производных, в частности, в медицинской практике зафиксированы случаи развития патологий в сердечно-сосудистой системе, разрушения кровяных клеток (гемолиза) и т.д.

Цель. Детерминировать и охарактеризовать фактическую связь между синдромом системной воспалительной реакции (ССВР) и функциональных нарушений иммунитета в патологических условиях при химическом отравлении УК и её производными.

Материал и методы. В целях организации выполнения задач, определенных на начальных этапах настоящего диссертационного исследования, была разработана специальная документационная база, в которой фиксировалась вся информация о больных, обследованных на протяжении выполнения научной работы. Фиксировались данные о возрасте, поле, антропометрические параметры, особенности клинической картины, сопутствующие диагнозы, предыдущие случаи отравления, в том числе и УК и её производными. Выполнялись полные клинические осмотры больных, а также и лабораторное обследование – анализ крови, биохимический анализ сатурации кислорода в крови и т.д. Специалисты-невропатологи и терапевты давали заключение об общей клинической картине и анамнезе обследуемых, в том числе, и заключение о диагнозе в индивидуальном порядке.

Результаты и обсуждения. Основные индицирующие признаки того, что в организме развивается ССВР представляют собой ряд клинических критериев, утвержденных и согласованных в условиях ACCP/SCCM. Эти же критерии являются и диагностическими параметрами.

Степень тяжести ССВР детерминируется количественным признаком функциональных нарушений (дисфункций) у одного и того же пациента, и на основании оных делается вывод о степени тяжести ССВР (два признака – стабильно-умеренный ССВР, 3 – ССВР средней тяжести и 4 – тяжелые формы ССВР).

Степень ПН детерминируется согласно ссылочным табличным данным SOFA (критерии оценки ПН септического типа), в которых указаны артериальные значения для оценки состояния ЦНС, сердечно-сосудистой системы, абдоминальных органов и т.д.

Вывод. У больных с отравлениями УК, с летальным исходом, количество признаков синдрома системной воспалительной реакции – 3 (2; 4) и органной дисфункции – 14 (12; 15) всегда было больше по сравнению с выздоровевшими больными – 2 (0; 2) и соответственно – 4 (3; 4), а также были повышенным в периоде всего наблюдения.

Таким образом, следует вывод о том, что прецедентом осложнений и паталогических процессов, обусловленных отравлением УК и/или её производными, является ССВР.

РОЛЬ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ И ИНФОРМАТИВНОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРНЫХ МАРКЕРОВ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ, ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОТРАВЛЕНИЯМИ УК

З.Х. Куватов, Т.Я. Мусоев

Бухарский филиал РНЦЭМП

Подавляющее большинство бытовых острых отравлений возникает вследствие воздействия на организм человека различных веществ высокой жгучести, и к таковым, как правило, в первую очередь, относят уксусную кислоту и её производные – отравления подобными веществами являются самыми распространенными в бытовом аспекте жизнедеятельности человека, о чём, собственно, свидетельствует медицинская статистика.

Из представленных данных, можно отметить, что у больных с отравлениями УК, мы выявили лабораторные признаки прогрессирования коагуляционной системы в сторону гиперкоагуляции, с повышением риска развития тромбозов у больных III группы, у которых течение болезни проходило с воспалительными осложнениями в виде пневмонии, сепсиса, ПОН с приближением летального исхода.

На основании данных, полученных в ходе исследования, было определено, что у всех пациентов, госпитализированных с отравлениями УК и/или её производными, наблюдалось развитие клинических признаков синдрома системной воспалительной реакции, таких как: тахикардия, тахипноэ, гипертермия, причем у пациентов 3 группы, у которых данный патологический процесс протекал с развитием таких осложнений, как сепсис, ПОН, пневмония с летальным исходом, признаки ССВР были повышены по сравнению с выздоровевшими пациентами, и данный клинический признак держался на уровне высоких значений на протяжении всего пребывания в стационаре.

Кроме этого, было установлено, что в этиологии развития пневмонии лежало комбинирование иммунного недостатка и присоединение патологической инфекции, причем в более сложных случаях присоединение бактериальной микрофлоры при-

водило к развитию осложнений, ассоциирующиеся развитием полиорганной недостаточности, которое в конечном итоге повышало риск возникновения летального исхода.

На основании результатов проведенных исследований было установлено, что у больных с острой формой отравления уксусной кислотой в возникновении пневмонии определяющую роль играет повышение концентрации таких медиаторов в первые 24 часа, как: интерлейкин-6 выше 161 пг/мл, интерлейкин-10 выше 67 пг/мл, ПКТ и D-димер от 0,8 нг/мл и 1,48 мкг/мл соответственно, причем маркерами риска возникновения смертельного исхода у больных данной категории явилось увеличение концентрации интерлейкина-6 выше 201 пг/мл, интерлейкина-10 выше 131 пг/мл, ПКТ и D-димера от 1,9 нг/мл и 2,98 мкг/мл соответственно, С-реактивного белка до 29 мг/л и фибриногена выше 5,3 г/л в первые 24 часа попадания в стационар, причем на фоне проведения стандартного лечения концентрация СРБ у больных, которые выздоравливали, снижалась, а стойкое сохранение показателей СРБ на фоне проведенной терапии свидетельствовало о неэффективности проведенного лечения и риска возникновения смертельного исхода.

Вывод. ССВР явилось одним из ключевых моментов в патогенезе при отравлении уксусной кислотой и возникновением таких осложнений как пневмония в первые 24 часа после момента отравления и развитие полиорганной недостаточности.

КОЛЛОИДНО-ОСМОТИЧЕСКИЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ТОКСИКОГИПОКСИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

А.Н. Лодягин [1], Ч.Б. Батоцыренов [2], Х.С. Ихаев [2], А.Г. Синенченко [1], И.А. Шикалова [1]

[1] ГБУ «СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе»

[2] ФГБОУВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ

Цель исследования. Оценка эффективности применения гелофузина и цитофлавина в комплексной инфузионной терапии у больных в токсикогенной фазе острых отравлений ядами нейротропного действия.

Материалы и методы. Исследования проведены у 40 пациентов с острыми тяжелыми отравлениями ядами нейротропного действия, поступившими в отделение реанимации Центра лечения отравлений. Тяжесть состояния больных была обусловлена наличием выраженной токсической, постгипоксической энцефалопатии до уровня комы II, острой дыхательной недостаточности. На догоспитальном этапе и при поступлении (1-й этап) проводилась инфузионная дезинтоксикационная терапия в основном растворами кристаллоидов – 0,9% раствор NaCl и 5–10% растворы глюкозы. В дальнейшем (2-й этап) к инфузионной терапии подключали гелофузин в объеме 500 мл медленно внутривенно капельно. На 3-м этапе после инфузии гелофузина больным вводился цитофлавин внутривенно в разведении на 400 мл раствора 5% глюкозы. Изучали влияние инфузионной терапии на состояние системного и легочного кровообращения, кислородтранспортной функции крови, жидкостных секторов организма, фильтрационной, ионо- и осмовыделительной функции почек. Метаболические процессы оценивали по уровню лактата в артериальной и венозной крови, каталазы в эритроцитах артериальной и венозной крови, малонового диальдегида.

Для оценки параметров системного и легочного кровообращения использовали метод одномоментного применения торакальной, интегральной реографии и импедансометрии (аппаратно-программный комплекс «Диамант», Санкт-Петербург).

Результаты. Исследования, проведенные на первом этапе, показали, что проведение инфузионной дезинтоксикационной терапии преимущественно кристаллоидами со стимуляцией диуреза фуросемидом внутривенно болюсно приводило к развитию разной степени выраженности гипогидратации и гиповолемии, что влияло на снижение преднагрузки и производительности сердца, а длительное применение кристаллоидов – к выраженной гипергидратации внеклеточного и внутриклеточного секторов. На втором этапе включение в инфузионную программу гелофузина повышало внутрисосудистый объем, преднагрузку, объем пульсирующего кровотока, улучшало микроциркуляцию, эффективный транспорт кислорода, способствовало эксфузии метаболитов из тканей. Цитофлавин, вводимый на 3-м этапе, оказывал метаболическое действие – способствовал снижению уровня лактата, уменьшению проявлений гипоксии. Большой эффект, направленный на удаление яда и метаболитов из организма, достигался при постоянной внутривенной инфузии фуросемида (средняя доза 0,5–1,0 мг/кг в сутки), дозу титровали в зависимости от ответа, при этом тщательно мониторировали параметры системного и легочного кровообращения, жидкостных секторов тела, торакальной жидкости.

Заключение. Инфузионная терапия с преимущественным введением кристаллоидов приводила к развитию разной степени выраженности нарушений как общего, так и регионарного (легкие) жидкостного баланса. Большая эффективность инфузионной дезинтоксикационной терапии была достигнута с применением гелофузина и цитофлавина на фоне постоянной инфузии фуросемида.

Кроме того, такая терапия способствовала предупреждению развития выраженных нарушений гидратации организма.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ТРАНСПОРТА КИСЛОРОДА И СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ В РАННЕЙ СТАДИИ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТОКСИКОГИПОКСИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

А.Н. Лодягин [1], Б.В. Батоцыренов [1], А.Г. Синенченко [1], С.В. Кузнецов [2]

[1]ГБУ «СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе»

[2] ФГБУ НКЦТ им. С.Н. Голикова ФМБА России

Цель работы. Совершенствование интенсивной терапии в ранней стадии тяжелых форм острых отравлений путем использования комплексного метаболического антигипоксанта, содержащего сукцинат, цитофлавина у 30 больных. При обработке полученных результатов больные были разделены на 2 группы: I группа, получавшая цитофлавин – 17 пациентов; II группа, не получавшая в программе интенсивной терапии цитофлавин – 13 человек.

При исследовании показателей транспорта кислорода были выявлены нарушения всех его звеньев, что, в конечном счете, проявлялось в развитии тканевой гипоксии, регистрируемой снижением артериовенозной разницы до 67,8%, потребления кислорода до 59,5%, коэффициента использования кислорода до 36,8% и его утилизации до 76,1% от показателей здоровых лиц; отмечено повышение уровня лактата в 5,5 раз и пирувата в 2,1 раз выше нормы. Использование цитофлавина позволяло к 3-м суткам снизить проявления тканевой гипоксии, что характеризовалось улучшением показателей, отражающих утилизацию кислорода тканями. Наблюдали рост артериовенозной разницы по кислороду до 84,7% ($p<0,05$), потребления кислорода до 80,7% ($p<0,05$), коэффициента использования до 58,8% и утилизации кислорода до нормальных величин ($p<0,05$), тогда как в группе без применения метаболических антигипоксантов отличий исследуемых показателей от исходных выявлено не было.

При определении концентрации малонового диальдегида (МДА) в эритроцитах лиц I группы имелась выраженная тенденция к снижению концентрации продуктов ПОЛ к 3 суткам нахождения в стационаре – в среднем на 17,0% ($p<0,05$) по сравнению с показателями 1-х суток. В то время как у пациентов группы сравнения на 3-и сутки отмечалось повышение концентрации продуктов пероксидации липидов в эритроцитах на 34,6% по сравнению с показателями 1-х суток лечения. В результате применения цитофлавина уровень МДА в эритроцитах пациентов I группы к 3-м суткам нахождения в стационаре становился ниже соответствующего показателя лиц II группы на 21,8% ($p<0,05$).

Применение цитофлавина при лечении острых тяжелых отравлений с токсикогипоксической энцефалопатией позволяло предотвратить снижение содержания восстановленного глутатиона (ВГ) в эритроцитах пациентов, которое достигало максимума у отравленных, не получавших препарат, на 2-е сутки нахождения в стационаре – на 23,6% ($p<0,05$) по сравнению с 1-и сутками. Кроме того, на 3-и сутки в эритроцитах больных I группы отмечалась тенденция к росту содержания ВГ по сравнению с 1-и сутками исследования, что также не отмечалось в эритроцитах лиц II группы.

Активность глутатион-пероксидазы (ГП) в эритроцитах пациентов I группы на 3-и сутки повышалась ($p<0,05$) по сравнению с исходным показателем на 28,9%, тогда как у пациентов II группы роста активности этого фермента не отмечалось.

Использование цитофлавина в интенсивной терапии ранней фазы тяжелых форм острых отравлений сокращало длительность пребывания больных в критическом состоянии с 118,2 ± 17,2 до 64,7 ± 9,2 часа, снижало развитие легочных осложнений с 63,6% до 41%.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАЗМОФЕРЕЗА ПРИ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Д.Х. Ли

Ташкентский областной филиал РНЦЭМП

Актуальность проблемы. Аутоиммунными заболеваниями (АИЗ) называют патологические процессы, основой которых служит самоподдерживающийся иммунный ответ на собственные антигены организма, что приводит к повреждению клеток, экспрессирующих эти аутоантигены. Аутоиммунные процессы развиваются при нарушении механизмов развития и поддержания аутотолерантности. Само по себе присутствие в организме аутоантител и аутореактивных клонов Т-лимфоцитов еще не означает наличие патологического процесса. Так, у всех людей в сыворотке присутствуют малые количества «естественных» аутоантител, которые в силу слабого сродства к антигенам и ограниченности эффекторных функций не способны вызвать повреждение тканей. Следовательно, в основе аутоиммунной патологии лежат только те формы иммунного ответа на собственные антигены, которые могут повреждать клетки, несущие аутоантиген, и вызывать иные нарушения тканевого гомеостаза.

Цель исследования. Оценить эффективность применения плазмафереза при аутоиммунных заболеваниях нервной системы (миастения, синдром Гийена–Барре).

Материал и методы. 39 больных, находившихся на стационарном лечении в ТОФ РНЦЭМП в отделении реанимации 25 (64,1%) больных с диагнозом: синдром Гийена–Барре, 14 (35,9%) больных с диагнозом «миастения»).

– I группа получала стандартную терапию, которая использовалась при лечении аутоиммунных заболеваний, но без использования плазмафереза (15 (60%) больных с синдромом Гийена–Барре и 8 (57,14%) больных с диагнозом «миастения»).

– II группа получала стандартную терапию, которая использовалась при лечении аутоиммунных заболеваний с использованием плазмафереза (10 (40%) больных с синдромом Гийена–Барре и 6 (42,85%) больных с диагнозом «миастения»).

Всем пациентам выполнен общеклинический стационарный минимум. По возрасту, полу, исследуемые группы статистически не различались.

Результаты. У пациентов обеих групп оценивалась динамика неврологического дефицита, включая двигательные, чувствительные, зрительные и бульбарные нарушения с момента поступления и до выписки из стационара.

В I-й группе полное или частичное восстановление двигательных нарушений достигнуто у 8 (53,3%) больных, чувствительность улучшилась у 10 (66,6%) больных, зрительные нарушения регрессировали или уменьшились у 5 (62,5%) больных, бульбарные нарушения восстановились или частично улучшились у 3 (37,5%) больных.

Во II-й группе полное или частичное восстановление двигательных нарушений было у 8 (80%) больных, чувствительность улучшилась у 7 (70%) больных, зрительные нарушения регрессировали или уменьшились у 5 (83,3%) больных, бульбарные нарушения восстановились или частично улучшились у 4 (66,6%) больных. Регресс неврологического дефицита наблюдали как в основной группе, так и в группе сравнения, однако лучшие показатели имели больные II группы.

Заключение. Таким образом, применение плазмофереза при аутоиммунных заболеваниях со стандартным лечением улучшает показатели неврологического статуса.

КАЛИФОРНИЯ ЧУВАЛЧАНГИДАН ОЛИНГАН ЭКСТРАКТНИНГ ИММУН ТИЗИМИГА ТАЪСИРИ

Маматова Гулсара Қулсохатовна

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий марказининг Термиз филиали

Гематологик кўрсаткичларнинг иммун системаси таъсирида дисфункцияси аутоиммун касалликлар, яллиғланиш касалликлари ва саратонга олиб келиши мумкин. Иммунитет танқислиги иммун системаси одатдагидан кучсиз бўлганида юзага келади, натижада такрорий ва ҳаёт учун хавфли инфекциялар юқиши мумкин. Одамларда иммунитет танқислиги оғир комбинацияланган иммунитет танқислиги каби ирсий касаллик, ОИВ / ОИТС каби орттирилган касалликлар ёки иммуносупрессив дориларни қўллаш натижасида кузатилиши мумкин. Аутоиммунитет гиперактив иммунитет тизимининг нормал тўқималарга худди бегона организмларга ҳужум қилиши каби жавоби натижасида юзага келади. Кенг тарқалган аутоиммун касалликларга Хашимото тиреоидити, ревматоид артрит, 1-тур қандли диабет ва тизимли қизил югурик киради. Иммунология иммун системасининг барча жиҳатларини ўрганади.

Гематологик таъсир танқислиги иммун системасининг бир ёки бир нечта таркибий қисмлари нофаол бўлганда юзага келади. Иммун тизимининг патоген микроорганизмларга жавоб қайтариш қобилияти ёшларда ва қарияларда кучсиз бўлади, иммун қариш туфайли иммун реакциялари тахминан 50 ёшдан кейин пасая бошлайди. Ривожланган мамлакатларда семириш, алкоголизм ва гиёҳванд моддаларни истеъмол қилиш иммунитетнинг заифлашишига сабаб бўлса, ривожланаётган мамлакатларда тўйиб овқатланмаслик иммунитет танқислигининг энг кенг тарқалган сабабидир.

Фагоцитларнинг патогенларни ёқ қилиш қобилияти пасайган ҳолатга ирсий ёки туғма иммун танқислиги ҳисобланган сурункали гранулёматоз касаллиги мисол бўлади. ОИТС ва саратоннинг айрим турлари орттирилган иммун танқислигини келтириб чиқаради.

Чувалчангдаги репоратив хусусиятнинг физиологик ва патологик жараёнларини кўриб чиқсак, касалликни даволашда таъсир даражаси юқори эканлигини, ҳатто одамнинг ички органларининг соматик ҳужайраларига таъсир қилиш орқали ҳам ёшартириш мумкинлигини кўришимиз мумкин. Ҳужайралар тўқималарни тиклайди, вирусларни мағлуб қилади ва вируслар даражасини аниқлайди. Инсон танасига суюқлик киритиш учун махсус чора-тадбирлар ишлаб чиқилмоқда.

Тажриба майдонимиз Олтинсой туманининг «Чеп» ва «Гулистон» маҳалласи бўлиб, озуқага бой бўлган биогумус етиштириш билан бир вақтда одам касалликлари учун етилиб қолган калифорния қизил чувалчангини ажратиб олинади, фиксация қилинади, сўнг фильтрациядан ўтказилиб қуриткич шкафга қўйилади. Қизил чувалчанг 48 соат печда қуригандан сўнг махсус асбоб орқали туйилади ва ун ҳолатига келтиради. Бу намуна 12 мг олиниб колбага солинади, устидан керакли бўлган реактивлар қўшилади ва термостатга қўйилади. Темостатда стерилизация қилинган гагельминт суюқлиги таркибига гельминтдан олинган қон суюқлиги қўшилади ва у центрифугаланади. Бу намунадан олинган зардобни иммунологик текширувдан ўтказилади ва одамнинг иммуноти-

зимига таъсир даражаси ўрганилади. Бу тажриба асоси шуни кўрсатдики, одам касалликларга қарши курашишда 11 хил касалликларнинг олдини олишдаги зардоб тайёр бўлганини кўрамиз ва патологик белгиларни кузатамиз. Бу зардоб «НУРЗАМ» вирусли инфекцион касалликлар, А ва Б гепатит инфекцияларининг олдини олишда энг кучли восита ҳисобланади.

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ ЭТАНОЛОМ

Ш.У. Муминов, К.С. Кенжемуратова, Ф.О. Мизамов

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Пациенты с отравлениями продуктами этилового спирта занимают первое место в структуре острых экзогенных отравлений. Анализ данных в республике и за рубежом показал, что у 6580% поступивших пациентов острое отравление алкоголем развивается на фоне хронической алкогольной интоксикации, т.е. запоя (Р.Н. Акалаев с соавт., 2017 г.). Токсическое действие алкоголя на печень и головной мозг общепризнано и достаточно хорошо изучено. Неблагоприятное влияние алкоголя на сердце, прежде всего на миокард, нередко не привлекает к себе должного внимания.

Цель исследования. Изучить нарушение сердечной деятельности у больных при отравлениях этанолом.

Материал и методы. В токсикологическом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП за последние 5 лет лечились от отравления этанолом 217 человек. Мужчин было 188 (86,6%), женщин – 29 (13,4%), в возрасте 30–55 лет, регулярно злоупотребляющих алкоголь (более 10 лет).

Результаты исследования. Первыми жалобами больных обычно были сердцебиение, ощущение нехватки воздуха. При обследовании выявляли тахикардию с желудочковой экстрасистолией, иногда мерцательную тахиаритмию. В этот период очень важно установить связь болезни с приёмом алкоголя. Вспомогательное значение имело иногда обнаружение у относительно молодых мужчин сенильной дуги на роговице, контрактуры Дюпюитрена, тремора рук, вегетативных нарушений, потливости и др. Чаще после возникновения жалоб определялись: увеличение размеров сердца, снижение пульсового давления, появление сердечной недостаточности, прежде всего, в малом круге, а также нарушения внутрисердечной проводимости и аритмии при нормальных размерах сердца. При чрезмерном злоупотреблении алкоголем выявлялась преходящая атриовентрикулярная блокада. После значительного злоупотребления алкоголем у больных выявляли преходящее тяжелое поражение миокарда с большой дилатацией сердца и сердечной недостаточностью. На ЭКГ чаще всего обнаруживали синусовую тахикардию, единичные левожелудочковые экстрасистолы, признаки гипертрофии левого желудочка с выраженными изменениями миокарда. На фонокардиограмме определяли пресистолический галоп, нерезкий систолический шум на всех точках. Частыми рентгенологическими признаками были расширение корней легких, сглаживание талии сердца с закругленной верхушкой, увеличение поперечника сердца за счет значительного увеличения обоих желудочков и левого предсердия.

Лечение предполагало, в первую очередь, полное воздержание от алкоголя, назначение витаминов группы В для ликвидации дефицита тиамина. Очень важен контакт между врачом и больным. Исследования показали, что лишь часть этих больных при продолжающемся амбулаторном наблюдении способны отказаться от спиртного. У большинства больных, не воздерживающихся от алкоголя, больших сдвигов в благоприятную сторону не наблюдались. Болезнь становится тяжелее, если продолжается употребление алкоголя. При выраженной сердечной недостаточности нагрузки, показаны постельный режим, уменьшение приема солей натрия, применение сердечных препаратов или значительное ограничение гликозидов, диуретиков и вазодилататоров по общим правилам. На ранних этапах, по нашему мнению, следует рекомендовать β-адреноблокаторы в небольших дозах.

У наблюдавшихся нами больных с алкогольным поражением сердца в различной стадии при более внимательном обследовании выявлялись и другие признаки «алкогольной болезни» (поражение печени, почек, поджелудочной железы). Диагностика алкогольного поражения сердца затрудняется с присоединением ИБС.

Вывод. Алкоголизм имеет немаловажное значение для развития сердечной патологии, что всегда следует иметь в виду в клинической практике.

TREND OF SEDATIVE-HYPNOTIC, ANTIEPILEPTIC, AND ANTI-PARKINSONISM POISONING IN TEHRAN, DURING THE LAST FOUR DECADES; A RETROSPECTIVE STUDY

Mahsa Sadeghi[1], Hossein Vatanpour[2], Hossein Hassanian-Moghaddam[3, 4]

[1]Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

[2]Toxicology & Pharmacology Department, School of Pharmacy, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

[3] Department of Clinical Toxicology, Shohada-e Tajrish Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

[4] Social Determinants of Health Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Background: This study aimed to investigate the frequency of sedative-hypnotic, antiepileptic, and anti-Parkinsonism intoxication in Tehran from 1979 to 2019, taking into account population growth changes.

Methods: Hospital records of all poisoned patients admitted to Loghman Hakim Hospital in Tehran were evaluated and classified according to the ICD-10 coding system. The most common type of poisoning was identified, and the population rate of Tehran province in different periods was extracted from the website of the Statistical Center of Iran. A new variable was defined as the percentage of poisoning per population to consider the population factor.

Results: The results showed that out of 243,485 hospitalized poisoned patients, antiepileptic, antiparkinsonism, and sedative-hypnotic drugs (T42) were the most common cause of poisoning (22.07%), but opioids had the highest mortality rate (25.63%).

Conclusion: Considering the population factor, no significant increase was observed in poisoning trend despite the increasing trend of intoxication with these drugs.

Keywords: Poisoning, antiepileptic, sedative-hypnotic, antiparkinsonism, epidemiology, trend

ОТРАВЛЕНИЯ ПАРАЦЕТАМОЛОМ: ПОКАЗАН ЛИ ГЕМОДИАЛИЗ?

В.Г. Сенцов [1] , К.Ю. Гусев [1], А.В. Чекмарев [2], Л.В. Соломатина [3], Н.С. Давыдова [1]

[1] ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»

[2] ГБУЗ «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница»

[3] ФГБУ науки Институт иммунологии и физиологии Уральского отделения Российской академии наук, г. Екатеринбург

Парацетамол (ПЦ) является одной из наиболее распространенных причин отравления в развитых странах. Отравления ПЦ – распространенная причина развития печеночной недостаточности в Европе, Северной Америке, Австралии. Антидотная терапия отравлений ПЦ ацетилцистеином (АЦЦ) была разработана Прескоттом и получила широкое распространение. АЦЦ (общая доза 300 мг/кг массы тела) вводилась в три приема: 150 мг/кг в течение 15 мин, 50 мг/кг в течение 4 часов и 100 мг/кг в течение 16 часов (Prescott, et al., 1977). Начиная с 70-х годов прошлого века ведутся дискуссии о том, следует давать одинаковую дозу (300 мг/кг) АЦЦ всем пациентам. Edwards, et al., (1986), используя фармакокинетические модели, предложил увеличить скорость введения АЦЦ (по отношению к классическому 21 часовому протоколу) по схеме «линии лечения» в 300, 450 и 600 мг/л соответственно в 2, 3 и 4 раза. Chiew, et al., (2016) предложил удвоить концентрацию 16-часовой инфузии АЦЦ с 100 мг/кг до 200 мг/кг. Другой подход заключается в использовании 12-часового режима АЦЦ (Buckley, et. al., 2016; Bateman, et al., 2016). Существует еще один вариант – удаление ПЦ с помощью ГД. Эксперты группы EXTRIP рекомендуют с целью выведения ПЦ проводить ГД при концентрации яда в плазме крови 700–900 мг/л и признаками митохондриальной дисфункции (Gosselin et al., 2014).

Цель исследования. Уточнить эффективность и показания ГД в интенсивной терапии отравлений парацетамолом в диапазоне концентраций выше 300 мг/мл.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 54 больных, доставленных в Свердловский областной центр по лечению отравлений с острым отравлением парацетамолом. В зависимости от концентрации ПЦ в плазме крови при поступлении и объема терапии выделено 3 группы больных. В первую группу вошли 36 пострадавших, у которых при поступлении в отделение концентрация парацетамола в плазме крови колебалась от 100 до 300 мг/мл и проводился классический 21-часовой протокол лечения АЦЦ. Вторую группу составили 7 пациентов, концентрация ПЦ в плазме

превышала 300 мг/мл, а терапевтическая помощь ограничивалась 21-часовым протоколом введения АЦЦ. Третью группу больных составили 11 больных с концентрацией ПЦ в плазме крови, терапия включала 6-часовой ГД и в/в АЦЦ.

Концентрацию ПЦ в плазме крови определяли методом газовой хроматографии на приборе Shimadzu GS-2014 FID при поступлении, до введения первой дозы АЦЦ, после введения 1 дозы (1 час), 2 дозы (4 часа) и 3 дозы (16 часов). В третьей группе концентрацию ПЦ в плазме крови определяли при поступлении, перед началом ГД, в середине процедуры и в конце завершения ГД. Биохимические показатели оценивали при поступлении, через 24 и 72 часа после введения АЦЦ и при выписке. Гемодиализ проводился на аппарате Fresenius 4008 S по стандартной методике.

Результаты и обсуждение. В первой группе после завершения 21-часового протокола АЦЦ концентрация ПЦ в плазме крови снижалась с 127,7 до 7,7 мг/мл. Во второй группе больных концентрация ПЦ снижалась с 452,9 мг/мл на этапе поступления до 356,6 мг/мл (после введения 2 дозы АЦЦ), но по завершению протокола оставалась на уровне токсических значений – 198,7 мг/мл. Высокие концентрации потребовали повторного выполнения протокола АЦЦ. Все больные этой группы перенесли токсический гепатит и 1 больной этой группы погиб. У больных третьей группы концентрация ПЦ в плазме крови достоверно снижалась с исходной концентрации 380,4 мг/мл до концентрации токсиканта через 3 и 6 часов процедуры соответственно до 115, 3 мг/мл и 18,4 мг/мл. Гемодиализ протекал без осложнений у всех пациентов. К окончанию сеанса ГД клинические симптомы отравления (тошнота, рвота, головная боль) были купированы. Эффективность гемодиализа в последующие 96 часов не сопровождалась повышением активности АЛТ, билирубина, изменением показателей гемостаза. Все больные были переведены в токсикологическое отделение, а в последующем с полным выздоровлением выписаны домой.

Таким образом, проведение ГД позволяет снизить концентрацию ПЦ в плазме крови и сократить токсикогенный период отравления. Внедрение ГД в существующие протоколы требует дальнейшего изучения в плане показаний и безопасности процедуры.

ОТРАВЛЕНИЕ ПАРАЦЕТАМОЛОМ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ МНОГОЦЕНТРОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ ЕКАТЕРИНБУРГА, ИРКУТСКА, НОВОСИБИРСКА, ВОЛГОГРАДА, ИЖЕВСКА, КАЗАНИ, ТЮМЕНИ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СООБЩЕНИЕ)

В.Г. Сенцов [1,11], К.Ю. Гусев [1], Ю.В. Зобнин [2,9], Д.Ю. Колойда [3], С.С. Ларионов [4], А.В. Мартынов [5], А.В. Мокрушин [6], А.Р. Насибулина [7], Л.В. Соломатина [8], А.Б. Третьяков [9], И.Л. Чайковская [10], А.В. Чекмарев [11]

[1] ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет», [2] ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет», [3] ГБУЗ «Городская больница № 34, г. Новосибирск», [4] ГУЗ «Городская клиническая больница скорой помощи № 25», г. Волгоград, [5] МАУ «Городская клиническая больница № 14, г. Екатеринбург», [6] БУЗ УР «Городская клиническая больница № 6, г. Ижевск», [7] ГАУЗ «Городская клиническая больница» № 7, г. Казань», [8] ФГБУ науки Институт иммунологии и физиологии Уральского отделения Российской академии наук, [9] Медсанчасть «Иркутского авиационного производственного объединения», г. Иркутск, [10] ГБУЗ «Областная клиническая больница № 1, г. Тюмень», [11] ГБУЗ «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница», г. Екатеринбург

Введение. Парацетамол является одним из самых употребляемых препаратов во многих странах мира. В США передозировка парацетамолом была причиной 10 тыс. обращений в токсикологические центры. Кроме того, ежегодно 50–56 тысяч пострадавших обращались в отделения неотложной помощи (Lee W.M., et. al., 2017, Woolum J.A., et. al., 2019). Передозировка парацетамолом остается серьезной проблемой в Великобритании (David G. Kearney, et. al., 2017, James W. Dear, et. al., 2020). В Австралии с 2007 года по 2017 год число пациентов с диагнозом отравление парацетамолом увеличилось на 44,3% (Rose Cairns, et. al., 2019). В Канаде показатели госпитализации в отделение интенсивной терапии по поводу случайной передозировки парацетамолом колебался от 0,12 до 0,14 на 100 000 населения (Tony Antonio, et. al., 2022).

В России системных исследований по эпидемиологии острых отравлений парацетамолом не проводилось.

Цель исследования. Изучить частоту и исходы отравлений парацетамолом в структуре химической болезни в специализиро-

ванных центрах лечения острых отравлений Екатеринбурга, Тюмени, Иркутска, Новосибирска, Волгограда, Казани, Ижевска.

Материал исследования. Проведен анализ отчетной формы № 64 «Отчет центра (отделения) острых отравлений» (Приложение № 6 Приказа Минздрава РФ №9 от января 2002 года «О мерах по совершенствованию организации токсикологической помощи населению Российской Федерации») в период 2015–2019 годы. Частота отравлений парацетамолом (T39.1) в группах отравлений T39, T36–T50 и T36–T65. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ *Excel* 2010.

Результаты и обсуждение. По данным формы № 64, в перечисленных выше центрах по лечению острых отравлений было пролечено 52413 пациентов с различными нозологическими формами отравлений (T36–T65). 42,2% пострадавших составили больные с отравлениями лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами (T36–T50) и 4,4% отравления неопиоидными анальгезирующими, жаропонижающими и противоревматическими средствами (T39).

Структура отравлений парацетамолом в общей группе больных и больных с диагнозом T39 в различных центрах оказалась неоднозначной. Например, в Свердловском областном центре отравления удельный вес отравлений парацетамолом (T39.1) в структуре (T36–T65), (T36–T50) и T39 составил соответственно 3,38%, 7,1% и 64,3% и оказался достоверно выше, чем в Иркутске (0,56%, 1,69% и 42,6%) и Казани (0,94%, 2,49% и 25,4%). Подробный анализ структуры отравлений будет представлен в докладе.

По данным исследования, острые отравления парацетамолом встречаются нечасто. В среднем по группе восьми центров по лечению отравлений парацетамолом среди всех нозологических форм отравлений, отравлений медикаментами и отравлений неопиоидными анальгезирующими, жаропонижающими и противоревматическими средствами составили соответственно 1,83%, 4,34% и 41,9%. Погибло 3 пациента. Летальность в целом по группе составила 0,31%.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ОСТРЫХ ХИМИЧЕСКИХ ОТРАВЛЕНИЙ У ЛИЦ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

А.Ю. Симонова [1,2,3], К.К. Ильяшенко [1,2], М.В. Белова [1,3,4], М.М. Поцхверия [1,2,3], Л.Р. Асанова [1,2]

[1]ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», г. Москва

[2] ФГБУ ФНКЦ ФХМ им. Ю.М. Лопухина ФМБА России, г. Москва

[3] ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, г. Москва

[4] ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский университет) МЗ РФ, г. Москва

Актуальность. Известно, что население развитых стран стареет. По прогнозу к 2030 году число пожилых людей превысит количество детей в возрасте до 10 лет, а к 2050 году численность пожилых людей в возрасте 60 лет и более превысит количество подростков и молодежи в возрасте от 10 до 24 лет. К 2050 году каждый шестой человек в мире будет старше 65 лет (16% населения), по сравнению с каждым 11-м в 2019 году (9% населения), также ожидается, что к 2050 году возраст каждого четвертого жителя Европы и Северной Америки будет 65 лет и старше.

Наряду с увеличением доли лиц старше 60 лет среди населения возрастает и их количество среди пациентов с острыми отравлениями химической этиологии.

Цель. Анализ структуры острых отравлений у лиц пожилого и старческого возраста за период 2020–2022 гг.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное когортное исследование, в рамках которого проанализированы данные пациентов старше 60 лет с острыми отравлениями химической этиологии, находившихся на лечении в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского в период 2020–2022 гг. Статистическая обработка материала выполнена с помощью программы IBM SPSS Statistics 26,0.

Результаты. Выявлено, что удельный вес гериатрических пациентов среди всех госпитализированных с острыми отравлениями составляет в среднем 13,5%, при этом в подавляющем большинстве больные в возрастной категории 60–74 года (60,2%). Преобладали женщины – 64,5%, мужчины составили 35,5%. Отравления носили суицидальный характер в 61,5% случаев, случайные отравления наблюдали у 38,5% пациентов. Анализ данных показал, что в структуре острых отравлений у лиц старшего возраста лидируют препараты психофармакологического действия (34,1%), разъедающие

вещества (15,9%), средства, действующие на сердечно-сосудистую систему (12,7%). Летальность у исследуемого контингента составила от 13,2% в 2021 году до 22,3% в 2022 году. Самый высокий уровень этого показателя наблюдался в группе долгожителей – 29,5%, у лиц старческого возраста он составил 23,8%, а в пожилом возрасте – 13,8%. При анализе этиологических причин летальности обнаружено, что лидирующую позицию в 2020–2022 годы занимают отравления препаратами психофармакологического действия, при этом в 2021 году на этой позиции расположились отравления разъедающими веществами. На третьем месте стабильно находятся отравления средствами, действующими на сердечно-сосудистую систему. В единичных случаях летальные исходы были обусловлены отравлениями спиртами и угарным газом.

Заключение. Таким образом, острые химические отравления у больных старше 60 лет представляют актуальную медицинскую проблему на современном этапе, в связи со значительной частотой возникновения и высокой летальностью, и требуют детального изучения с целью повышения эффективности их лечения.

КОМПЛЕКСНАЯ ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

А.А. Стопницкий [1,2], Р.Н. Акалаев [1,2]

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

[2]Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить эффективность разработанной тактики интенсивной терапии с применением комплекса эндотелиопротекторов и антигипоксантов при острых отравлениях уксусной кислотой, осложненных экзотоксическим шоком (ЭШ).

Материал и методы. Изучены результаты лечения 178 пациентов с тяжелыми отравлениями уксусной кислотой, поступивших в отдел токсикологии РНЦЭМП в 2010–2022 гг. Возраст пострадавших – 25,7±5,1 года, средний уровень гемолиза – 11,3±3,2 г/л. Пациентов разделили на 2 группы. I группа (основная) – 104 больных, поступивших в 2013–2022 гг., в интенсивную терапию которых дополнительно включен разработанный нами комплекс интенсивной терапии, включающий в себя введение эндотелиопротектора L-лизина эсцинатапо 10,0 мл 2 раза в сутки до купирования гемолиза, высоких доз глюкокортикостероидов – до 8–10 мг/кг преднизолона в сутки, инфузий антигипоксантацитофлавина по 20,0 мл 2 раза в сутки с момента поступления в течение 3–5 дней. II группа (сравнения) – 4 больных, поступивших в 2008–2012 гг., которым проводилась традиционная терапия. 1. Исследовали уровень свободного гемоглобина при поступлении – через 12 часов и 24 часа. 2. Изучали показатели АД, ЧСС, определяли индекс минутного объема сердца (QV_m) по формуле QV_m = (амплитуда в покое × частота пульса в покое)/(нормальная амплитуда × нормальная частота пульса) – в норме 0,7–1,5, шоковый индекс Альговера (ШИ), ЦВД, диурез. Показатели измеряли при поступлении – через 12 часов и 24 часа.

Результаты и обсуждение. Уровень свободного гемоглобина крови при поступлении составил 11,9±3,2 г/л у пациентов I группы и 12,0±2,2 у II. В динамике, на фоне применения усовершенствованного комплекса интенсивной терапии, через 12 часов гемолиз снизился до 2,9±1,2, через 24 часа до 1,36±0,42. В группе сравнения – динамика снижения уровня свободного гемоглобина через 12 часов и 24 часа была соответственно в 1,6, 2,0 раза ниже, чем у пациентов основной группы.

У пациентов на фоне высокого гемолиза, с момента поступления отмечалось развитие тяжелого ЭШ, что и проявлялось в обеих группах повышением QV_m до 2,27±0,6, ШИ до 1,28±0,6, ЧСС – 123±11, отрицательным ЦВД, снижением объема диуреза до 20,7±4,6 мл/час. В результате проводимой интенсивной терапии у пациентов I группы в динамике через 12 часов и 24 часа показатели QV_m составили 1,7±0,3 и 1,3±0,07, ШИ – 0,79±0,07 и 0,94 ±0,07, ЧСС – 96,5±7,8 и 90,8 ± 8,5, диурез восстановился до 95±12,2 и 124,4±16,3 мл/час, ЦВД до 35,9±7,3 и 92.4±11,2 мм вод. ст. соответственно. Анализ пострадавших II группы показал, что через 12–24 часа показатели QV_m, ШИ, ЧСС были в 1,4–1,3–1,3 и 1,2–1,3–1,2 раза выше, а количество выделяемой мочи и уровень ЦВД – в 1,5–1,7 и 1,4–1,3 раза соответственно ниже, чем у больных I группы, что свидетельствовало о продолжающемся декомпенсированном ЭШ. Из числа пациентов I группы острая почечная недостаточность (ОПН) развилась у 16 (15,3%), а летальный исход наступил у 9 (8,6%). Во II группе данные показатели составили 15 (20,2%) и 12 (16,2%), что в 1,4 и 1,9 раза соответственно выше по сравнению с основной группой.

Вывод. Включение в состав интенсивной терапии острых отравлений уксусной кислотой антигипоксантов и эндотелиопротекторов позволяет значительно сократить сроки выведения из шока, провести профилактику развития ОПН и значительно снизить летальность.

ОТРАВЛЕНИЕ ПАРАЦЕТАМОЛОМ

М.Ф. Умарий, Л.Е. Мигина

Медицинский университет Семей, Казахстан

Парацетамол (пара-ацетаминофенол) – рекомендуемый ВОЗ в качестве противоболевого и жаропонижающего средства. Широко затребован во всех странах мира. Является основным метаболитом фенацитена. Подавляет активность ЦОГ-3 в ЦНС, периферическое противовоспалительное действие практически отсутствует. В клинической практике используется с 1955 г. (США), выпускается в разных лекарственных формах, в том числе и для детей. Среди анальгетиков длительное время считался наименее опасным препаратом. Однако такие особенности фармакокинетики парацетамола, как проникновение через ГЭБ, слабая связь с белками крови и максимальная (97 %) концентрация в печени и почках при определенных условиях его применения (длительно и в больших дозах) может обусловить побочные эффекты, а узкая широта его терапевтического действия – интоксикацию, которая среди ненаркотических аналгетиков чаще встречается при применении парацетамола.

Цель исследования. Изучить клинические проявления и лабораторные показатели при остром отравлении парацетамолом у детей.

Материал и методы. Проведена клиническая оценка состояния больных, проанализированы анамнестические данные. Лабораторные методы исследования включали общий и биохимический анализы крови. Изучались кислотно-щелочное состояние, международное нормализованное отношение. Химико-токсикологическое исследование мочи выполнено методом тонкослойной хроматографии.

Результаты. Острое отравление парацетамолом у детей развивается при одномоментном приеме препарата в дозе свыше 3 г. В первой фазе заболевания (10–11 часов после применения парацетамола) у больных имеют место нейросенсорные и общесоматические нарушения. Во второй фазе (12–24 часа) преобладают нарушения желудочно-кишечного тракта и поражения печени в виде острого гепатита легкой степени активности. Приведен клинический случай отравления 3-х летнего ребенка парацетамолом (ацитаминофенолом), спровоцированный значительным превышением дозы в течение двух суток. При обследовании выявлены признаки полиорганной патологии с резким увеличением АЛТ, АСТ, амилазы, мочевины, гипопротеинемией, гипокоагуляцией, электролитными нарушениями. Парацетамол (ацетаминофен) – препарат выбора у беременных женщин в качестве жаропонижающего и обезболивающего средства при различных клинических состояниях. По данным исследований длительный прием парацетамола во время беременности имеет связь с развитием у детей синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (RR = 1,32; 95% CI 1,18–1,45; I2 = 61%); расстройствами аутистического спектра (RR = 1,23; 95% CI 1,13–1,32; I2 = 17%); синдромом гиперактивности (RR = 1,24; 95% CI 1,02–1,46; I2 = 95%) и расстройствами поведения (RR = 1,28; 95% Cl 1,05–1,52; I2 = 94%). В проведенных исследованиях не удалось оценить степень влияния принимаемой дозы парацетамола в различные триместры беременности на развитие у детей отдаленных функциональных расстройств ЦНС. Для связывания токсического метаболита ацитоминофенола, стимуляции образования глутатиона и предотвращения некроза гепатоцитов применен специфический антидот ацетилцистеин, что значительно улучшило прогноз

Вывод. Опыт реализации профилактических программ за рубежом, показавших свою эффективность, должен быть учтён, в том числе в ситуациях, предусматривающих расширение безрецептурного отпуска, работы со СМИ, держателями интернет-сайтов и информирование населения.

Необходимы дополнительные исследования действия парацетамола по оценке значимости социальных факторов и внешней среды и их вклад в развитие функциональных нарушений ЦНС у детей.

ПРИЧИНЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ОТРАВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ

*Ш.Ф. Хабибуллаев, Ю.М. Рустамова,
Д.Ю. Ахмедова, Д.К. Шамсутдинова*

Самаркандский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Актуальность. Анализ последних литературных данных показывает, что с каждым годом растет удельный вес детей, страдающих лекарственными отравлениями и нет тенденции к снижению. Несвоевременная диагностика и лечение лекарственных отравлений могут привести к плачевным результатам.

Цель исследования. Изучить причины лекарственных отравлений у детей по материалам Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Материалы и методы. Для выявления причин лекарственных отравлений у детей нами был проведен ретроспективный анализ историй болезней детей с лекарственными отравлениями в 2-х детских отделениях и отделении детской реанимации.

Были анализированы 324 истории болезней детей с лекарственными отравлениями с 3 месяцев до 14 лет. Нами был тщательно собран анамнез, акцентируя внимание на причины возникновения болезни.

Результаты. В стационар с легкой степенью отравления поступили 22,84% детей, со средней тяжестью – 57,82% и тяжелой степенью – 19,44%.

Одной из главных причин отравлений явилось самолечение матерей – 37%. Немаловажное значение в этом сыграли рекламы лекарственных средств (телевидение, журналы), в которых реже указывались побочные действия этих лекарственных препаратов. Отравление психотропными препаратами составляет 29,01%, антигистаминными препаратами – 9,87%.

Одной из других причин явились дача лекарственных препаратов без рецептов (22%). Дозы лекарственных препаратов детям рекомендовали работники аптек в зависимости от возраста (1/2, 1/3 часть таблетки и так далее).

Проведенная работа также показала, что детей привлекают разноцветные, красивые таблетки, приятные на вкус (со вкусом апельсина, мандарина, клубники), особенно это касается сиропов. Следует отметить, что при беспечности некоторых родителей малыш находит эти препараты и принимает внутрь.

Другой причиной отравлений были применение сосудосуживающих носовых каплей (нафтизина, галозолина, санорина, ринозолина). Этими препаратами чаще злоупотребляли матери и при заложенности носа капали малышу в нос по 6–7 раз в сутки.

Выводы. Таким образом, проведенная работа показала, что вышеуказанные причины диктуют в необходимости проведения широкой санитарно-просветительной работы среди матерей в яслях, детских садах, махаллях, создания школ для молодых матерей, акцентируя внимание матерей на тяжелые последствия лекарственных отравлений у детей.

АНАЛИЗ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА СИСТЕМ ЦИТОХРОМ Р-450 И ГЛУТАТИОН-S-ТРАНСФЕРАЗЫ (GSTS) КАК ФАКТОРА РИСКА И ТЯЖЕСТИ РАЗВИТИЯ ТОКСИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

А.М. Хаджибаев [2], Д.Б. Туляганов [1,2], Р.Н. Акалаев [1,2], А.А. Стопницкий [1,2], М.К. Саидова[1], А.Д. Фаязов[1,2], У.Р. Камилов [1]

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

[2]Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

Из общего количества больных с отравлениями гепатотоксичными ядами, эндотоксикозами, токсические поражения печени развиваются у 27–55% пострадавших. Таким образом, перспективным диагностическим методом диагностики развития токсических гепатитов является изучение полиморфизма генов, отвечающих за процессы биотрансформации, таких как CYP2E1 и уровня глутатион-S-трансферазы (GSTs) – ключевого компонента второго этапа биотрансформации ксенобиотиков. По результатам таких исследований можно определить группу лиц, у которых имеется генетическая предрасположенность к токсическому поражению печени.

Цель исследования. Изучить влияние полиморфизмов генов GSTP1 (rs1965) и CYP2E1 (rs2070676) на тяжесть течения токсического гепатита у пациентов с острыми отравлениями и термическими ожогами.

Материал и методы. Нами проведено исследование полифорфизма генов – rs1965 гена GSTP1 и rs2070676 гена CYP2E1 у 223 пациентов с острыми отравлениями гепатотоксичными ядами, панкреонекрозами и тяжелыми ожогами, поступивших в 2021–2023 гг. в РНЦЭМП. Данные генетических исследований сопоставлялись с биохимическими показателями поражения печени при поступлении. Изучались показатели ферментов аланин- и аспартатаминотрансферазы (АлТ, АсТ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), щелочной фосфатазы (ЩФ), уровень билирубина, а также свободного аммиака. Статистическую обработку проводили с помощью программного обеспечения Microsoft и электронных таблиц Excel.

Результаты и их обсуждение. Все 223 образца были поделены на три группы: острые отравления – 162 пациента (113 больных с токсическим гепатитом на фоне алкогольной интоксикации, 26 больных с отравлениями уксусной кислотой, 23 больных с отравлениями парацетамолом, альбендазолом, изониазидом), 28 пациентов с тяжелыми термическими ожогами IIIA–IV степени и 33 пациента с панкреонекрозами. Умерло из них 19 (8,5%). Мужчин было 173 (77,5%), женщин – 17 (22,5%).

Результаты исследования гена GSTP1 (rs1965) показали, что генотип A/A (гомозигота по аллелю A) выявлен у 73 (32,7%) больных, генотип A/G (гетерозигота) выявлен у 106 (47,5%) больных, патологический генотип G/G (гомозигота по аллелю G) выявлен у 44 (19,8%) больных. Результаты исследования гена CYP2E1 (rs2070676) показали, что генотип C/C (гомозигота по аллелю A) выявлен у 139 (62,3%) больных, генотип G/C (гетерозигота) у выявлен у 61 (27,3%) больного, генотип G/G (гомозигота по аллелю G) выявлен у 25 (10,4%) больных.

Согласно полученным данным, у пациентов, имеющих гомозиготный тип по аллелю A rs1965 гена GSTP1 и rs2070676 гена CYP2E1, биохимические показатели практически не отличались от показателей пациентов, имеющих гетерозиготный генотип этих же генов. У больных, имеющих генотип G/G гена GSTP1, мы наблюдали значительное повышение свободного аммиака, а также печеночных показателей АлТ, АсТ, ЩФ не только по сравнению с нормой, но и показателями пациентов, имеющих

гомозиготный тип по аллелю А – в 1,3, 1,8, 1,9, 1,5 раза выше соответственно. У пациентов, имеющих генотип G/G гена CYP2E1, также отмечалось критическое повышение свободного аммиака и показателей ферментов АлТ, АсТ, ЩФ печени – выше, чем у исследуемых с гомозиготным типом по аллелю С – в 2,1, 1,5, 1,8, 1,7 раза соответственно. Исследования таких показателей, как ЛДГ и билирубина, показали отсутствие значимого их повышения по отношению к верхнему пределу нормы у всех групп пациентов. Анализ летальности показал отсутствие значимой разницы между группами с генотипами A/A, A/G и C/C, G/C – 2,7, 3,8% и 4,3, 4,9%, при этом из числа пациентов с генотипом G/G гена GSTP1 умерло 13 (29,5%), а из 25 больных с генотипом G/G гена CYP2E1 умерли 10 пациентов, что составило 40% и значительно превосходит летальность у исследуемых с нормальными генотипами генов GSTP1 и CYP2E1. Из общего количества пациентов с токсическими гепатитами, имеющих полиморфизм изучаемых нами генов (гомозигота по аллелю G), у 9 выявлена мутация по обоим генам, в связи с чем нами исследованы биохимические показатели и летальности у данной категории больных. Полученные данные свидетельствуют о критически высоких показателях свободного аммиака, АлТ, АсТ, значительно превышающих показатели у исследуемых с аллелями A/A, A/G, C/C и G/C. Из общего количества таких больных умерло 5 (55,5%), таким образом, вероятность развития тяжелого токсического гепатита с летальным исходом наиболее высока именно у пациентов с мутацией по обоим генам.

Выводы. 1. Проведенное исследование подтверждает, что риск развития и характер течения токсического гепатита во многом детерминируются генетической компонентой. 2. Установлено влияние полиморфизма rs1965 гена GSTP1 и rs2070676 гена CYP2E1 на тяжесть токсического гепатита не только при отравлениях гепатотоксичными ядами, но и при эндогенной интоксикации. 3. Наиболее тяжелое и прогностически неблагоприятное течение токсического гепатита развивается на фоне полиморфизма по обоим изучаемым генам, однако для окончательного подтверждения достоверности полученных данных необходимы дальнейшие исследования в данном направлении.

СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА У ПАЦИЕНТОВ С ТОКСИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ

А.М. Хаджибаев [2], Д.Б. Тулаганов [1,2], М.Р. Рузибакиева [3], Р.Н. Акалаев [1,2], А.А. Стопницкий [1,2], Г.К. Сапарбаева [1], А.Д. Фаязов [1,2], У.Р. Камилов [1]

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

[2]Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

[3]Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение клеточного иммунитета у больных с токсическими поражениями печени на фоне острых отравлений, тяжелых ожогов и панкреонекрозов.

Материал и методы. Нами проведено иммунофенотипирование лимфоцитов крови человека путем изучения маркеров CD3, CD4, CD8 у 44 пациентов с острыми отравлениями гепатотоксичными ядами, панкреонекрозами и тяжелыми ожогами, осложненными токсическими поражениями печени. Из общего числа пациентов – 18 (40,9%) больных были с острыми отравлениями, 8 (8,2%) с тяжелыми ожогами и 18 (40,9%) с панкреонекрозами. Иммунофенотипирование проведено методом лазерной цитофлуориметрии на проточном цитометре BD FACS Canto II (Becton Dickinson, США) с использованием системы моноклональных антител Multitest 6-Color TBNK Reagent в пробирках BD TruCount (Becton Dickinson, США). Для лизиса эритроцитов и фиксации лейкоцитов использовался BD FACS TM Lysing Solution (Becton Dickinson, США). Относительное и абсолютное содержание популяций и субпопуляций лимфоцитов определялось в программе Canto (Becton Dickinson, США) с выделением общей популяции – Т-хелперы (CD3+CD4+CD8-), а также вычисляли соотношение субпопуляций CD4+/ CD8.

Исследование проводили с учетом выраженности патологического процесса на 5-е сутки у больных с острыми отравлениями и на 12-е сутки у больных с тяжелыми ожогами, а также панкреонекрозами.

Результаты и их обсуждение. Анализ относительного числа зрелых Т-лимфоцитов установил угнетение иммунной системы во всех исследуемых группах по сравнению с контрольной группой. Так, общий пул Т-лимфоцитов (CD3+), «отвечающих» за реакции клеточного иммунитета и осуществляющих иммунологический надзор за антигенным гомеостазом в организме, в 1- группе пациентов был снижен, со средним показателем 47,76±1,18 ($P<0,001$), во 2-й группе – 49,8±0,81 ($P<0,001$), а в 3-й группе – 49,0±2,88 ($P<0,01$), тогда как в группе

контроля данное значение в среднем составило 59,5±1,25.

Неоднозначные данные были получены при изучении относительных значений лимфоцитов с данным фенотипом. Анализ относительного числа Т-хелперов выявил статистически значимую тенденцию повышения CD4+ клеток в 1-й и 2-й группах, а в 3-й группе хоть и наблюдалось повышение, но оно было недостоверным по сравнению с контрольной группой. Так, в 1-й группе пациентов среднее значение относительного числа Т-хелперов составило 29,05±1,96 (P<0,01), во 2-й группе – 30,46±1,24 (P<0,01) и в 3-й группе – 31,33±3,17 (P>0,05) по сравнению с контрольной группой – 36,0±0,91.

Полученные результаты позволяют нам предположить, что дефицит популяции Т-лимфоцитов отразился и на уровне клеток с хелперной активностью. Несмотря на положительную динамику повышения Т-хелперных клеток, у пациентов во всех группах данные указывают всё еще об иммунологической недостаточности.

Оценка относительного числа CD8+ установила повышенные значения во всех группах пациентов. Так, в 1-й группе больных данный показатель в среднем составил 28,52±2,42 (P>0,05), во 2-й группе – 30,4±1,90 (P<0,01), а в 3-й группе – 29,0±0,57 (P<0,001) против контроля – 23,5±0,95.

Ведущее значение в оценке состояния иммунной системы имеет соотношение хелперов и супрессоров в периферической крови – индекс CD4/CD8. Согласно полученным результатам, изменения субпопуляционного состава отразились и на индексе иммунорегуляции (CD4/CD8) во всех группах обследованных пациентов. Анализ показателей иммунорегуляторного индекса определил сниженные относительно одинаковые показатели по сравнению со значениями контрольной группы. В 1-й группе пациентов индекс составил 1,06±0,05 (P<0,001), во 2-й группе – 1,04±0,05 (P<0,001) и в 3-й группе – 1,09±0,13 (P<0,001), а в контрольной группе – 1,75±0,11.

Сниженный индекс иммунорегуляции связан с относительно пониженным числом Т-хелперных клеток и повышенным числом Т-супрессорных клеток, за счет изменения общего пула зрелых Т-лимфоцитов, что приводит к угнетению Т-клеточного звена иммунной системы.

Вывод. Предварительный анализ клеточного иммунитета у пациентов с токсическим поражением печени на фоне острых отравлений, тяжелых ожогов, панкреонекрозов показал иммунносупрессивный характер воздействия данной патологии на организм.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОМ ВВЕДЕНИИ НОВОГО УГЛЕРОДНОГО ГЕМОСОРБЕНТА

Д.М. Хакимов, Н.А. Касимов, Б.А. Эгамбердиев, У.Н. Бобаев

**Андижанский филиал РНЦЭМП
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова»,
Ташкент, Узбекистан**

Введение. В мировой практике продолжают исследоваться в экспериментальных условиях физико-химические характеристики, гистологические и морфологические результаты использования различных гемосорбентов, которые способны расширить возможности применения сорбционных методов очистки крови при печеночной недостаточности различного генеза.

Цель исследования. Оценить результаты макроскопических и микроскопических морфологических исследований при внутрибрюшинном введении углеродного гемосорбента.

Материалы и методы. Исследования многократного внутрибрюшинного действия углеродного гемосорбента проводились на 24 белых крысах с массой тела 250–300 г в течение 7 дней. На основании этого срока хронического эксперимента составил семь дней в соответствии с международными требованиями по оценке токсичности медицинских препаратов (2013 г.). Исследуемое вещество вводили внутрибрюшинно трём группам опытных белых крыс. 4 группа служила контролем. Введение исследуемого вещества осуществлялось в следующих дозах:

1-я группа (300 мг/кг);
2-я группа (150 мг/кг);
3-я группа (50 мг/кг);
4-я группа (1% крахмальная слизь из расчета 1 мл на 100 г массы тела).

Показателями токсичности служили: поведение животных, выживаемость, время наступления смертельных исходов, появление симптомов интоксикации, местные изменения на коже, динамика массы тела, частота дыхания, гематологические и биохимические показатели крови. После окончания хронического эксперимента часть животных опытной и контрольной групп забивалась путем декапитации под легким эфирным наркозом и проводились макроскопические и микроскопические исследования внутренних органов. Объектами изучения были: головной мозг, легкие, сердце, печень, почки, надпочечники, селезенка, желудок, поджелудочная железа, тонкий и толстый кишечник, матка, яичники, яичко. Материал фиксировали в 12% формалине с последующей, стандартной

проводкой по спиртам восходящей концентрацией и заливкой парафином. Срезы из органов толщиной 6–7 мкм окрашивали гематоксилином и эозином.

Результаты исследования. За время эксперимента общее состояние опытных животных не нарушалось, симптомов интоксикации и гибели животных не выявлено. На коже местные изменения не обнаружены, мест очагового облысения и язв не отмечалось. Животные были опрятны, активны, шерстяной покров гладкий, блестящий, корм поедали охотно, адекватно реагировали на внешние раздражители. В заключение следует отметить, что дистрофических, некробиотических и воспалительных изменений у опытных животных, а также достоверных отличий в структуре внутренних органов между опытными и контрольными группами не обнаружено. Выявленные структурные особенности исследованных тканей отражают нормальную функциональную активность внутренних органов.

Заключение. Таким образом, на основании гистоморфологического исследования органов и тканей контрольных и опытных животных можно сделать заключение о том, что длительное многократное внутрибрюшинное воздействие углеродного гемосорбента не вызывает патологических изменений в организме. Полученные данные позволили сделать вывод о том, что исследуемое вещество не оказывает отрицательного эффекта на гематологические и биохимические показатели крови.

ЗНАЧИМОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ НОВОГО УГЛЕРОДНОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО ГЕМОСОРБЕНТА

Д.М. Хакимов, У.Н. Бобаев, Н.А. Касимов, Б.А. Эгамбердиев, Н.Ю. Миноваров

**Андижанский филиал РНЦЭМП
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан**

Введение. Для клинического внедрения любой новой технологии по международным стандартам требуется проведение серии исследований по двум основным направлениям – безопасность с определением возможности влияния на специфические клинико-функциональные параметры и эффективность в плане предполагаемых результатов применения.

Цель исследования. Оценить токсичность нового отечественного гемосорбента.

Материалы и методы. Исследования проведены на 138 белых половозрелых беспородных крысах первого года жизни массой 190–300 г и 5 белых кроликах-альбиносах обоего пола, различной массы тела. Для определения параметров острой и хронической токсичности использованы методики и критерии ISSN 2011. После последнего введения водной суспензии препарата (растворенный в физиологическом растворе сорбент) у всех групп животных из хвостовой вены была взята кровь для развернутого анализа гематологических показателей. Затем под общим обезболиванием забирали кровь для развернутых биохимических исследований у животных из полости сердца путем прокола кожи в проекции сердца. В последующем извлекали внутренние органы для морфологических исследований. Экспериментальные исследования проведены с соблюдением правил, принятыми Европейской конвенцией по защите позвоночных животных, используемых для экспериментов или иных научных целей (ETS N 123), Страсбург, 18.03.1986 г. Критериями токсичности служили: поведение животных, выживаемость, время наступления смертельных исходов, появление симптомов интоксикации, местные изменения на коже, динамика массы тела, частота дыхания, частота сердечных сокращений, содержание общего белка, альбумина, активности аспартат-аминотрансферазы (АСаТ) и аланинаминотрансферазы (АЛаТ), креатинина, щелочной фосфатазы, γ-гамма-глутамил-трансферазы, холестерина, общего билирубина и их фракций в сыворотке крови. Исследования физиологических и биохимических показателей проводили после завершения эксперимента. После окончания хронического эксперимента проводились макроскопические и микроскопические исследования внутренних органов. Объектами изучения были: головной мозг, легкие, сердце, печень, почки, надпочечники, селезенка, желудок, поджелудочная железа, тонкий и толстый кишечник, матка, яичники, яичко.

Результаты исследования. Показателями токсичности служили: поведение животных, выживаемость, время наступления смертельных исходов, появление симптомов интоксикации, местные изменения на коже, динамика массы тела, частота дыхания, гематологические и биохимические показатели крови. Проведенный эксперимент показал, что у животных после введения водной суспензии препарата в дозах 5000, 5500, 6000, 6500, 7000 и 7500 мг/кг изменений в поведении и функциональном состоянии не наблюдалось. Аппетит у животных не нарушался, шерсть гладкая, блестящая. Психосоматические показатели животных не изменялись. Гибели животных и симптомов интоксикации не выявлено. За время наблюдения в течение 3-х недель симптомов интоксикации у опытных животных и их гибели не выявлено. Животные оставались активными, охотно поедали корм, адекватно реагировали на внешние раздражители.

Заключение. Проведенный комплекс токсикологических, физиологических и биохимических

исследований позволяет сделать вывод о том, что предложенный отечественный вариант углеродного гемосорбента по параметрам острой токсичности при внутрибрюшинном воздействии относится к 4 классу – практически нетоксичное вещество. Исследуемое вещество не оказывает отрицательного эффекта на гематологические и биохимические показатели крови. Не обнаружено дистрофических, некробиотических и воспалительных изменений у опытных животных, а также достоверных отличий в структуре внутренних органов между опытными и контрольными группами. Выявленные структурные особенности исследованных тканей отражают нормальную функциональную активность внутренних органов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОВОГО НАНОПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО СОРБЕНТА И ОЦЕНКА ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ ПРИ ВНУТРИЖЕЛУДОЧНОМ ВВЕДЕНИИ

Д.М. Хакимов, У.Н. Бобаев, Н.А. Касимов

**Андижанский филиал РНЦЭМП
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова»,
Ташкент, Узбекистан**

Цель исследования. Изучить токсичность при внутрижелудочном введении нанопористого углеродного сорбента в эксперименте.

Материалы и методы. Экспериментальные исследования выполнены на 42 белых лабораторных крысах породы Вистар, которые осуществлялись на базе ГУ «РСНПМЦХ» имени акад. В. Вахидова, в отделении экспериментальной хирургии в 2022 году. Острую токсичность при внутрижелудочном введении препарата изучали на 42 белых крысах-самцах с массой тела 190–240 г. Экспериментальные животные содержались в одинаковых условиях вивария и на сбалансированном по содержанию белков, жиров и углеводов рационе питания со свободным доступом к воде и пище. Животные были разделены на 7 групп по 6 особей в каждой. Животным 6 опытных групп натощак вводили физиологический раствор (в котором в течение 2 суток выдерживали испытуемый угольный нанопористый сорбент) в желудок при помощи шприца с металлическим зондом в дозах: 5000, 5500, 6000, 6500, 7000 и 7500 мг/кг массы тела. Изучаемые дозы сорбента вводили в течение суток с 3- и 4-часовым интервалом. Животные находились под наблюдением в течение первого дня и на протяжении 2–3 недель эксперимента. Седьмая группа животных служила контролем.

Результаты исследования. Проведенный эксперимент показал, что у животных после введения водной суспензии препарата в дозах 5000, 5500, 6000, 6500, 7000 и 7500 мг/кг изменений в поведении и функциональном состоянии не наблюдалось. Аппетит у животных не нарушался, шерсть гладкая, блестящая. Психосоматические показатели животных не изменялись. Гибели животных и симптомов интоксикации не выявлено. Животные были активны, охотно поедали корм, активно реагировали на раздражители. Определена максимально-переносимая доза имплантата на уровне 7500 мг/кг.

Заключение. Таким образом, экспериментальные исследования показали, что внутрижелудочное введение нанопористого углеродного гемосорбента не обладает токсичным воздействием, не вызывает интоксикацию и гибель животных.

ШОШИЛИНЧ НЕВРОЛОГИЯДА «МУРАККАБ БЕМОРЛАР»

Хонбабаева Р.Х.[1], Қаюмхўжаева Б.Б.[2], Акалаева А.А.[1], Бахадирхонов М.М.[1], Эрметов А.Т.[2], Акалаев Р.Н.[1,3]

**Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази[1]
Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Тошкент вилояти филиали[2]
Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази, Тошкент[3]**

Долзарблиги. Истериянинг махсус диагностик муаммолари унинг хилма-хил намоён бўлиши ва ҳаддан ташқари белгиларининг ўзгарувчанлиги билан боғлиқ бўлиб, турли соҳа вакилларида ташхисот муаммоларини келтириб чиқаради. Бу, ўз навбатида, истерия ҳақидаги тушунчаларнинг анъанавий ноаниқлиги билан изоҳланади. Маълумки, конверсия ва диссоциацив касалликларга чалинган беморларнинг асосий қисми «мураккаб беморлар» деб аталган махсус контингентни ташкил этади ва аксарият ҳолларда мазкур беморлар неврологик клиникаларга мурожаат қилишади. Истерия белгилари парез, гиперкинез, тутқаноқ хуружи, ҳушни йўқотиш, соматик бузилиш ва координациянинг йўқолиши билан намоён бўлади. Ушбу нозология касалликлар халқаро таснифига киритилгани боис доим транзитор ташхис билан даволанади.

Тадқиқотнинг мақсади. Истерия белгилари ташхиси билан қайд этилган беморларнинг клиник ва динамик намоён бўлиш шаклларини (вақтинчалик патоморфозни ҳисобга олган ҳолда) ва уларнинг ташхисот тактикасини асослаб беришдан иборат.

Материал ва усуллар. 2022 йилда Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази неврология қабул бўлимига 16440 неврологик патологияси бўлган беморлар мурожаат қилишган. Шундан 1740 (10,5%) беморда ўткир психоэмоционал бузилишлар қайд этилган. Касалхонага 47 нафар бемор 1-неврология бўлимига ўткир спинал бузилишлар, ситуацион невроз, функционал гемипарез ташхиси билан госпитализация қилинган. Бўлимга

ётқизилган 47 нафар бемор (38 аёл – 80%, 9 эркак – 20%) 17–47 ёшгача бўлган. 2022 йил Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Тошкент вилояти филиали неврология қабул бўлимига 3836 неврологик патологияси бўлган беморлар мурожаат қилишган. Шулардан неврология бўлимида 1693 бемор даволанган. 68 нафар беморда руҳий зўриқиш белгилари билан биргаликда мигрень, нейроциркулятор дистония, ситуацион невроз ташхиси билан (52 аёл – 76%, 16 эркак – 24%) даволанган. Ташхисот олиб бориш учун лаборатор, неврологик текширув, магнитли компьютер томографияси текширувлари ўтказилган. Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий марказида ушбу текширувлардан ташқари, шифокор-психотерапевт ва психолог кўриги ҳам амалга оширилган.

Тадқиқот натижалари. Текширув олиб борилган 47 нафар беморнинг 93% ида таянч ҳаракат аъзоларидаги сезувчанликнинг бузилиши ва чекланиши билан намоён бўлган. 31% ида мулоқотнинг чекланиши (мутизм), 41% ида истерик (юзаки) талваса синдроми билан намоён бўлган.

Психоэмоционал зўриқиш сабаб юзага келган истерик реакцияларда текширув алгоритмига қуйидаги келтириб ўтилган: 1. Ўткир мия қон айланишининг бузилиш; 2. Соматик патология, шу жумладан нейроэндокрин, климактерик бузилишлар; 3. Психоактив моддаларга қарамлилик; 4. Органик бузилишлар, ташхисланган ёки мавжуд бўлган руҳий касалликларни аниқлаб олиш ёки истисно қилиш асосий ташхис параметрлари деб ҳисобланди.

Бемор ва унинг яқинлари билан ишлаш жараёнида деярли барча беморда касалхонага мурожаат қилишдан аввал руҳий зўриқиш омили туртки бўлганлиги аниқланиб, шифокор психотерапевт ва психолог томонидан консультатив-психотерапевтик интервью олиб борилган. Назоратдаги беморларнинг 93% ида диссоциатив, конверсион, коморбид руҳий бузилишлар ташхиси тасдиқланган. Даволаш режасида психоэмоционал зўриқишни олдини олишга қаратилган даво чораларидан нормотимик, нейролептик, антидепрессант, анксиоликлар ва транквилизатор дорилардан ҳамда психотерапия элементларидан фойдаланилган.

Хулоса. Неврология бўлимларида истерия белгилари ташхиси билан қайд этилган беморларнинг хилма-хил клиник кўринишлар билан намоён бўлганлиги учун кенг қамровли ташхисот чораларини кўришни талаб этади. Бўлимда ташхис қўйиш ва даволаш чора-тадбирларини тўғри ташкил этишда шифокор-психотерапевт кўриги асосли ҳисобланади. Психоэмоционал зўриқиш белгилари билан кечувчи неврология бўлими беморлари контингентига тавсия асосида антидепрессант гуруҳи препаратларини буюриш касаллик белгиларини шиддатли равишда бартараф этиш истиқболини яратади.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

С.С. Худайбердиев, Б.М. Узоков

Сырдарьинский филиал РНЦЭМП

В структуре острых отравлений химической этиологии, в том числе отравлений со смертельными исходами, отравления спиртсодержащей продукцией занимают ведущее место (Г.Г. Онищенко, 2013 г.). По данным Ю.Н. Остапенко и соавторов, отравления этанолом являются основной причиной экстренной госпитализации больных токсикологического профиля.

Многочисленные литературные данные свидетельствуют о том, что злоупотребление алкоголем является одним из важнейших факторов, влияющих на возникновение и течение хронических заболеваний, а также одной из прямых или косвенных причин ранней инвалидизации относительно молодого и работоспособного населения. В прямой зависимости от уровня потребления алкоголя находится высокий уровень распространенности алкогольной патологии головного мозга и периферической нервной системы (П.И. Сидоров, 2003 г., И.А. Никифоров, 2007 г., Т.В. Чернобровкина, 2013 г.). Острую алкогольную интоксикацию можно рассматривать как пример наиболее распространенного экзогенного химического воздействия на организм.

Материал и методы. Нами обследовано 30 пациентов, поступивших в Сырдарьинский филиал РНЦЭМП с диагнозом острое отравление алкоголем. Среди поступивших 28 (93,3%) пациентов мужского пола и 2 (6,7%) пациента женского пола. Средний возраст больных составил 41,4±11,2 года. Все пациенты поступили в состоянии алкогольного опьянения, средний показатель алкоголя в крови составил 2,4±1,3 г/литр. Данные пациенты не состояли ранее на учете в наркологическом диспансере по поводу хронического алкоголизма. У 20 (66,7%) пациентов диагностирован впервые возникший судорожный синдром, у 9 (30%) пациентов – острая токсическая полинейропатия, у 1(3,3%) пациента на 2-е сутки развились признаки ишемического инсульта. Учитывая наличие впервые развившегося судорожного синдрома, всем больным с судорожным синдромом и 1 пациенту с ОНМК было проведено МСКТ исследование для верификации диагноза ОНМК и исключения других структурных изменений головного мозга, а также ЭЭГ-исследование.

Результаты обследования. При анализе результатов МСКТ у 20 (66,7%) пациентов с судорожным синдромом выявлено, что у 6 (30%) больных имело место атрофия коры головного мозга, у 4 (20%) пациентов диагностированы лакунарные кистозно-атрофические зоны. У остальных 10 (50%) пациентов изменений в структурах головного мозга выявлено не было. Анализ проведенных

ЭЭГ-исследований показал, что у 13 (65%) пациентов имели признаки судорожной активности в виде медленно-волновой активности, а также пик и спайк-волн. У 9 (30%) пациентов развились признаки токсической полинейропатии в виде тетрапареза, нарушения чувствительности по полиневритическому типу. У 1 (3,3%) пациента на 2-е сутки развились признаки ишемического инсульта в виде правостороннего гемипареза, частичной моторной афазии. На МСКТ исследовании головного мозга выявлены признаки лакунарной зоны ишемии в бассейне левой средней мозговой артерии.

Заключение. Острое токсическое отравление алкоголем является мощным экзогенным фактором, негативно влияющим на работу головного мозга. В связи с этим имеется высокая вероятность развития неврологических осложнений. Наиболее часто встречающимися неврологическими проявлениями острой алкогольной интоксикации являются судорожный синдром, острая токсическая полинейропатия, а также имеется вероятность развития ишемического инсульта вследствие гиповолемического состояния и гиперкоагуляционного синдрома.

АНАЛИЗ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ

С.С. Худайбердиев, Б.М. Узоков

Сырдарьинский филиал РНЦЭМП

Структурно-функциональные изменения головного мозга при алкогольной болезни и возможности терапии изучали многие авторы (А.У. Тархан, 2001 г., И.В. Жиров, 2005 г.). Для мозгового типа типичными являются нарушение сознания, различная неврологическая симптоматика: брадикардия, брадипноэ, диспноэ, повышение температуры тела, снижение артериального давления и др. На электроэнцефалограмме наблюдаются изменения биоэлектрической активности мозга, вплоть до его «полного молчания». В анамнезе пациентов, погибших в состоянии абстинентного синдрома, делирия, отмечались судорожные припадки длительностью от 18–24 часов до 2–3 суток как во время эксцесса, так и без него (П.А. Мотавкин, 1988 г.). При патоморфологическом исследовании трупов с психоневрологической симптоматикой обнаруживаются оптические пустоты вокруг сосудов и нейронов мозга, что связано не с выходом плазмы из капилляров, а с нарушением оттока тканевой жидкости из них. В результате нарушаются связи между капиллярами и астроцитами, с одной стороны, астроцитами и нейронами, с другой, с последующим возникновением ишемического повреждения и некроза нервных клеток (А.В. Пермяков, 1993 г., Ю.Н. Пиголкин, 1998 г.).

Материал и методы. Нами обследовано 20 пациентов, поступивших в Сырдарьинский филиал РНЦЭМП с диагнозом острое отравление алкоголем, осложненный судорожным синдромом. Среди поступивших 19 (95%) пациентов были мужчинами, и 1 (5%) пациент была женщина. Средний возраст больных составил 38,9±10,5 лет. Все пациенты поступили в состоянии алкогольного опьянения, средний показатель алкоголя в крови составил 2,6±1,1 г/литр. Данные пациенты не состояли ранее на учете в наркологическом диспансере по поводу хронического алкоголизма. У всех пациентов судорожный синдром диагностирован впервые. Учитывая наличие впервые развившегося судорожного синдрома, всем больным было проведено МСКТ исследование для исключения структурных изменений головного мозга, а также ЭЭГ исследование.

Результаты обследования. При анализе результатов МСКТ выявлено, что у 6 (30%) больных имело место атрофия коры головного мозга, у 4 (20%) пациентов диагностированы лакунарные кистозно-атрофические зоны. У остальных 10 (50%) пациентов изменений в структурах головного мозга выявлено не было. Наличие атрофии коры головного мозга и кистозно-атрофических зон может являться морфологическим субстратом судорожного синдрома.

Анализ проведенных ЭЭГ исследований показал, что у 13 (65%) имели признаки судорожной активности в виде медленно-волновой активности, а также пик и спайк-волн. Следует отметить, что указанные изменения на ЭЭГ могут быть проявлением тех структурных изменений, которые были выявлены на МСКТ исследовании головного мозга.

На момент поступления обследованным больным помимо исследования уровня алкоголя в крови было проведено исследование уровня глюкозы. Из 20 обследованных пациентов у 7 (35%) было диагностировано гипогликемическое состояние, средний показатель уровня гликемии составил 2,8±0,9 ммоль/литр. Гипогликемическое состояние само по себе также является фактором, который может спровоцировать судорожный синдром.

Заключение. Судорожный синдром у пациентов с острой алкогольной интоксикацией является полиэтиологическим синдромом. Основными этиологическими факторами могут выступать структурно-морфологические изменения головного мозга, выявляемые по данным МСКТ, наличие изначально существующей эпилептической активности коры головного мозга, выявляемое по данным ЭЭГ, а также состояние гипогликемии, которое развивается на фоне приема алкоголя. Принимая во внимание вышеуказанные факторы, в схему лечения кроме противосудорожных препаратов следует также включать вазоактивные, антиагрегантные и антикоагулянтные препараты, а также проводить коррекцию уровня гликемии.

СПИРТЛИ ИЧИМЛИКЛАР БИЛАН ЗАҲАРЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ МАСАЛАЛАРИ

Хусенов О.Н.[1], Мусаев Т.Я.[1], Стопницкий А.А.[2]

**РШТЁИМ Бухоро филиали, Ўзбекистон[1]
Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази, Тошкент, Ўзбекистон[2]**

Кириш. Ўзбекистонда спиртли ичимликлар истеъмол қилишнинг бузилиши динамикаси гиёҳванд моддаларни истеъмол қилишнинг доимий равишда камайиши ва алкоголга қарамликнинг кучайиши билан тавсифланади. Мавжуд маълумотларга кўра, РШТЁИМ ва унинг филиаллари токсикология бўлимларига ётқизилган ўткир алкоголли заҳарланиш билан оғриган беморларнинг 90% дан ортиғи сурункали алкоголизмдан азият чекади.

Тадқиқот мақсади. Спиртли ичимликларни истеъмол қилиш фонида спиртли ичимлик билан заҳарланган беморларда когнитив бузилиш ва алкоголга қарамликни эрта ташхислаш учун ишлаб чиқилган шошилинч ёрдам тизимининг самарадорлигини ўрганиш.

Тадқиқот усуллари. Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази ва унинг Бухоро филиалига 2019–2022 йилларда мастлик оқибатида спиртли ичимликдан мастлик билан касалланган 18 ёшдан 60 ёшгача бўлган 150 нафар бемор тиббий кўрикдан ўтказилди. Улардан 138 нафари эркаклар – 92 %, 12 нафари аёллар – 8 % ни ташкил этади. Барча беморлар стандарт даволаш терапияси олганларидан сўнг, 5-куни беморлар қондаги аммиак ва лактат даражасини ўрганилди, ММСЕ ва Рейтан тести ёрдамида когнитив функциялар баҳоланди. Кўрсаткичлар даражасига қараб, беморларда когнитив бузилишлар рейтинги ишлаб чиқилди. Ҳар бир кўрсаткич 1 (енгил бузилиш) дан 3 (оғир бузилиш) баллгача баҳоланди. Оғир когнитив бузилишлари бўлган беморлар (аммиак 150 мкмол / л дан ортиқ, лактат 2,5 ммол / л дан ортиқ, ММСЕ 25 балл-дан кам ва Рейтан тести 120 секунддан ортиқ) 10–12 оралиғида балл олди. Ўртача даражадаги бузилишлар билан (аммиак даражаси 100–150 мкмол/л, лактат 2,0–2,5 ммол/л дан ортиқ, ММСЕ 25–27 балл ва Рейтан тести 90–120 секунддан ортиқ) 6–10 балл билан баҳоланди. Енгил даражали бузилиш билан (аммиак даражаси 100 мкмол / л дан кам, лактат 2,0 ммол / л дан кам, ММСЕ 27 баллдан юқори ва Рейтан тести 90 секунддан кам) 4–6 балл билан баҳоланди. Шунингдек, 5-куни АУДИТ (1 аралашув) ёрдамида муаммоли спиртли ичимликларни истеъмол қилиш баҳоланди.

Сўров натижалари ва уларни муҳокама қилиш. Олинган натижаларга кўра, 32 та (21,3%) беморда жиддий метаболик ва когнитив бузилишлар мавжуд бўлиб, улар биз ишлаб чиққан шкала бўйича ўртача 10,3 ± 0,6 балл тўплади. Шу билан бирга, беморлар АУДИТ скринингидан ўта олмадилар ва улар касалхонада қўшимча дори терапиясига ўтказилди, бир ҳафта ўтгач, қайта аралашув ўтказилди, унга кўра улар ўртача 24±5 балл тўпладилар, яъни жиддий спиртли ичимликка қарамлик аниқланди. 69 та (46%) беморларда ўртача когнитив-метаболик касалликлар мавжуд бўлиб, улар ўртача 7,2 ± 0,8 балл тўпладилар ва АУДИТ скрининги 15 ± 3 баллни кўрсатди, бу соғлиқ учун хавфли истеъмол алкоголга тобелик ривожланишининг ўртача хавфига тўғри келди.

49 та (32,7%) беморда енгил когнитив-метаболик бузилишлар аниқланди, улар ўртача 3,8±0,5 балл тўплаган, АУДИТ скрининги 9±2 балл, яъни спиртли ичимликларга қарамлик хавфи нисбатан паст эканлигини кўрсатди.

Хулоса. Лаборатория ва скрининг тадқиқот усулларига асосланган ҳолда шошилинч ёрдам тизимини ишлаб чиқиш беморларни спиртли ичимликларга тобеликни ва руҳий бузилишларни коррекция қилиш муддати ва стратегиясини батафсилроқ аниқлаш имконини беради. Спиртли ичимликлар билан заҳарланган беморларнинг спиртга қарамлик шаклланишининг дастлабки босқичларида ва у билан боғлиқ соматик асоратларда кейинги ўрганиш ҳаёт сифати ва ижтимоий ўзаро таъсирнинг яхшиланишига олиб келади.

СУРУНКАЛИ АЛКОГОЛИЗМ КАСАЛЛИГИДА ЖИГАРНИНГ МОРФОМЕТРИК ПАРАМЕТРЛАРИ ЎЗГАРИШИНИ АНИҚЛАШ

Ҳамроев Х. Н., Хасанова Д.А., Мусоев Т.Я., Ганжиев Ф.Х.

**Бухоро давлат тиббиёт институти,
Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали**

Тадқиқот мақсади. Жигардаги морфологик ўзгаришларни меъёрда ва сурункали алкоголли заҳарланишда унинг ўзгариши характерининг хусусиятларини баҳолаш.

Материаллар ва усуллар. Вазифаларни ҳал қилиш ва мақсадларга эришиш учун экспериментал, гистологик, морфометрик, шунингдек, статистик тадқиқот усулларини қўллаш режалаштирилди. Экспериментал виварийда 14 кунлик карантиндан ўтган, ҳар икки жинсдаги, оғирлиги 180–280 г бўлган, 239 та оқ етук каламушлардан олинди. Ҳайвонларнинг озиқланиши стандарт озиқ-овқат рационидан иборат бўлади. Барча ҳайвонлар 3 гуруҳга бўлинади.

Текшириш натижалари. Сурункали алкоголли интоксикацияда жигардаги морфологик ва морфометрик кўрсаткичлари ўрганилди. Бунда назорат гуруҳи, 3 ойлик, 6 ойлик ва 9 ойликдаги оқ зотсиз

каламушлар ва сурункали алкоголли интоксикация олган 3 ойлик, 6 ойлик ва 9 ойлик оқ зотсиз каламушлар жигари ўрганилди.

Қуйидаги гуруҳларда келтирилган оқ зотсиз каламушлар жигарини ўрганганда биз гематоксилин – эозин усули ва Ван гизон усули билан бўяшдан фойдаландик ва микропрепаратлар тайёрланди. Микропрепаратларни расмга олишда микроскопнинг х=4×10,10×10, 40×10, 100×10, ўлчамлари қўлланилди. 3 ойлик назорат гуруҳидаги оқ зотсиз каламушлар жигарининг классик тузилиши жигар бўлакчаси, яъни олти бурчакли призма шаклида бўлиб, бўлакча перифериясида жигар қон томирларини жигар бўлакчасига олиб келувчи томирлар жойлашган, унда бўлакчалараро вена (VII тип), бўлакчалараро артерия (VII тип) ва бўлакчалараро ўт йўли жойлашган. Бўлакчалараро вена ва бўлакчалараро артерия синусоидал капиллярларга қонни қуяди. Бўлакча ички қисмида гепатоцитлар икки қатор бўлиб жигар балкаларини ҳосил қилади, гепатоцитлар марказий венага қараб радиал жойлашади. Гепатоцитларнинг бир юзаси синусоидал бўшлиққа ва бир-бирига қараган юзаси бирикиб ўт йўлини ҳосил қилади, синусоидал капиллярни эса бир қават бўлиб жойлашган эндотелиоцит ҳужайралари ҳосил қилади, фарқли томони шундаки, эндотолиацит ҳужайралари бир-бири билан бириккан, лекин базал қавати бўлмайди. Эндотелиоцит билан гепатоцит орасида Диссе бўшлиғи аниқланади. Синусоидал бўшлиқда жойлашган юлдузсимон кўринишдаги Купфер ва Ито ҳужайралари ҳам бўлакча марказида марказий вена кўринади. Қон жигар бўлакчаси перифериясида жойлашган бўлакчалар аро артерия ва венадан синусоидал бўшлиқ ёки синусоидал капиллярга қуйилади, кейинчалик марказий вена томирларига оқиб келиб йиғилади.

Хулоса. Сурункали алкоголли интокцикацияда кўрилган микропераратлардаги патологияларни 100% деб олсак, ундан 85–90% ни кичик, ўрта, йирик томчили паренхиматоз ёғли дистрофиялар ташкил қилган (алкоголли стеатоз), 10–13% ни алкоголли гепатит (бунинг тасдиғини баъзи бир гепатоцит цитоплазмасида пайдо бўлган эозинофил ҳосила Маллори таначалари, гепатоцитларда юзага келган гидропик ва балонли оқсилли дистрофиялар ва шу гепатоцитлар атрофида макрофагларнинг тўпланишида кўриш мумкин) 3–5% ни алкоголли фиброз ташкил қилган.

ЎЗ ЖОНИГА ҚАСД ҚИЛИШ ХАТТИ-ҲАРАКАТЛАРИНИНГ ШАКЛЛАНИШИДА РУҲИЙ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ

Шоумаров Г.Б.[3], Акалаев Р.Н.[1,2], Хонбабаева Р.Х.[1], Акалаева А.А.[1]

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази[1]
Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази[2]
Ўзбекистон Республикаси Халқ таълими вазирлиги[3]

Долзарблиги. Токсикологик ўз жонига қасд қилиш муаммоларининг тўпланган жаҳон тажрибаси шуни кўрсатадики, руҳий касалликлар ўз жонига қасд қилиш хатти-ҳаракатлари шаклланишининг асосий сабабларидан биридир.

Тадқиқот мақсади. Дори воситалари билан заҳарланиб ўз жонига қасд қилишга уринган беморларда кузатиладиган руҳий касалликларнинг таснифи.

Материаллар ва усуллар. 2020–2022 йилларда Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий марказининг ((РШТЁИМ) токсикология бўлимига ўткир заҳарланиш билан ўз жонига қасд қилишга уринган беморларда психологик ихтисослашган интервью, клиник ва патопсихологик усуллар ёрдамида текширувлар ўтказилди.

Тадқиқот натижалари. Текширувда 18 ёшдан 65 ёшгача бўлган 729 бемор қамраб олинди. Шулардан 542 аёл (74,35%), 187 эркак (25,65%) киши текширилди. Ўз-ўзини заҳарлашга энг кўп уринишлар «шартли соғлом» деб аталадиган парасуицид ҳолатлари содир бўлган – 86% (627) ва қолган 14% (102) психоневрологик муассасада рўйхатда туриб даволанадиган беморларни ташкил этди.

Ёш кўрсаткичи бўйича улар қуйидагича тақсимланди: биринчи ўринда 18 ёшдан 25 ёшгача бўлган ўз жонига қасд қилишга уринган беморлар – 36% ни, иккинчи ўринда – 26 ёшдан 35 ёшгача бўлган беморлар – 24% ни, учинчи ўринда 56 ёшдан 65 ёшгача – 18% ни, 45 ёшдан 55 ёшгача – 14% ни ва энг ками 36 ёшдан 44 ёшгача бўлган беморлар – 9% ни ташкил этди.

Ўз жонига қасд қилиш хавфи юқори бўлишига олиб келувчи энг муҳим бўлган омиллар деб, ўз жонига қасд қилиш ирсияти мавжудлиги; беморнинг ҳамда унинг ота-онасида мавжуд наркотик ва алкоголга қарамлилик; ўтказган бош мия жароҳатлари; болалик давридаги ўтказган руҳий жароҳатлар, ҳар қандай зўравонлик; ташхис қўйилмаган ва даволанмаган руҳий бузилишларни санаб ўтиш лозим.

Руҳий касалликларга чалинган 102 беморнинг батафсил таҳлили шуни кўрсатдики:

– Шизотипик ва васваса касалликларига чалинган беморлар – 32% ни (куз ва баҳор даврларида кучайиши билан);

– аффектив касалликларга чалинган беморлар тахминан – 20% ни;

– травматик мия жароҳати ва антиэпилептик давони (карбамазепин) мунтазам қабул қилувчилар – 17% ни;

– ақлий заифлик – тахминан 13 % ни;

– психофаол моддаларга боғлиқлик билан – 9% ни;

– шахс ва хулқ-атвор бузилиши билан – 6% ни;

– қарилик деменцияси билан – 4% ни ташкил этди.

Ўз жонига қасд қилишга уринган беморларнинг 46% и яқинларига ўз ниятлари ҳақида огоҳлантиришган, яъни ўз жонига қасд қилиш фикри мавжудлигини ва уни амалга ошириш эҳтимоли борлиги ҳақида сигнал беришган.

Беморларни ўз жонига қасд қилиш хатти-ҳаракатларининг шаклланишига олиб келган можаролар кўпинча қисқа муддатли, объектив равишда оғир бўлмаган, муносабатларнинг кенг доираси (ички жанжаллардан «ички инқироз» каби низоларга қадар), жисмоний ва психологик стресс зўриқиш кўринишида намоён бўлди. Ўз жонига қасд қилишга уринишлар умидсизлик ҳисси, ўта оғир азоб-уқубатлардан қочиш истаги доирасида содир бўлди. Руҳий касалликларга чалинган одамларда ўз жонига қасд қилишга уринишлар одатда галлюцинатор-параноидал ҳолат, полиморф руҳий касалликлар, ўта қимматли ғоялар, хулқ-атвор бузилиши, реактив депрессия билан боғлиқ бўлади.

Шунингдек, биз баъзи тавсияларни санаб ўтишни жоиз деб билдик: руҳий касаллиги бўлган беморларга – антипсихотик дори воситалари билан даволашдан ташқари, тиббий реабилитация чоралари, ижтимоий ёрдам ва оила билан ишлаш самарали профилактика чоралари бўлиши мумкин; шартли равишда соғлом одамлар учун ўз жонига қасд қилишнинг олдини олиш ўз жонига қасд қилиш воситаларидан фойдаланишни чеклашни, ижтимоий алоқаларни мустаҳкамлаш чораларини ўз ичига олиши керак. Руҳий инқирозни бартараф этиш, шунингдек, ижтимоий бағрикенглик ва ўзаро қўллаб-қувватлашни шакллантириш учун интернет ресурсларидан мақсадли фойдаланиш ўринли бўлиши мумкин.

Хулоса. Руҳий касалликлари бўлган беморлар ўз жонига қасд қилишга уринган беморлар умумий сонининг атиги 14% ни ташкил қилади. Руҳий касаллиги мавжуд беморлар ўз жонига қасд қилиш учун танлаган дори воситалари уларнинг мунтазам равишда қабул қилган дори воситалари эканлиги тасдиқланди. Парасуицидал уринишларнинг кўпайиши баҳор ва куз даврларида содир бўлади. Шунинг учун касаллик қўзғалиш мавсумийлиги бошланишидан олдин даволашнинг махсус коррекциясини талаб қилади. Карбамазепин дори воситасини 2 йилдан ортиқ қабул қилган беморларда маънавий қашшоқлик, ҳиссиётларнинг етишмаслиги, бефарқлик, депрессия ривожланади ва бу ўз жонига қасд қилиш ниятининг сабабларидан бирига айланади.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ МИАСТЕНИЧЕСКОМ КРИЗЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАЗМОФЕРЕЗА В СОЧЕТАНИИ С ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИЕЙ

А.Т. Эрметов, Н.Т. Салиханов, М.М. Маматов, Г.Т. Абдусаматова

Ташкентский областной филиал РНЦЭМП

Актуальность. Миастения – это хроническое поражение периферического нейро-мышечного аппарата, аутоиммунное заболевание, что приводит к слабости и быстрой утомляемости мышц. Болезнь характеризуется хроническим течением, причем в одних случаях течение благоприятное, а в других – крайне агрессивное, когда могут нарушаться витальные функции.

Различают 2 типа миастенического криза (по клиническому течению):

– миастенические кризы, характеризующиеся быстрой и резкой декомпенсацией;

– холинергические кризы возникают из-за передозировки препаратов.

Ухудшение состояния наблюдается вследствие неэффективности и\или дефектов применения антихолинэстеразных лекарственных препаратов.

Миастении – жизненно опасные состояния, требующие экстренных лечебных мероприятий.

Цель исследования. Оптимизация экстренной медицинской помощи при миастенических кризах с применением плазмофереза.

Материал и методы. В отделение реанимации с 2020 по 2022 гг. госпитализированы 12 (100%) пациентов с различными формами миастенических кризов. Возраст больных от 30 до 55 лет. Лечение больных проводилось согласно стандартам оказания ЭМП. В качестве дополнительной терапии 10 (83,5%) больным были проведены по 3 сеанса плазмофереза.

Результаты. Экстренная терапия при миастеническом кризе заключается во внутривенном введении 0,5–1,0 мл 0,05% раствора прозерина, а затем – внутримышечно 2–3 мл того же раствора. В последующем частота инъекций определяется состоянием больного. Необходима организация искусственной вентиляции легких и санация дыхательных путей. При наличии дыхательных нарушений выполняют следующие мероприятия: поддержание проходимости верхних дыхательных путей (установление воздуховода или интубация). Использование маски для подачи кислорода неприемлемо из-за избыточной саливации, нарушения глотания и невозможности санации трахеобронхиального

дерева. Интубация должна проводиться с осторожностью. При наличии показаний перевод больного на ИВЛ. Нарушения функции сердечно-сосудистой системы купируются симптоматическими средствами. Применение плазмофереза при миастении стимулирует процесс выработки аутоантител, что требуется для ряда болезней неврологического характера, которые особенно часто обсуждаются в научных кругах. В ходе комплексной терапии с применением плазмофереза, осуществляется удаление антител искусственным способом, но только тех антител, которые обладают тропностью к мышечным волокнам.

Выводы. Активное использование плазмафереза в совокупности со стандартизированной базисной терапией позволяет максимально оперативно вывести из организма антитела, а значит снизить их агрессивное воздействие на мышечную систему. Стоит заметить, что эта методика лечения может использоваться для лечения такой патологии, как полинейропатия, так как она также имеет аутоиммунный характер течения.

VII. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ, ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПОЛИТРАВМАХ И КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ

ACUTE PELVIC PAIN IN NONPREGNANT ADULT FEMALES

Dr. Robert Theiss

Acute abdominal pain in women without previous trauma is a frequent occurrence and is a great challenge for the therapist, since it can be a purely functional complaint or a potentially life-threatening disease.

The complaints can be caused by gynecological, gastrointestinal and urological diseases and therefore require an interdisciplinary approach.

First of all, the history and pain symptoms must be determined by means of a detailed anamnesis. This is followed by a physical examination to narrow down the pain focus and to determine any existing defense tension. This is followed by a targeted diagnosis using imaging methods. An exploratory abdominal ultrasound (FAST) shows organ changes and free fluids. The organs of the small pelvis can be visualized well in the vaginal approach. If there are any further questions, an MRI can be performed. Urgently Blood count, coagulation and organ-specific parameters and inflammation markers have to be taken. After the diagnosis has been made, pain therapy is carried out and, if necessary, further therapeutic treatments such as surgical interventions are initiated.

The challenge lies in the rapid diagnosis and initiation of therapy in order to control life-threatening situations without wasting time. At the same time, overdiagnosis should be avoided.

ПРИМЕНЕНИЕ ИСКУССТВЕННЫХ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ В СОЧЕТАНИИ С РАСТВОРОМ ПОВИДОН-ЙОДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВ III АБ СТЕПЕНИ

Ш.Ш. Алимов, П.С. Косимов

Андижанский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Восстановительное лечение ран является одной из актуальных медицинских и социальных проблем науки и практики, значение которой еще более возрастает с увеличением количества производственных и бытовых травм. В стратегии развития медицинской науки и инноваций в здравоохранении Республики Узбекистан одним из ключевых направлений является внедрение современных медицинских технологий, основанных на международных стандартах GMP, GLP, GCP, для улучшения здоровья и качества жизни населения и повышения доступности современных лечебных технологий для всего населения страны.

В связи с вышеизложенным разработка новых и совершенствование существующих методов лечения, направленных на профилактику образования грубых обезображивающих рубцов при глубоких ожогах кожных покровов, является весьма актуальной.

Наше исследование было направлена на поиск методов заживления глубоких ожоговых ран за счёт стимуляции краевой эпителизации и снижения риска гипергрануляции.

Все пациенты были разделены на 2 группы: 10-ю группу составили 10 пострадавших с ожоговыми ранами III АБ степени, у которых в процессе лечения использовали мазевые повязки с мазью Левомеколь. Во 2-ю группу вошли 10 обожженных с ожогами III АБ степени с применением искусственного покрытия «Бранолинд». Во 2-й группе перед наложением искусственного раневого покрытия проводилась обработка краёв и всей поверхности ожоговой раны раствором повидон-йода. Всем пострадавшим выполнялась хирургическая обработка ран, включающая удаление некротизированных тканей с последующей обработкой раны антисептическими растворами. Пленки «Бранолинд» фиксировали сначала 4-слойной марлевой салфеткой, а затем – бинтом. Эффективность перевязочного средства оценивали на основании результатов клинических наблюдений. Оценивали субъективные факторы (самочувствие, сон, аппетит, боль, чувство жжения в области раны, болезненность при снятии покрытия во время перевязок) и объективные клинические моменты (характер раневого отделяемого, сроки ликвидации местных признаков инфекции, краевая эпителизация ожогов, кровоточивость раневой поверхности при смене повязок).

У больных 2-й группы краевая эпителизация была отмечена уже на второй перевязке. В последующих отмечалось замедление процессов гипергрануляции и ускорение процессов краевой эпителизации. У больных не отмечалось никаких отрицательных реакций. Дополнительного обезболивания после смены повязок не требовалось.

Результаты показали, что повидон-йод препятствует развитию гипергрануляции, которая оказывает механическое сопротивление развитию краевой эпителизации раны. Наложение покрытия «Бранолинд» также препятствовало развитию гипергрануляции и способствовало ускорению эпителизации раны. Сроки заживления ран при применении искусственного раневого покрытия «Бранолинд» в сочетании с обработкой, особенно краёв ожоговой раны, раствором повидон-йода сравнительно сократились.

Применение раневых покрытий в сочетании с обработкой раны раствором повидон-йода является эффективным в аспекте местной терапии ран, так как они оказывают комплекс благоприятных воздействий: изолируют рану от внешней среды, снижают риск развития инфицирования, способствуют улучшению процессов репаративной регенерации путём снижения риска развития гипергрануляции, а также стимуляции краевой эпителизации глубоких ожоговых ран, препятствуют образованию келоидных рубцов и улучшают обменные процессы и трофику тканей.

КОМБИНИРОВАННАЯ ПРОЛОНГИРОВАННАЯ ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ С НЕПРЕРЫВНОЙ ИНФУЗИЕЙ НПВП ДЛЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ХИРУРГИИ ПИЩЕВОДА

А.Ш. Арифжанов, С.Х. Ибрагимов, Р.А. Ибадов

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова, Ташкент, Узбекистан

Цель. Оценить эффективность декскетопрофена (дексалгина) в сочетании с эпидуральной анальгезией для послеоперационного обезболивания у пациентов после расширенных операций на пищеводе.

Методы. Послеоперационное обезболивание непрерывной внутривенной инфузией кеторолака в сочетании с пролонгированной эпидуральной анальгезией проведено у 68 больных после реконструктивных операций на пищеводе. У 19 больных выполнена одномоментная шунтирующая загрудинная эзофагоколопластика из участка поперечно-ободочной кишки и нисходящего отдела ободочной кишки. У 39 больных выполнена экстирпация пищевода торакоабдоминальным доступом с эзофагогастропластикой. Оценку эффективности анестезии проводили с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ).

Результаты. После экстубации у всех пациентов интенсивность болевого восприятия составила 6,2±0,4 балла по ВАШ. В последующем произошло снижение интенсивности болевого восприятия до 2,3±0,4 балла. Эффективность предложенного варианта послеоперационного обезболивания отражалась на гемодинамических показателях. Обеспечение максимального снижения болевой чувствительности способствовало более быстрой стабилизации ЧСС, среднего артериального давления и в меньшей степени – изменению внутрисердечной гемодинамики. В основной группе отмечено снижение частоты респираторных осложнений в ближайшем послеоперационном периоде.

Заключение. Сочетание эпидуральной анальгезии с непрерывной инфузией декскетопрофена (Дексалгина) обеспечивает наиболее эффективное послеоперационное обезболивание с более ранней активизацией больных, снижением частоты респираторных осложнений и сокращением сроков пребывания больных в ОРИТ.

ОЦЕНКА ВЕРОЯТНОСТИ РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ДЕЛИРИЯ У РЕАНИМАЦИОННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ШКАЛЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ

Н.В. Белявский, А.А. Александрова

Гродненский государственный медицинский университет, Республика Беларусь

Актуальность. В современной медицине большое количество исследований посвящено проблемам нарушения сознания в послеоперационном периоде у пациентов отделения реанимации (ОАР). Одним из таких нарушений является делирий, развитие которого приводит к увеличению времени пребывания пациента в ОАР, что способствует развитию инфекционных и тромбоэмболических осложнений, а также повышает риск летального исхода. Развитие делирия связано с рядом факторов, важнейшими из которых являются возраст и наличие сопутствующей патологии. Объективно оценить функциональные нарушения, связанные с возрастом у пациента, позволяют критерии развития старческой астении (СА) – распространенного гериатрического синдрома, характеризующегося чрезмерным снижением функций, повышенной уязвимостью как к внутренним, так и к внешним стрессорам и повышающим риск неблагоприятных исходов [Xiao-Ming Zhang et al., 2021]. Для оценивания степени тяжести СА применяется шкала клинической оценки старческой астении (CFS) [Emma F.M. van der Heijden et al., 2023]. Шкала CFS на данный момент не применяется в анестезиологии и реаниматологии в странах СНГ, однако широко используется в амбулаторной практике для прогнозирования различных рисков [Chip-Jin N. et al., 2023]. Поэтому нам представляется важным оценить возможность применения шкалы CFS для прогнозирования риска развития делирия у пожилых пациентов ОАР.

Цель. Определить взаимосвязь тяжести синдрома старческой астении, оцениваемого по шкале CFS с риском развития послеоперационного делирия у пациентов ОАР.

Методы исследования. Исследование включает 21 пациента ОАР. Критериями включения пациентов являются: возраст – старше 60 лет (на основании низкой распространенности старческой астении среди более молодых пациентов), время пребывания в ОАР – более 24 часов. Критерии исключения: пациенты психо-наркологического статуса – синдром отмены; травматологического

профиля – перенесшие черепно-мозговые травмы; неврологического профиля – постинсультные пациенты. Степень тяжести СА определялась по 9-балльной шкале CFS, оценка пациентов проводилась анамнестически, на основании функциональных нарушений, до проявления основного заболевания. Подтверждение симптомов делирия осуществлялось по шкале МОСС-ОРИТ [A.S. Yulin et al., 2016]. Гипотеза исследования подтверждалась, если у пациента, набравшего по шкале CFS 4 и более баллов, развился делирий в первые 24 часа после проведения хирургического вмешательства в ОАР.

Результаты и их обсуждение. Из 21 пациента, включенного в исследование, тяжелая степень СА (CFS>4 баллов) выявлена в 17 случаях. Послеоперационный делирий у таких пациентов развивался в 76,47% случаев. У пациентов с легкой степенью СА (CFS<4 баллов) послеоперационный делирий выявлен лишь в 25% случаев.

Выводы. Таким образом, приведенные выше данные свидетельствуют о том, что оценка синдрома старческой астении по шкале CFS является важным прогностическим фактором в развитии послеоперационного делирия. Использование шкалы CFS в условиях ОАР способствует своевременному выявлению пациентов группы риска, что позволит скорректировать проводимую интенсивную терапию и снизить риск неблагоприятного исхода.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АРТРОПЛАСТИКИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

З.М. Гасиев, В.Д. Слепушкин

ГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Владикавказ

Цель исследования. Изучить возможность снижения использования наркотических анальгетиков для послеоперационного обезболивания пациентов после артропластики тазобедренного сустава путем использования нейропептидов, препаратов из группы НПВС (кеторолак) и транскраниальной электростимуляции головного мозга.

Материал и методы. Обследовано 149 пациентов (67% женщин и 33% мужчин). Средний возраст – 72±4 (медиана: 59–79). Оперативные вмешательства: артропластика тазобедренного сустава. Вид обезболивания: спинномозговая анестезия бупивакаином с седацией пропофолом до уровня 65–70 по БИС-монитору. Продолжительность оперативного вмешательства 96±12 мин. Обезболивание в послеоперационном периоде проводилось опиоидами (2% раствор промедола) и препаратом группы нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) – кеторолаком. Ряду пациентов в первые послеоперационные сутки проводилась транскраниальная электростимуляция (ТЭС) срединных структур головного мозга аппаратом ТРАНСАИР-04. Все пациенты методом «слепых конвертов» были разделены на 3 группы. 1-я группа (79 человек) получала для обезболивания промедол и/или кеторолак; 2-й группе (36 пациентов) через 1 и 6 часов после окончания оперативного вмешательства внутримышечно вводили 3 мг даларгина, который при необходимости дополняли назначением промедола и/или кеторолака; 3-й группе пациентов (34 человека) проводилась ТЭС с дополнительным введением (по требованию) промедола и/или кеторолака. Проводили статистическую обработку полученных результатов с вычислением критерия Стьюдента. Различие считалось достоверным при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. В первой группе пациентов полноценное купирование послеоперационного болевого синдрома (ПОБС) в первые сутки достигалось путем назначения опиоидов – 2,1±0,3 мл и кеторолака – 1,3±0,1 мл. Во второй группе для полноценного купирования ПОБС понадобилось опиоидов – 1,1±0,1 мл, что почти в 2 раза меньше, чем у пациентов 1 группы ($p<0,01$). Кеторолака понадобилось 1,0±0,1 мл, что статистически было недостоверно разницей с контрольной группой ($p>0,05$). В 3-й группе пациентов для полноценного купирования ПОБС в первые сутки было необходимо ввести 1,6±0,1 раствора промедола (разница по сравнению с контрольной группой статистически достоверна, $p<0,05$) и/или 1,6±0,2 мл кеторолака (разница между первой группой статистически недостоверна, $p>0,05$). Но количество промедола у пациентов 3-й группы было ниже, чем в 1-й группе, только на 24%, тогда как во второй – на 48%, то есть в два раза. Таким образом, дополнительное назначение пациентам в послеоперационном периоде нейропептида даларгина позволяет в 2 раза снизить применение опиоидов. Однако всё же остается необходимым назначение препаратов из группы НПВС, которые ингибируют синтез простагландинов на уровне ЦОГ-1 и ЦОГ-2. Это говорит о том, что формирование болевого импульса идет по двум независимым путям: снижение активности мю-опиатных рецепторов и одновременная активизация синтеза простагландинов за счет массивного повреждения тканевых структур. Использование ТЭС приводит к усилению синтеза эндогенных нейропептидов – энкефалинов и эндорфина, которые обладают анальгетическими свойствами. Приведенные результаты показывают, что под влиянием ТЭС снижается необходимость назначения агонистов мю-опиатных рецепторов опиоидных анальгетиков, но это не позволяет в полной мере реализовать достаточного количества эндогенных нейропептидов и требует дополнительного назначения опиоидов. Применение ТЭС не влияет на синтез простагландинов, поэтому требуется дополнительное назначение ингибиторов – препаратов из группы НПВС.

Выводы:

1. После выполнения операции по замене тазобедренного сустава формирование болевого послеоперационного синдрома идет за счет двух путей: активации синтеза простагландинов и угнетения чувствительности мю-опиатных рецепторов, что для полноценного купирования ПОБС требует препаратов, угнетающих синтез простагландинов и опиоидов – агонистов мю-опиатных рецепторов.

2. Дополнительное назначение в послеоперационном периоде синтетического аналога лей-энкефалина даларгина позволяет на 48% снизить дозировку наркотических анальгетиков.

3. Применение в послеоперационном периоде методики транскраниальной стимуляции срединных структур головного мозга снижает на 24% количество наркотических анальгетиков для полноценного купирования ПОБС.

ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ САНАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Б.Р. Жаббаров, Б.Р. Исхаков, Н.Б. Исхаков, М.Й. Эралиев, Д.Т. Кулдашев, У.Х. Ёкубжонов

Наманганский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

С 2000 по 2020 г. в Наманганском филиале РНЦЭМП программная видеолапароскопическая санация брюшной полости (ПВЛС) по поводу послеоперационного перитонита (ПОП) была выполнена 145 пациентам в возрасте от 14 до 77 лет. У 17 пациентов на диагностическом этапе лапароскопии выявлен серозный, серозно-фибринозный экссудат в количестве от 100 до 500 мл. У этой категории больных был исключен диагноз, прогрессирующий ПОП, и лапароскопия завершена аспирацией экссудата, дренированием соответствующих областей брюшной полости. Однократно видеолапароскопическая санация проводилилась 116 больным, двукратно – 20, трехкратно – 6, четырехкратно – 3. Продолжительность санационной лапароскопии варьировалась от 20 до 35 минут. Выбор метода анестезии и достижение её адекватности осуществляли на основе оценки тяжести состояния больных по Майгеймскому перитонеальному индексу (МПИ). Всем больным была применена внутривенная каллипсоловая и сибазоновая анестезия при спонтанном дыхании. Для премедикации использовали внутримышечное введение 0,01 мг/кг атропина, 0,3 мг/кг димедрола и 0,3 мг/кг промедола. Индукция в наркоз осуществилась внутривенным введением сибазона (10 мг) и калипсола (2 мг/кг). Поддержание общей анестезии достигнуто фракционным введением калипсола (1/2 первоначальной дозы) с интервалом 10–15 мин. Оценка адекватности общей анестезии осуществлялась на основании комплекса клинических и клинико-физиологических данных: систолического и диастолического артериального давления, частоты сердечных сокращений, центрального венозного давления, ЭКГ и контроль диуреза. После индукционных доз калипсола и сибазона отмечалось повышение систолического и диастолического артериального давления на 10–15 мм рт.ст., которое удерживалось и на всем этапе санации. Частота сердечных сокращений после индукции возрастала на 8–10 ударов в минуту, и она оставалась стабильной, не превышая исходного уровня на всем этапе ПВЛС. Для адекватной санации брюшной полости переход на релапаротомию (лапаротомию после лапароскопических операций) осуществлен у 14 (10,2%) больных. Этим больным был применен интубационный наркоз с применением мышечных релаксантов.

Таким образом, полученные данные позволяют считать, что внутривенная каллипсоловая и сибазоновая анестезия является управляемой и обеспечивает основные компоненты анестезиологической защиты при программных видеолапароскопических санациях брюшной полости.

ОСОБЕННОСТИ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Р.А. Ибадов, С.Х. Ибрагимов

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова, Ташкент, Узбекистан

Цель. Важным приоритетом в лечении острого панкреатита является лечение боли. Существуют противоречивые текущие данные и рекомендации относительно наиболее эффективного протокола обезболивания. Это исследование было направлено на сравнение безопасности и эффективности различных анальгетиков для облегчения боли при умеренном остром панкреатите.

Методы. Проанализированы результаты лечения 94 больных острым панкреатитом средней степени тяжести. Основными этиологическими формами острого панкреатита были: билиарная – в 46,8% (44/94), алкогольная (в том числе алиментарно-токсическая) – в 34,0% (32/94) случаев, реже встречался травматический панкреатит (в том числе после эндоскопических вмешательств) – 19,2% (18/94) наблюдений.

Результаты. Испытанные анальгетики значительно снизили потребность в неотложной анальгезии по сравнению с последним протоколом обезболивания или традиционным лечением. Анальгетики также улучшали оценку боли (визуально-аналоговая шкала) через 24 часа (p=0,014) и

с 3-го по 7-й дни (p=0,021). Опиоиды по сравнению с неопиоидами ассоциировались с меньшей потребностью в неотложной анальгезии (ОШ 0,32, 95% ДИ 0,14–1,52, p = 0,04), но не имели значения для оценки боли. При анализе подгрупп опиоиды были аналогичны декскетопрофену (дексалгину) с точки зрения основного исхода (ОШ 0,58, 95% ДИ от 0,19 до 1,28, p=0,14). Не было никаких существенных различий в других клинических исходах и нежелательных явлениях. Сравнение эпидуральной анестезии с контролируемой пациентом анальгезией и опиоидами не показало существенной разницы в первичных исходах.

Заключение. Декскетопрофен (дексалгин) и опиоиды одинаково эффективны в снижении потребности в неотложной анальгезии у больных с умеренным острым панкреатитом.

ОСОБЕННОСТИ СЕДАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ДЛИТЕЛЬНОЙ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ

Р.А. Ибадов, С.Х. Ибрагимов, Г.М. Азизова

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова, Ташкент, Узбекистан

Цель. Сравнить дексмедетомидин и пропофол в плане стабилизации физиологического состояния больных, находящихся на длительной ИВЛ (более 48 часов).

Методы. Проспективно были собраны данные у 122 пациентов после кардиохирургических (44,3%), торакальных (9,8%) и абдоминальных операций (45,9%). Средний возраст составил 52,4±3,3 (от 18 до 81) года. Все пациенты находились на пролонгированной ИВЛ, 65 пациентов получали дексмедетомидин, а остальные 57 пациентов получали пропофол. Дексмедетомидин вводили в дозе 1 мкг/кг в течение 10 мин с последующей поддерживающей инфузией 0,2–0,7 мкг/кг/ч. Пропофол начинали с 0,3 мг/кг/ч, увеличивая с шагом 0,3–0,6 мг/кг/ч до тех пор, пока не был достигнут желаемый уровень седации. Были зарегистрированы уровни седации Рамсея, частота сердечных сокращений, частота дыхания, насыщение кислородом, время восстановления после седации и потребность в анальгетиках. Статистические данные были проанализированы с использованием критерия Стьюдента и критерия хи-квадрат.

Результаты. Средняя частота сердечных сокращений, частота дыхания, артериальное давление между группами не были статистически значимыми (p=0,14). Среднее значение RSS было между 2–4 и 2–3 для групп, получавших дексмедетомидин и пропофол, соответственно (p=0,16). Однако пациенты, получавшие инфузии пропофола, нуждались в дополнительных анальгетиках (фентанил и морфин), в отличие от пациентов, получавшие дексмедетомидин. Нежелательных явлений в этом исследовании не наблюдалось.

Заключение. Дексмедетомидин обеспечивает адекватную и безопасную респираторную поддержку с улучшением внешнего дыхания, минимальными негативными гемодинамическими эффектами и меньшей потребностью в дополнительных анальгетиках.

СЕДАЦИЯ И ОБЕЗБОЛИВАНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ, СВЯЗАННЫМИ С COVID-19

С.Х. Ибрагимов, Р.Р. Ибадов

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова, Ташкент, Узбекистан

Сердечно-сосудистые расстройства являются частым сопутствующим заболеванием при COVID-19 и требуют интенсивной терапии, седации и обезболивания. Этим пациентам обычно требуются более высокие дозы седативных средств, и часто – в течение длительных периодов времени.

Цель. Сравнить эффективность стратегий седации у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, связанными с COVID-19.

Методы. Исследование основано на результатах лечения 96 пациентов с сердечно-сосудистыми осложнениями, ассоциированными с COVID-19. 52 пациента (основная группа) получали дексмедетомидин, 44 пациента (группа сравнения) – пропофол. Дексмедетомидин (0,2–0,7 мкг/кг/ч) и пропофол (0,3–0,6 мг/кг/ч) вводили в виде поддерживающей инфузии с достижением желаемого уровня седации. Регистрировали уровни седации по Ramsey, частоту сердечных сокращений, частоту дыхания, насыщение кислородом.

Результаты. Частота дыхания в пределах нормы (19,2±0,7 в минуту) была достигнута только через сутки на фоне седации дексмедетомидином (p=0,37). Показатель сатурации крови (SpO_2) увеличился с исходных 44,6±1,4% до 84,6±0,2% через 24 ч после начала терапии в группе пропофола и с 43,2±1,4% до 88,2±0,3% – в группе дексмедетомидина (p<0,05). Дексмедетомидин показал лучший терапевтический эффект на газы артериальной крови и коррекцию кислотно-щелочного баланса. В группе дексмедетомидина отмечен более выраженный эффект седации, но без перехода в брадикардию. Не было разницы в артериальном давлении между двумя группами (p = 0,60) во время и после введения седативного средства.

Заключение. У пациентов с сердечно-сосудистыми осложнениями, связанными с COVID-19, дек-

смедетомидин обеспечивает адекватную и безопасную респираторную поддержку с улучшением газов крови и гемодинамических параметров.

МНОГОФАКТОРНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ

У.Р. Камилов, А.Д. Фаязов, А.А. Стопницкий, С.И. Шукуров, А.А. Шоабсаров

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Последние десятилетия в практической комбустиологии отмечается тенденция к росту многофакторных поражений, которые возникают при пожарах, авариях и техногенных катастрофах. Основным в достаточно широком многообразии травм являются сочетание ожогов кожного покрова с термоингаляционным поражением дыхательных путей и отравлением продуктами горения. Многофакторные поражения характеризуются высокими показателями летальности, особенно в ранние сроки после травмы. Это связано с развитием в ранние сроки после травмы дыхательной, циркуляторной и тканевой гипоксии из-за термоингаляционной травмы, ожогового шока и снижения кислородтранспортной функции крови. Невозможность проведения ранних оперативных вмешательств, соответственно длительное существование ожоговых ран, обусловливая увеличение частоты гнойно-септических осложнений ожоговой болезни, также способствует высокой частоте неблагоприятных исходов.

Проведенный анализ материалов отдела комбустиологии РНЦЭМП МЗ РУз за 2012–2022 гг. показывает, что число пациентов с вариантом многофакторного поражения, где ожог кожного покрова сочетается с термоингаляционной травмой и острым отравлением угарным газом, составляет 35,3%. Самый высокий показатель летальности – 39,6% также отмечен в этой группе пострадавших.

За 2012–2022 гг. в отделении комбустиологической реанимации поступил 171 пострадавший с сочетанием ожогов кожи и дыхательных путей, острым отравлением угарным газом. В соответствии с лечебно-диагностическими стандартами во всех случаях проведены лабораторно-инструментальные обследования для подтверждения многофакторного поражения (анализ крови на карбоксигемоглобин и КЩС, диагностическая бронхоскопия).

Лечение пострадавших с подобным видом поражения проводится наряду с комбустиологом, активным участием смежных специалистов: токсиколога, терапевта-пульмонолога и реаниматолога. Протокол интенсивной терапии этих пострадавших, в отличие от стандартов у тяжелообожженных, включает в себя проведение непрерывной оксигенотерапии, назначение высоких доз аскорбиновой кислоты и тиамина бромида, антигипоксантов, ощелачивание крови, применение препаратов с противоотечным действием – осмотических диуретиков, L-лизина-эсцината, нейропротекторных препаратов. По показаниям проводятся сеансы санационной бронхоскопии.

Выраженная дыхательная недостаточность служит показанием к проведению искусственной вентиляции легких. Критериями перевода в ИВЛ являются: клинические симптомы гипоксии и гиперкапнии: снижение pO_2 ниже 60 мм рт. ст., увеличение pCO_2 выше 60 мм рт. ст. или уменьшение pCO_2 ниже 25 мм рт. ст., поражение дыхательных путей продуктами горения тяжелой и крайне тяжелой степени. Параметры ИВЛ: ДО – 7–9 мл/кг; ЧД с учетом возрастных нормативов – 15–25 /мин; соотношение вдоха к выдоху – 1:2; положительное давление в конце выдоха (ПДКВ/PEEP) – 4–5 см вод. ст.; концентрация кислорода (FiO_2) – 40–50%. Продолжительность ИВЛ зависит от состояния пациента.

Основным клиническим проявлением острых отравлений угарным газом является токсико-гипоксическая энцефалопатия, обусловленная гемической гипоксией и угнетением тканевого дыхания нейронов головного мозга из-за быстрого развития отека мозга. В этих условиях возникает острая необходимость в проведении метаболической нейропротекции. Одним из приоритетных направлений при этом является использование антиоксидантов (сукцинасол, цитофлавин, перфусол). Это способствует активизации сукцинатного пути тканевого дыхания с восстановлением утраченного пула АТФ клеток. Следует отметить, что эти препараты эффективны только при условии достаточного насыщения тканей кислородом.

Таким образом, тяжелообожженные с сочетанием ожога кожного покрова, термоингаляционной травмы и острым отравлением угарным газом относятся к тяжелому контингенту пострадавших. Лечение этих больных должно проводиться с непосредственным участием комбустиолога, токсиколога, терапевта и реаниматолога. Важными дополнительными компонентами интенсивной терапии являются сеансы санационной бронхоскопии, респираторная поддержка в раннем периоде после травмы и назначение препаратов для нейропротекции, антиоксидантов, что позволяет улучшить результаты лечения.

ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБШИРНЫХ ОЖОГОВЫХ РАН

Ж.Ш. Карабаев, Б.М. Шакиров

Самаркандский филиал РНЦЭМП
Самаркандский государственный медицинский университет

Введение. В последние годы ожоги продолжают занимать одно из ведущих мест в структуре общего травматизма. Удручающая статистика вынуждает прилагать максимум усилий как к совершенствованию организации оказания помощи обожженным, так и к улучшению результатов лечения этого сложного контингента больных.

Поражение опорно-двигательного аппарата при ожоговой болезни отличается частотой, разнообразием и специфичностью. Наиболее тяжёлым видом этой патологии являются гнойные воспаления суставов – артриты. Частота этих осложнений составляла, по данным разных авторов, от 1 до 5%.

Пластическому закрытию ожоговой раны предшествует её подготовка, заключающаяся в очищении раны от некротических тканей и формировании ложа, благоприятного для приживления трансплантатов. Во всех случаях заключительным этапом является закрытие раневой поверхности.

Материалы и методы. В данном сообщении приведен опыт восстановления утраченного кожного покрова у 63 больных с площадью глубокого ожога (IIIб–IV степени). Оперированные больные по площади глубокого ожога в процентах к поверхности тела распределялись следующим образом: 30–35% – 29 больных, 36–40% – 21, 41–50% – 9 и свыше 50% – 4 больных.

Результаты и обсуждение. Всем больным с площадью глубоких ожоговых ран свыше 30% поверхности тела восстановление кожного покрова проводилось сетчатыми трансплантатами. Нам удалось в один этап закрыть раневую поверхность у 42 (66,67%) больных, в два этапа – у 15 (23,81%), в три этапа – у 6 (9,52%) больных. Всего произведено 90 аутопластик кожи.

Показанием к пластике сетчатыми трансплантатами служили ожоговые раны любой локализации, кроме лица, шеи, стоп, кистей рук. По нашему мнению, сетчатые трансплантаты при восстановлении кожного покрова области суставов по своим функциональным результатам не уступают неперфорированным (сплошным) лоскутам. Неперфорированные лоскуты хуже приспособить к неровностям рельефа области сустава, при их применении нередко наблюдается их отслойка гематомой или скопившимся секретом, что ведет к частичному лизису трансплантата. Образуются мозаичные ранки, нуждающиеся, в свою очередь, в повторных подсадках свободных лоскутов. В итоге задуманная пластика неперфорированными аутотрансплантатами оканчивается марочным методом. Это и является одной из причин того, что не менее 30–55% своевременно оперированных в дальнейшем нуждается в корригирующих операциях, хотя большинство комбустиологов восстановление кожного покрова на суставах и стопах проводят неперфорированными аутотрансплантатами.

Перфорированные же трансплантаты, благодаря их растяжимости, легко можно приспособить к неровностям рельефа, насечки избавляют от опасности их отслойки, а добавочное питание за счёт раневых поверхностей насечек делает сетчатые трансплантаты более неприхотливыми к воспринимающему ложу. Поэтому показания к пластике сетчатыми трансплантатами подлежат не только широкому обсуждению, но и пристальному изучению.

Из 29 больных с площадью глубокого ожога 30–35% поверхности тела лизиса трансплантата не наблюдалось, выжили все, сроки стационарного лечения составили 46,4±5,2 койко-дня; из 21 больного с глубокими ожогами 36–40% поверхности тела наблюдался частичный лизис трансплантатов (у 4 больных), выжили все; сроки стационарного лечения для выздоровевших 56±7,3 койко-дня. Из 9 больных с площадью глубокого поражения 41–50% поверхности тела умерло 6, а свыше 50% поверхности тела из 4 умерло 3 больных. Сроки стационарного лечения у больных (выздоровевших) с площадью глубокого поражения свыше 30% поверхности тела – 62±9,1 койко-дня.

Выводы. Пластика гранулирующих ран перфорированными аутотрансплантатами позволяет восстановить кожный покров на больших площадях ожоговых ран и уменьшить послеожоговые осложнения.

МЕТОДИКИ И СРЕДСТВА СОЗДАНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ МЕДРАБОТНИКОВ СТАЦИОНАРА ПО АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЦЕССА ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

М.К. Карабаев, Н.И. Махмудов, Р.А. Алиев, А.А. Хасанов

Ферганский филиал РНЦЭМП

В течение последних 20 лет исследователи разработали большое число компьютерных систем, обеспечивающих работу больничных и амбулаторных аптек, клинических фармакотерапевтов и фармацевтических справочно-информационных служб. В лечебном учреждении аптека наряду с административным офисом и клинической лабораторией являются одним из наиболее выгодных мест приложения компьютеров.

Наиболее привлекательными системами с клинической точки зрения являются те, что обеспечивают врачам и фармакотерапевтам непосредственную помощь в назначении лекарств и контроле состояния пациентов, получающих лекарственную терапию. Большое число исследовательских групп, а в последнее время и фирм разрабатывало программное обеспечение, предназначенное для оказания помощи медицинским специалистам в вычислении и адаптации лечебных доз опасных лекарств, например дигоксина, гентамицина, теофиллина, гепарина и варфарина. Эти программы использовали фармакокинетические модели для предсказания концентрации лекарства в крови на основе характеристик конкретного пациента и информации о способе приема лекарства.

Исследователи в Монреальской детской больнице разработали программу обеспечения принятия решений при назначении питательных растворов для внутривенного вливания педиатрическим пациентам всех возрастов и любого веса, включая недоношенных детей [Moliver и Coates, 1987]. Эта программная система в диалоговом режиме ведет врача по шагам процесса назначения лекарства и использует для предоставления индивидуальных рекомендаций формализованные правила, основанные на возрасте пациента, весе тела, продолжительности курса терапии и информации о предыдущих назначениях. По ходу диалога система выполняет проверки, выявляющие высокие дозы и другие из ряда вон выходящие значения. Врачи могут игнорировать большинство из этих ограничений, однако некоторые действия им никогда не разрешаются. Например, они не могут назначать растворы с такими концентрациями кальция, фосфатов и магния, при которых эти элементы могут выпасть в осадок. Законченные назначения запоминаются в базе данных. Кроме того, эти назначения передаются в аптеку и печатаются там. Фармацевты могут дать системе расчета питательных растворов дополнительные указания, например вычислить дополнительную информацию, необходимую для заполнения рецептов, включая абсолютные количества ингредиентов, количество ингредиентов в расчете на одну систему для внутривенного вливания, а также кумулятивные значения объема после добавления каждого ингредиента.

Автоматизация назначения питательных растворов для внутривенного вливания снижала задержки в передаче рецептов в аптеку и сберегала больничной аптеке около 25 минут на каждом рецепте за счет исключения ручных вычислений и верификации рецептов, поиска врачей для выяснения отсутствующей или неразборчивой написанной информации, ручного заполнения этикеток на системах. Кроме того, встроенные в систему оперативные подсказки позволяют получить информацию о критериях, которыми руководствовалась система для выбора рекомендованных значений и для вывода предупреждений, и являются прекрасным средством обучения медицинских специалистов.

Система Externet, разработанная в Ферганском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, была одной из первых компьютерных систем в Республике Узбекистан, использующих историю лекарственных назначений для оперативного выявления лекарственных взаимодействий. Как только персонал аптеки вводит новое назначение в аптечную систему, система Externet обновляет историю лекарственных назначений данного пациента, а затем использует информацию, хранящуюся в базе данных по лекарственным взаимодействиям, чтобы определить, может ли вновь назначенное лекарство взаимодействовать с теми, что были назначены ранее. Если система Externet выявляет потенциальное взаимодействие, она выдает заключение об этом взаимодействии, чтобы предупредить фармацевтов и лечащих врачей пациента о возможной опасности. Каждое заключение содержит информацию о фармакологическом действии и механизме действия, скорости реакции и степени взаимодействия. Кроме того, система Externet обеспечивает печатание требований в аптеку с информацией о назначении и справок об истории лекарственных назначений конкретного пациента. Она также используется для обеспечения оперативного доступа к базе данных по лекарственным взаимодействиям. С середины 2007 года система Externet используется в Ферганском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи для верификации назначений всех госпитализированных пациентов, принимающих лекарства. Она доступна как коммерческий продукт.

АЛЛЕРГИК АНАМНЕЗЛИ ЎТКИР ЛАРИНГОТРАХЕИТЛАРНИНГ КЕЧИШИ ВА ДАВОЛАНИШИ

К.А. Ким, Р. Рахмонов

РШТЁИМ Фарғона филиали

Масаланинг долзарблиги. Маълумки, ўткир ларинготрахеит ва ўткир бронхит обструктив формаларининг болаларда кечиши кўп асоратлари билан ва унинг ўзига хос кечиши билан долзарблилиги сақланиб қолмоқда. Шуни таъкидлаш керакки, болаларда ўткир нафас етишмовчилиги билан кечадиган юқори нафас йўлларининг яллиғланиши болалар ўлимида юқори ўринда туради. Айниқса, аллергик касалликларга мойиллиги бўлган болаларда ўткир бронхитнинг обструктив кўриниши билан кечиши, ўткир ларинготрахеитнинг эса III–IV даражали ҳиқилдоқ стенози билан кечишини эътиборга олишимиз лозим.

Текширув материаллари. 2018–2022 йиллар давомида 1 ойликдан 8 ёшгача бўлган 5200 беморларнинг 20 %, яъни 1250 та болалар аллергик анамнези билан (озиқ-овқат, дори-дармон, диатез) мурожаат этган. Булардан 5 тасида ўткир ларинготрахеитнинг III–IV даражали стенози билан реанимация бўлимига ётқизилди. Улардан 612 таси тегишли тез тиббий ёрдам Қабул диагностика бўлими реанимация залида ўтказилгач, болалар бўлимига ётқизилди. Стеноз ҳолати асосан ўткир ларинготрахеитнинг оғир кечиши, аллергик касалликларга мойил бўлган болаларда кузатилмоқда. Бу рақам жами мурожаат этган беморларнинг 50 % ини ташкил этди. Шундай қилиб, Қабул диагностика бўлимида ўткир ларинготрахеитнинг асоратли ва оғир кечишларини даволаш Реанимация залида десенсибилизация воситалари (супрастин, пипольфен, диазолин, тавегил, кальций хлор) спазмолитиклар, бронхолитиклар, гормонотерапия сингари даволаш муолажаларини ўзи ичига олди.

Реанимация бўлимида симптоматик дезинтоксикацион, шишни қайтарувчи, гормонал, антибактериал, қон, қон ўрнини босувчи препаратлар, оқсил тутувчи препаратлар, витаминотерапия сингари даволашлар билан ёрдам кўрсатилди. Болалар бўлимида эса антибактериал дезинтоксикацион десенбилловчи, сурувчи, умумий қувватловчи сингари асосий воситалар билан даволаш муолажалари амалга оширилди.

Хулосалар. Шундай қилиб, ўткир ларинготрахеит аллергик анамнезли болаларда кечишининг ўзига хос хусусиятлари ва даволашдаги индивидуал ёндашиш тез тиббий ёрдамнинг педиатрия ва болалар реанимацияси мутахассисларига: десенсибилизация воситалари (супрастин, пипольфен, диазолин, тавегил, кальций хлорид) ўз вақтида қўлланилиши тавсия этилади.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ КЛЕТОЧНЫХ КУЛЬТУР ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСТРАДАВШИХ С ОЖОГАМИ КОЖИ

Д.В. Костяков, Е.В. Зиновьев

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

Термические поражения являются одной из ведущих медико-социальных проблем современного общества. Высокая интенсивность урбанизации, активное развитие промышленности и технологий значительно увеличивают риски возникновения данного вида травм среди населения. Одной из наиболее сложных и не до конца решенных проблем комбустиологии является тактика оказания медицинской помощи пострадавшим с критическими и сверхкритическими ожогами. Собранные статистические данные позволяют с уверенностью сказать, что вероятность летальности среди данной группы пострадавших остается чрезвычайно высокой и в ряде случаев достигает 52%. Обширная площадь поражения и возникающие выраженные нарушения системы гомеостаза зачастую не позволяют проводить раннее хирургическое лечения, являющееся приоритетным у тяжелообожженных. В ряде случаев, когда специалистам удается выполнить хирургические манипуляции, несмотря на тяжесть состояния пациентов, эффективность первых остается чрезвычайно низкой и часто сопровождается неудовлетворительными результатами. Несмотря на активное внедрение в медицину современных технологий, методик или средств медицинского назначения, позволяющих полностью либо частично восстановить/заменить утраченный кожный покров, нет. В связи с этим регенеративная медицина является наиболее перспективным направлением лечения тяжелообожженных. Использование биомедицинских продуктов на основе аллогенных/аутологичных клеточных популяций, таких как фибробласты, кератиноциты или стволовые клетки и т.д., демонстрирует свою высокую эффективность не только при изолированном применении, но и в комбинации с хирургическим лечением. Однако, как было упомянуто выше, традиционная изолированная трансплантация клеточной культуры фибробластов, кератиноцитов или стволовых клеток обусловливает нарушение сложного физиологического паракринного взаимодействия между данными видами клеток, что способствует снижению общей эффективности клеточной терапии. Данная гипотеза послужила основой для начала научно-исследовательской работы, направленной на разработку методики последовательной трансплантации аллогенных фибробластов и кератиноцитов с промежутком между аппликациями от 2-х до 3-х дней.

Установлено, что применение предложенного метода последовательной трансплантации клеточных культур у пострадавших с пограничными (дермальными) ожогами кожи во второй фазе раневого процесса позволило добиться полного восстановления утраченного кожного покрова в течение первой недели клеточной терапии. Уже на вторые сутки наблюдения площадь раневого дефекта сокращалась на 26% ($p<0,05$) от его начального размера. К 6 суткам исследования данный показатель составлял в среднем 91,6%. Высокая активность репаративных процессов подтверждается динамикой индекса заживления, которая увеличилась с 12,77%/сут в начале наблюдения до 22,2%/сутки к его окончанию, т.е. практически в 1,7 раза ($p<0,05$) за 7 суток. Аналогичная тенденция отмечена и в цитологическом исследовании мазков отпечатков. Количество фибробластов на 6-е сутки клеточной терапии увеличилось в 12 раз ($p<0,05$) относительно значений, полученных

до трансплантации. При морфологическом исследовании констатировались признаки активной эпителизации с выраженной дифференцировкой эпителия и соединительной ткани.

В ходе исследования методика последовательной трансплантации культура аллогенных фибробластов и кератиноцитов была применена у пациентки с ограниченным по площади глубоким ожогом кисти. Диагноз при поступлении: «Контактный ожог 0,5% (0,2%) II–III степени правой кисти». В связи с отказом от хирургического восстановления целостности кожного покрова пострадавшей было предложено использовать возможности регенеративной медицины. На 12 сутки после травмы выполнен первый этап лечения – трансплантация культуры аллогенных фибробластов, на 14 сутки – второй – трансплантация аллогенных кератиноцитов. На 18 сутки после травмы констатирована практически полная эпителизация ожоговой раны. Площадь остаточного раневого дефекта не превышала 2 см^2. Результаты применения данной методики у пациентки с ограниченным глубоким ожогом были признаны успешными.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о перспективности предложенной методики. Сохранение физиологических цепей взаимодействия между клеточными культурами обусловливает общую эффективность клеточной терапии, нарушение которой недопустимо. Однако, несмотря на полученные положительные результаты лечения, данное направление нуждается в дополнительном исследовании.

ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЕ И БЕЛКОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПРИ СЕПСИСЕ

В.М. Луфт, А.В. Лапицкий, Г.А. Пичугина, П.А. Дубикайтис, А.М. Сергеева, Б.Р. Кельбетова

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

Цель исследования – изучить выраженность ситемной метаболической дисфункции и определить параметры оптимального субстратного обеспечения больных с сепсисом.

В исследование вошли 166 пациентов с диагнозом «сепсис» (106 мужчин и 60 женщин, средний возраст – 52,8±17,0 лет), находившихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) городского центра по лечению сепсиса Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе с октября 2016 по июнь 2020 года. Среди вошедших в исследование больных преобладал абдоминальный сепсис, который составил более половины (51,2%) всех случаев. Пульмональный сепсис имел место у 30,8%, инфекция мягких тканей и нейросепсис диагностированы у 9%. Общая летальность в группе исследования составила 39,16% и была сопоставимой среди мужчин и женщин (40,0% и 38,7% соответственно). Возраст умерших больных был достоверно выше, чем у выживших.

Для определения действительного расхода энергии использовалась непрямая калориметрия (метаболограф Qvark-RMR, CosMed, Италия). Для оценки выраженности катаболической реакции и потребности больных в белке производилось определение суточных потерь азота с последующим расчётом азотистого баланса.

Непрямую калориметрию и определение суточных потерь азота проводили в первые 2–3 дня и в последующем на 5–6, 10–11 и 15–16 сутки пребывания в ОРИТ.

При поступлении в ОРИТ у 77,7% пациентов показатели ИМТ соответствовали эйтрофическому состоянию. Гипотрофия (15,1%) и ожирение (7,2%) отмечены почти у четверти больных. У всех пациентов имела место гипопротеинемия, которая часто сочеталась с гипоальбуминемией (96,4%) и анемией (90,3%). В меньшей степени наблюдались гипергликемия (57,8%), абсолютная лимфопения (55,4%) и азотемия (46,9%). У всех пациентов выявлено высокое содержание в сыворотке крови серомукоида (СРБ – 163,9±19,2 мг/л) при одновременно пониженном содержании холинэстеразы (2336±205 ед/л), косвенно отражающей состояние белка синтетической функции печени. Тяжесть органной дисфункции по шкале SOFA при поступлении в ОРИТ составляла 4,44±2,4 балла, уровень сознания по шкале ком Глазго – 11,7±3,1 балла. Средняя длительность пребывания больных в ОРИТ составила 25,4±11 суток при средней продолжительности ИВЛ 17,5±16,1 суток.

Проведённое исследование позволяет сделать следующие **выводы:**

1. Наибольшая выраженность явлений гиперметаболизма-гиперкатаболизма у больных с сепсисом наблюдается к 5-м суткам его развития: энергетические траты достигают 33,5±1,8 ккал/кг/сут, а потери белка – 1,93±0,12 г/кг/сут.

2. Средние значения действительного расхода энергии при сепсисе по данным непрямой калориметрии составляют 30,9±1,4 ккал/кг/сут при относительно низком дыхательном коэффициенте (0,67±0,01), что свидетельствует о преимущественном окислении липидов у данной категории больных.

3. Среднесуточные потери азота у больных с сепсисом составляют 18,8±0,6 г/сут (0,27±0,01 г/кг/сут), что соответствует 1,68±0,06 г/кг/сут белка.

4. Энергетическое обеспечение больных с сепсисом в диапазоне 30–35 ккал/кг/сут достоверно способствует их лучшей выживаемости, по сравнению с пациентами, получающими меньшее количество энергии.

5. Белковое обеспечение данной категории больных должно быть не менее чем 1,2 г/кг/сут, т.к. меньшее потребление белка сопровождается достоверным увеличением их летальности. Наилучшие показатели выживаемости пациентов с сепсисом наблюдаются при обеспечении их белком в количестве более 1,5 г/кг/сут.

6. Фактическое соотношение теряемого азота к действительному расходу энергии по данным непрямой калориметрии зависит от выраженности катаболической реакции. При потерях азота менее 20 г/сут это соотношение составляет 1:120, от 20 до 30 г/сут – 1:95, а при более 30 г/сут – 1:68, что необходимо учитывать при проведении нутритивно-метаболической терапии данной категории больных.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ДАТЧИКОВ ИЗМЕРЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

К.Э. Махкамов, А.Б. Салаев

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Вопросы хирургического и консервативного лечения тяжелой черепно-мозговой травмы (ТЧМТ) в настоящее время остаются актуальными. Коррекция повышенного внутричерепного давления (ВЧД), сопровождающего ТЧМТ, является одной из главных задач лечения острого периода травмы. ВЧД измеряют с помощью тензометрических датчиков. В зависимости от места установки применяются внутрижелудочковые, вентрикулярные, паренхиматозные, субдуральные, эпидуральные датчики. Измерение паренхиматозного и вентрикулярного ВЧД признано наиболее точным методом оценки при ТЧМТ.

Цель исследования. Проведение сравнительного анализа показателей ВЧД у пострадавших с ТЧМТ, получавших консервативное и хирургическое лечение.

Материалы и методы. Материалом для исследования стали 82 пациента с ТЧМТ, поступивших в нейрохирургическое отделение РНЦЭМП в период 2000–2001 гг. Из них мужчин было 67 (81,7%), женщин – 15 (18,3%), средний возраст составил 44±5,7 года. Критерии отбора: исходное нарушение сознания ниже 9 баллов по шкале Глазго (кома 1), наличие очаговой симптоматики, травматические изменения головного мозга, выявленные при проведении компьютерно-томографического исследования. Больные разделены на 2 группы: 1 группе – 58 (70,7%) – проведено хирургическое лечение; 2 группе – 24 (29,3%) – проведено консервативное лечение. По виду повреждения мозга: в 1 группе субдуральная гематома – у 20 (34,5%), эпидуральная гематома – у 11 (18,9%), контузионные очаги 3–4 вида – у 27 (46,6%); во 2 группе – субарахноидальное кровоизлияние – у 7 (29,2%), контузионные очаги 1–2 вида – у 179 (70,8%). Всем больным первым этапом по общепринятой методике установлен паренхиматозный датчик измерения ВЧД (Spiegelberg – Германия). Всем пациентам в 1 группе в последующем выполнена резекционно-декомпрессивная трепанация черепа с удалением травматического субстрата. Средняя длительность периода оценки ВЧД составила 9,7±1,2 дня. Оценка уровня ВЧД проведена по общепринятой методике, при этом нормальные показатели – 3–15 мм рт.ст; гипертензия средней степени тяжести – 15–25 мм рт.ст.; выраженная гипертензия – более 25–35 мм рт.ст., грубая – более 40 мм рт.ст.

Результаты и их обсуждение. Согласно полученным данным, наиболее высокий уровень ВЧД – более 35 мм рт.ст. – отмечен в 1 группе больных 48 (84,4%) случаев до этапа декомпрессии. Быстрое снижение ВЧД к нормальным показателям – менее 15 мм рт.ст. после удаления травматического субстрата – отмечено в 41 (70,6%) случае с максимальным увеличением в послеоперационный период до 20 мм рт.ст. Наиболее длительно – до 3–5 суток – сохранялась гипертензия средней степени тяжести – 15–25 мм рт. ст. – в 17 (29,3%) случаях, у больных с удалением контузионных очагов 3–4 вида. Во второй группе наиболее быстрая нормализация показателей ВЧД менее 15 мм рт.ст. отмечена в группе больных с субарахноидальным кровоизлиянием – 4 (14,8%). Сохранение внутричерепной гипертензии до 25 мм рт.ст., продолжающаяся более 5 суток, отмечено у больных с очаговыми ушибами 1–2 вида головного мозга – 20 (83,3%) случаев.

Выводы: Методы контроля уровня ВЧД в интраоперационый период позволяют судить об эффективности декомпрессивного эффекта операции и в перспективе позволяют расмотреть вопросы необходимости удаления костного лоскута. Больные в коматозном состоянии с наличием контузионных очагов нуждаются в длительном контроле и коррекции ВЧД независимо от вида контузионого очага.

ФОРМИРОВАНИЕ ОПТИМАЛЬНОГО КОСТНОГО ОКНА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

К.Э. Махкамов, А.Б. Салаев

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Несмотря на развитие методов обследования больных, создание высокотехнологичного операционного оборудования, проблемы лечения тяже-

лой черепно-мозговой травмы (ТЧМТ) остаются актуальными. Несмотря на более чем 100-летнюю историю методики трепанации черепа при нейротравме, сохраняется множество нерешенных вопросов о времени, объеме и технике вмешательства. Вопросы формирования костного окна при декомпрессивной трепанации черепа входят в их число.

Цель исследования. Сравнение результатов типичной декомпрессивной краниотомии (ДК) с оптимальной ДК.

Материалы и методы. Исследованы результаты хирургического лечения 128 больных с ТЧМТ. Критерием выборки являлось угнетение сознания до уровня комы, менее 8 баллов по шкале ком Глазго, сдавление головного мозга внутричерепной травматической гематомой. Средний возраст больных составил 42,8±3,2 года, среди них мужчин было 114 (89,1%), женщин – 14 (10,9%). Больные разделены на две группы: в первой группе в 86 (75,4%) случаях выполнена типичная ДК с удалением внутричерепной гематомы. Во второй группе сравнены 42 (24,5%) случая, где выполнена оптимальная ДК, которая включала: резекцию лобного и теменного бугров черепа, формирование костного окна максимально близко к основанию черепа с дополнительной резекцией крыла клиновидной кости (птерионеальная резекция). Преимуществом оптимальной ДК являются: устранение нарушения оттока крови из вен лобно-теменной группы и Сильвиевой щели; возможность вмешательства на структуры Сильвиевой щели при травматических повреждениях; проведение полноценного гемостаза из зон ушиба базальных отделов лобной и височной долей головного мозга, проведение дополнительных микрохирургических манипуляций в виде вскрытия цистерн с дополнительной внутренней декомпрессией; профилактика ущемления вещества мозга в костном окне с развитием ишемических расстройств при реализации посттравматического отека. Всем больным до и после операции на 1–2 сутки выполнена компьютерная томография с измерениями объема внутричерепной гематомы, площади костного окна, ширины остаточной части височной кости на основании черепа.

Результаты и их обсуждение. Результаты нашего исследования показали, что в первой группе площадь костного окна составила 82,3±21,5, во второй – 87,0±16,7. Ширина остаточной части височной кости на основании черепа в первой группе составила 25,3±10,0, во второй группе – 7,9±5,7. Показатели ширины костного мостика имели статистически достоверные различия (U Манна-Уитни = 352,5 $p<0,05$), что в последующем повлияло на результаты оперативного лечения.

Послеоперационные осложнения: сохранение дислокационного синдрома в 1 группе – у 12 (9,4%), во второй группе – у 1 (2,3%); повторные кровоизлияния: в 1 группе – у 11 (8,5%); во 2 группе – у 1 (2,4%); гидромы: в 1 группе – у 17 (13,2%), во 2 группе – у 2 (4,7%); пролапс и ишемия: в 1 группе – у 8 (6,2%), во 2 группе – у 1 (2,4%); ликворея: в 1 группе – у 9 (7%), во второй группе не отмечалась; атрофия и некроз кожного лоскута: в 1 группе – у 3 (2,3%), во 2 группе не отмечались.

При оценке результатов лечения по шкале исходов Глазго в первой группе: 5 баллов (хорошее восстановление) – 19 (45,2%) случаев; 4 балла (умеренные нарушения жизнедеятельности) – 11 (26,1%); 3 балла (тяжелые нарушения жизнедеятельности) – 5 (11,9%); 2 балла (вегетативное состояние) – 2 (4,7%); 1 балл (умерло) – 13 (15,1%). Во второй группе соответственно: 5 баллов – 19 (45,2%); 4 балла – 11 (26,1%); 3 балла – 7 (16,6%); 2 балла – 3 (7,1%), умерли – 2 (4,7%).

Выводы. Полученные результаты лечения с применением оптимальной ДК позволяют увеличить эффективность лечения больных с ТЧМТ.

ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

К.Э. Махкамов, А.Б. Салаев

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Общей чертой для сочетанных повреждений является синдром взаимного отягощения, суть которого заключается в том, что повреждение одной локализации усугубляет тяжесть другой. Несмотря на определенные успехи, достигнутые в лечении сочетанных травм, госпитальная летальность при них остается высокой.

Цель исследования. Исследование структуры тяжёлой изолированной и сочетанной черепно-мозговой травмы (СЧМТ), приведшей к летальному исходу.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 81 истории болезни пациентов с сочетанной черепно-мозговой травмой (СЧМТ), умерших в нейрохирургическом отделении РНЦЭМП. Для изучения структуры летальности была разработана схема анализа информации, которая заключалась в формировании групп пациентов, распределенияи их в таблицах по возрасту, полу, причинам и тяжести ЧМТ и политравмы. Общая летальность составила 1,6%.

Результаты исследования. Среди исследуемых отмечается преобладание мужчин по сравнению с женщинами – 60 (74,1%) и 21 (25,9%) пациентов соответственно. По возрасту лиц от 20 до 40 лет – 19 (23,4%); от 40 до 55 – 27 (33,3%), старше 55 лет – 35 (43,2%) больных. По причине травмы: в результате ДТП – 41 (50,6%), кататравмы – 14 (17,2%), в ре-

зультате падения с высоты роста – 22 (27,1%), избиения – 4 (4,9%). Время поступления в стационар в течение часа – 40 (49,3%) больных, в течение 3 часов – 14 (17,2%), в течение суток – 3 (3,7%), больше суток – 24 (29,6%) больных. Сознание больных при поступлении оценивалось по шкале Глазго: ясное (15 баллов) – 10 (12,3%) больных в основном с превалирующей позвоночной травмой и спинальным шоком, глубокое оглушение – сопор (от 14 до 9 баллов) – 27 (33,3%), в коме (4–8 баллов) – 40 (49,3%); в состоянии клинической смерти – 2 (2,4%) больных Умерших с изолированной ЧМТ – 33 (40,7%), с политравмой – 48 (59,3%). Больных, которым выполнена операция на черепе – 37 (45,6%). При этом 32 больным выполнена резекционно-декомпрессивная трепанация черепа (РДТЧ), у 28 (34,5%) обнаружена острая субдуральная гематома (СДГ), эпидуральная гематома – у 2 (2,4%), внутримозговая гематома – у 2 (2,4%); 5 (6,1%) больным выполнены паллиативные вмешательства в виде наложения фрезевых отверстий. Все оперативные вмешательства на черепе выполнены в первые 3 часа от поступления. Умершие после операции: на 1 сутки – 5 больных, от 1 до 7 суток – 14 больных; больше 7 суток прожили 9 больных. Вмешательства на позвоночнике в виде стабилизирующих операций у больных с позвоночной травмой – в 6 (7,4%) случаях, одновременно симультантные оперативные вмешательства в виде торакоцентеза, лапароскопии проведены 15 (18,5%) больным. Причина смерти в виде нарастающего отека головного мозга с грубым дислокационным синдромом – 43 (53%) случая, восходящий отек спинного мозга с продолжающимся спинальным шоком – у 7 (8,6%) больных, из-за септических осложнений умерли 13 (16%) больных, у 9 (11,1%) больных отмечались признаки тромбоэмболии легочной артерии.

Выводы. Среди погибших в результате тяжелой сочетанной травмы преобладали лица трудоспособного возраста (56%). Отмечено значительное преобладание мужчин в структуре погибших с ЧМТ. ДТП продолжает оставаться основной причиной тяжелой СЧМТ, приводящей к летальному исходу в 50,6% случаев. Наиболее частой причиной компрессии головного мозга с тяжелым течением являются СДГ (34,5%). При ранней, в течение 3 часов, РДТЧ увеличиваются сроки выживания больных, при этом время доставки в стационар играет ключевую роль: в 29,6% пострадавшие доставлены в сроки больше суток. Количество симультантных операций составляет 18,5%. Важную роль в снижении смертности больных с тяжелой травмой играет дальнейшее совершенствование системы оказания медицинской помощи экстренным больным, углубление взаимосвязи звеньев: от оказания первой скорой помощи на месте происшествия до поступления пострадавшего в отделение экстренной помощи.

БЛОКАДА СЕДАЛИЩНОГО НЕРВА В СОЧЕТАНИИ С ДЕКСМЕДЕТОМИДИНОМ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

Х.А. Махмудов, А.А. Абдулхамидов

Ферганский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Эффективная профилактика хронической послеоперационной боли является важной клинической задачей. Периоперационная регионарная анестезия остается одним из наиболее важных методов мультимодальной аналгезии. Блокада седалищного нерва используется для лечения послеоперационной боли при переломах костей голени.

Цель. Сравнительная оценка эффективности блокады седалищного нерва в сочетании с дексмедетомидином и дексаметазоном у пациентов с переломами костей голени.

Материалы и методы. Исследование проведено у 30 пациентов с переломами костей голени. В основную группу были включены больные (n=15), которым блокада седалищного нерва проводилась после оперативного вмешательства на операционном столе под ультразвуковой навигацией с использованием 0,5% 20 мл раствора бупивакаина в сочетании с дексмедетомидином 1 мкг/кг. В контрольной группе (n=15) аналогичном образом выполняли блокаду в сочетании раствора бупивакаина 0,5% 20 мл с дексаметазоном 4 мг. Всем пациентам проводился стандартный интраоперационный мониторинг (пульса, неинвазивного артериального давления, ЭКГ, сатурации кислорода, температуры тела). Изучалась длительность послеоперационного обезболивания в минутах.

Результаты. Длительность послеоперационного обезболивания в основной группе составила 2052,0±63,0 минут, а в контрольной группе – 1400±59,0 минут ($p<0,05$).

Заключение. По результатам нашего исследования добавление дексмедетомидина в блокаду седалищнего нерва в 1,5 раза удлиняет время послеоперационного обезболивания, по сравнению с добавлением дексаметазона.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА БЛОКАДЫ БЕДРЕННОГО НЕРВА С ФЕНТАНИЛОМ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ПОЗИЦИОНИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ

Х.А. Махмудов, А.А. Абдулхамидов, М.Х. Мирахмедов

Ферганский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Актуальность. Острая боль является потенциальным фактором риска хронической боли, послеоперационного делирия, а также, активируя симпатоадреналовую систему, повышает работу сердца, что может обострить хронические заболевания

сердечно-сосудистой системы. Блокада бедренного нерва (femoral nerve block – FNB) часто используется для лечения периоперационной боли, однако было показано, что снижается сила четырехглавой мышцы бедра [Charous M.T., et al. 2011] и повышается риск падения пациента в послеоперационном периоде [Ilfeld B.M., et al. 2010]. При позиционировании пациента для выполнения спинальной анестезии отмечается усиление болей из-за трения костных отломков.

Цель. Сравнить эффективность FNB и фентанила для улучшения позиционирования при выполнении спинальной анестезии у пациентов с переломами бедренной кости.

Материалы и методы. Исследование проведено у 30 больных с переломами средней и нижней трети бедренной кости. В группу FNB были включены больные (n=15), которым блокада бедренного нерва проводилась за 30 минут до спинальной анестезии под ультразвуковой навигацией с использованием 15 мл 0,5% раствора бупивакаина. В группе Фентанила (n=15) за 5 минут до спинальной анестезии внутривенно вводили фентанил в дозе 100 мкг. Всем пациентам проводился стандартный интраоперационный мониторинг (пульс, неинвазивное артериальное давление, ЭКГ, сатурация кислорода, температура тела). Изучался угол комфортного самостоятельного сиденья пациента на 90^0 для выполнения спинальной анестезии, а также ощущение боли по 10-балльной нумерической шкале.

Результаты. При позиционировании пациентов для выполнения спинномозговой анестезии угол комфортного самостоятельного сиденья на 90^0 в группе FNB составил 80% (12), а в контрольной группе – 60% (9 пациентов). Ощущение боли по 10-балльной нумерической шкале во время позиционирования для группы FNB составило в среднем 3,15±1,03 балла, а для группы Фентанила – 4,01±1,12 балла ($p<0,05$). В группе FNB было легче выполнить технику спинномозговой анестезии из-за более правильного угла сиденья пациента на 90^0.

Заключение. По результатам нашего исследования, при переломах верхней и средней трети бедренной кости для улучшения позиционирования во время спинальной анестезии предпочтительней блокада бедренного нерва.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОПОФОЛА, КЕТАМИНА В СОСТАВЕ МНОГОКОМПОНЕТНОЙ АНЕСТЕЗИИ КАК ВЫБОР ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ СОЧЕТАННЫМИ ОТКРЫТЫМИ ТРАВМАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Х.А. Махмудов, Г.Х. Аббосхонов, Д.Р. Умаров

Ферганский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Современный этап развития анестезиологии характеризуется интенсивным поиском новых методов и средств анестезии, которые создавали бы не только оптимальный обезболивающий и седативный эффекты, полноценную защиту от чрезвычайных воздействий, но и оказывали при этом минимальное токсическое влияние на больных. При выборе метода анестезии пострадавшим с тяжелыми открытыми травмами нижних конечностей учитывается тяжесть состояния, степень шока и кровопотери.

За прошедшие 5 лет нами было проведено 90 анестезиологических пособий при тяжелых открытых травмах нижних конечностей у взрослых, из них 80 – эндотрахеальные наркозы, что составило 90%, 10 – проводниковые анестезии (10%). Возраст больных составил от 15 до 70 лет. Из них мужчин было 64 (71,1%), женщин – 26 (28,9%).

Отбор больных проводился с учетом показаний и противопоказаний по общепринятой методике. У больных с низким А/Д и показателями красной крови, с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями, анестезию начинали с катетеризации магистральных вен, мониторного наблюдения, измерения сатурации, установления мочевого катетера.

Проводили многокомпонентный эндотрахеальный наркоз. Премедикация осуществлялась наркотическими анальгетиками (промедол, морфин, омнопон, фентанил), холиноблокаторами по показаниям (атропина сульфат), антигистаминными препаратами (димедрол и др). Для индукции использовали пропофол, кетамин + недеполяризующие релаксанты, а также наркотические анальгетики O_2 до 10 л/мин.

Для основного наркоза использовали наркотические анальгетики, релаксанты, в поддерживающих дозах – пропофол, кетамин, закись азота 6:3 O_2 л/мин. Инфузионную терапию проводили в основном с рефортаном, стабизолом, декстранами, изотоническими и кристаллоидными растворами. В единичных случаях выполняли гемотрансфузию.

Больным с относительно стабильной гемодинамикой осуществляли проводниковую анестезию. В качестве местного анестетика нами были использованы два вида анестетика: 2% лидокаин и маркаин. В 7 случаях анестетик вводили в спинномозговой канал и в 3 случаях – в эпидуральное пространство.

При оценке результатов установлено, что в 5 случаях наблюдалась легкая гипотония, в 4 случаях – выраженная гипотония. Все виды гипотонии устранялись инфузионной терапией без применения вазопрессоров.

Таким образом, мы пришли к выводу, что применение многокомпонентной эндотрахеальной анестезии более приемлемо для больных с тяжелыми открытыми травмами конечностей, сопровождающимися шоком, а проводниковая анестезия – для больных с относительно стабильной гемодинамикой.

АКСИЛЛЯРНАЯ БЛОКАДА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ, ДИСТАЛЬНЕЕ СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ПЛЕЧА В УСЛОВИЯХ ФФ РНЦЭМП

Х.А. Махмудов, С.Э. Хаджиматов, В.Х. Кобилов

**Ферганский филиал РНЦЭМП,
Узбекистан**

В современной анестезиологии много внимания уделяется регионарным методам обезболивания, как наиболее безопасным для пациента. Прямое свидетельство тому – обилие научных статей и других специальных изданий, посвященных этой теме. Несмотря на обилие научных разработок, данный вид анестезии широко применяется лишь в отдельных клиниках. Связано это, по нашему мнению, с недостаточной технической оснащенностью большинства лечебных учреждений и практики анестезиологов. Поэтому многие анестезиологи предпочитают провести общую анестезию даже в случае небольшого по объему оперативного вмешательства на дистальных отделах конечностей.

Однако одна из методик заслуживает отдельного рассмотрения в связи с технической простотой, большой частотой успеха и редкими осложнениями – это блокада плечевого сплетения аксиллярным доступом. Именно этой методике регионарной анестезии и посвящена эта работа.

Цель исследования. Показать возможность и целесообразность более широкого применения аксиллярной блокады в анестезиологической практике при обеспечении хирургических вмешательств на верхней конечности, дистальнее средней трети плеча.

Материалы и методы исследования. Нами проанализировано 18 случаев блокады плечевого сплетения аксиллярным доступом, выполненных за период 2022 года на базе Ферганского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи отделения анестезиологии и реанимации. Этот вид анестезии применялся у пациентов разных возрастных групп (от 19 до 74 лет), как мужского, так и женского пола. Сопутствующая патология включала такие заболевания, как ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, ожирение и алкогольная зависимость.

Оперативные вмешательства, для обеспечения которых применялся данный вид анестезиологического пособия, выполнялись по поводу травм предплечья и кисти (11 случаев), колото-резаные и сосудистые патологии (7 случаев) – по экстренным показаниям.

При подготовке к анестезии с целью премедикации назначались атропин, антигистаминные средства и наркотический анальгетик. Проводилась катетеризация периферических вен и при необходимости – инфузионная терапия с целью коррекции исходной гиповолемии. Эмоционально лабильным пациентам во время оперативного вмешательства для умеренного седативного эффекта назначался диазепам в дозе 5–10 мг. Для мониторинга состояния основных жизненных функций во время проведения анестезии проводили пульсоксиметрию, электрокардиоскопию, неинвазивный контроль артериального давления. Блокада проводилась в условиях операционного зала.

Для проведения манипуляции использовали иглы с коротким тупым срезом, так как тупая игла дает возможность лучше чувствовать ткани, и вероятность повреждения нерва меньше. Для визуализации нервов и аксиллярной артерии использовался УЗИ-аппарат фирмы MINDRAY. В качестве анестетика использовали 0,25% раствор Бупивакаина в объеме 20–25 мл.

Эффект наступления блокады варьировал у разных пациентов от 20 до 30 мин. Длительность анестезии составляла 8–18 ч.

Во всех 18 наблюдениях проведения блокады основные показатели гемодинамики и дыхания пациентов оставались стабильными, влияние анестезии на общее состояние было минимальным. Субъективная оценка обезболивания самими пациентами была как «хорошо». Дополнительного введения анальгетиков не требовалось.

В раннем послеоперационном периоде выраженного болевого синдрома у оперированных больных не наблюдалось и не требовалось введения дополнительного обезболивающего лечения. Оценка послеоперационного болевого синдрома пациентами по визуально-аналоговой шкале не превышала 3 баллов.

Реакций и поздних осложнений (судороги, нарушения сердечного ритма, гематома, инфекция, неврологические расстройства), связанных с методикой проведения анестезии, ни в раннем послеоперационном периоде, ни в более поздние сроки зарегистрировано не было.

Основными противопоказаниями для проводниковой анестезии считаем: отказ пациента; инфекция в зоне пункции; неврологические расстройства в зоне иннервации блокируемых нервов; отсутствие контакта с больным.

Для успешного выполнения регионарной анестезии требуется строгое соблюдение основных принципов безопасности, возможность контроля состояния пациента, обеспечение адекватной седации и наличие надлежащего оборудования и навыков специалиста.

Выводы. Блокада плечевого сплетения аксиллярным доступом – наиболее простой и безопасный вариант проводниковой анестезии при оперативных вмешательствах на дистальных отделах верхней конечности до локтевого сустава включительно.

– Проводниковая анестезия может быть применена у пациентов с различной сопутствующей патологией, а в ряде случаев, при тяжёлой патологии сердечно-сосудистой системы, является методом выбора.

– Качественная аналгезия и моторный блок обеспечивают хорошие условия для работы хирургов.

– Послеоперационный болевой синдром значительно ниже, чем при проведении под общей анестезией, что значительно снижает необходимость назначения наркотических анальгетиков в послеоперационном периоде.

Аксиллярная блокада может быть рекомендована для более широкого применения анестезиологами в травматологической и хирургической практике.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ

Ш.У. Муминов, К.С. Кенжемуратова, Ф.О. Мизамов

Самаркандский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Актуальность. Анафилактический шок (АШ) – острая недостаточность кровообращения в результате анафилаксии, проявляющаяся снижением систолического артериального давления (АД) ниже 90 мм рт.ст или на 30% от рабочего уровня и приводящая к гипоксии жизненно важных органов (Хаитов Р.М., Ильина Н.И., 2014) Этиологические факторы: медицинские препараты и материалы, чаще лекарственные средства (ЛС) (31,2–46,5%), пищевые продукты (23,3–31%), яд перепончатокрылых насекомых (14,9–20%) (Wood R., Camargo C., Lieberman P. et al., 2015).

Материал и методы. В токсикологическом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП с анафилактическим шоком лечились 798 больных в период 2018–2023 гг. Мужчин было 515 (64,6%), женщин – 283 (35,4%), в возрасте от 6 до 78 лет. Причиной анафилактического шока у 534 больных была лекарственная этиология, у 136 – пищевая, у 69 – укус насекомых, у 24 – химическая, у 14 – синдром Лайелла и у 21 – синдром Стивенса–Джонсона.

Результаты исследования. Клиническая картина анафилактического шока развивается быстро. При молниеносной форме в клинической картине преобладали симптомы коллаптоидного варианта анафилактического шока: больной после введения лекарственного препарата сразу утрачивал сознание, развивалась резкая бледность или цианоз, артериальная гипотензия, пульс на периферических артериях не определялся, дыхание становилось агональным, зрачки расширились и отсутствовала их реакция на свет.

Тяжелая форма анафилактического шока проявлялась беспокойством, тошнотой, рвотой, потемнением в глазах, затем развивалась клиническая картина, характерная для молниеносной формы шока.

При шоке средней тяжести вначале проявляются головная боль, холодный пот, возможно развитие кожных реакций анафилаксии. Асфиктический вариант анафилактического шока характеризовался преобладанием нарушений дыхания: стеснением в груди, чувством нехватки воздуха, судорожным сухим кашлем, одышкой, цианозом губ, кожи лица, явлениями бронхоспазма и отека гортани.

В зависимости от тяжести и клинического варианта анафилактического шока лечебные мероприятия как на догоспитальном, так и на госпитальном этапе имели свои особенности. Препаратом выбора для лечения анафилактического шока является адреналин. Введение адреналина начинали как можно раньше, оптимально – при проявлении первых клинических признаков шока. Путь, доза и скорость введения адреналина определялись степенью нарушений функций сердечно-сосудистой и дыхательной системы (внутривенно болюсно, интратрахеально, внутрисердечно).

Коррекцию объема циркулирующей крови начинали с внутривенного введения плазмозамещающих кристаллоидных или коллоидных растворов, если они не явились причиной анафилактической реакции. Скорость и объем введения плазмозамещающих растворов определялись гемодинамическими показателями – уровнем вазоплегии, центральным венозным давлением, артериальным давлением, сократимостью миокарда левого и правого желудочка и другими показателями.

Для профилактики и лечения бронхоспазма, который не купировался адреналином, вводили метилксантины – эуфиллин, амино- или диафиллин, которые, блокируя фосфодиэстеразу, приводят к увеличению концентрации цАМФ в клетках и тем самым повышают чувствительность адренорецепторов к катехоламинам. При непереносимости эуфиллина для профилактики и лечения бронхоспазма использовали ингаляции салбутамола. Во всех случаях проводили ингаляцию кислорода.

По показаниям вводили кортикостероиды, однако их положительный эффект при анафилактическом шоке проявляется лишь через несколько часов.

Из 798 больных умерли 7 (0,87%).

Вывод. Пациенты, у которых анафилактические реакции на продукты или фармакологические препараты, должны быть проинструктированы о необходимости избегать этих продуктов и лекарств. Для предотвращения анафилактических реакций необходимо тщательно собирать аллергологический анамнез у пациентов и помнить о риске перекрестной анафилаксии к лекарственным препаратам.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АУТОДЕРМОПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ГЛУБОКИХ И ОБШИРНЫХ ОЖОГОВ

Р.Г. Порсахонов, Ш.М. Абдуллаев, Х.Ш. Султонов, Д.И. Жулбекова, Р.Т. Нахалбоев, Д.Х. Яхшиликов

Джизакский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Проблема лечения больных термической травмой является одной из сложнейших и нерешенных проблем современной медицины. В успехе лечения ожогов одно из ведущих мест занимает адекватная и вовремя оказанная специализированная помощь в раннем периоде ожоговой травмы. Ежегодно в Джизакский филиал РНЦЭМП за медицинской помощью обращается около 200 пострадавших от ожогов. Среди них большинство имеют поверхностные ожоги с незначительной площадью поражения. При этом пациенты нуждаются в основном в консервативном лечении, которое в 70% случаев можно провести в условиях амбулаторных учреждений. Примечательно, что 60–80% обожженных пациентов, которых госпитализируют на стационарное лечение, тоже имеют поверхностные ожоги. Показаниями к госпитализации являются ожоги II–IV степени свыше 6–8% поверхности тела, а у детей до 3 лет – ожоги более 3%. Пострадавшие с ожогами лица, кистей и промежности III Б степени, больные с ожогами дыхательных путей госпитализируются независимо от площади поражения. Число обожженных составило 149 пострадавших, из них 97 – дети. Возраст был от 8 месяцев до 81 года. По госпитализации: более 74 (49,6%) поступали самотеком, только 26% пострадавших поступили по линии скорой помощи. В сроки от 6 до 3 суток госпитализировано 87 (58%) пострадавших. В определении тяжести ожоговой травмы немаловажное значение имеет характер термического агента. В наших наблюдениях удельный вес термических ожогов от пламени был 44 (29,5%), от горячей жидкости – 84 (56,5%), от электротравмы – 9 (6,0%) и контактные – 12 (8,0%). В отделении экстренной хирургии II всем больным в основном проводили местную консервативную терапию и в 27 случаях при тяжелых и глубоких ожогах применяли метод аутодермопластики. Сравнительно часто при ожоговой травме возникают местные инфекционные осложнения, которые замедляют процесс заживления ран, а также глубокие ожоги с различными локализациями.

Заживление ожоговых ран не зависит от их происхождения и применяемых способов лечения. Для консервативного лечения ожоговых ран применяют различные раневые покрытия в разные фазы течения раневого процесса. При более глубоких и обширных поражениях широко применяли пластическую хирургию, выполняя, в частности, аутодермопластику. Хирургическая помощь должна оказываться до развития тяжелых осложнений. Ранняя некрэктомия – в первые 5 суток после получения травмы с последующей аутодермопластикой при глубоких ожогах тела. Такая тактика, которая применялась в нашем отделении, значительно снижала послеоперационные осложнения. До эпителизации ран, в том числе и для лечения донорских ран после аутодермопластики, применяли влажные высыхающие повязки. При этом этот подход может реализовываться в виде «сухого» и «влажного». При открытом «влажном» лечении раны быстрее очищается от некрозов, уменьшается риск рубцевания. Хороших результатов лечения обожженных можно достигнуть на фоне применения широкого комплекса местной и системной терапии, полноценного ухода за пациентами и обеспечения их высокого реабилитационного потенциала. Основными задачами, на которые направлено современное лечение пациентов с локальными поверхностными и глубокими ожогами и донорскими ранами, является сокращение сроков эпителизации ран, а соответственно, и сроков госпитализации пациентов. Таким образом, проблема имеет не только медицинскую, но и, несомненно, весомую экономическую. Для оказания правильного и адекватного объема медицинской помощи важно оснащение и укомплектованность медицинского учреждения как высококвалифицированными специалистами, так и современным оборудованием.

ПРИМЕНЕНИЕ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ С ЦЕЛЬЮ ОПТИМИЗАЦИИ ПОДХОДОВ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ

Р.Э. Якубцевич, Н.В. Белявский, А.И. Хмарик

Гродненский государственный медицинский университет, Республика Беларусь

Актуальность. Мониторинг чувствительности к антибактериальным препаратам разных групп микроорганизмов позволяет обеспечить оптимальный подход к профилактике и лечению бактериальной инфекции [1, 2]. В связи с этим представляется важным анализ состава и резистентности бактериальной флоры с целью подбора наиболее эффективных препаратов для ее эрадикации.

Цель исследования. Выявить наиболее распространенные микроорганизмы в отделении реанимации и проанализировать их чувствительность к антибактериальным препаратам, определить общие закономерности и основные направления развития антибиотикорезистентности.

Материал и методы. Проанализированы данные микробиологических исследований у 107 пациентов отделения реанимации терапевтического профиля с различными заболеваниями. Всем паци-

ентам выполнялся забор крови с целью идентификации микроорганизмов и выявления их чувствительности к антибиотикам.

Результаты. Наиболее часто выявлялись микроорганизмы видов Staphylococcus epidermidis (30 пациентов, 28,03% случаев), Staphylococcus hominis (15 пациентов, 14,01% случаев) и Klebsiella pneumoniae ssp. pneumoniae (17 пациентов, 15,8% случаев). Наиболее частые носители – пациенты с внегоспитальной двусторонней интерстициальной пневмонией (62,9% случаев). Выявлена низкая чувствительность бактерий к карбапенемам и колистину, полная резистентность большинства микроорганизмов к пенициллинам, цефалоспоринам и фторхинолонам, а также неожиданно высокая чувствительность к тетрациклину.

Выводы. В клинической практике сужается спектр эффективных препаратов против выделенных мультирезистентных микроорганизмов, необходимо избегать необоснованного применения антибиотиков и как можно быстрее переходить от эмпирического назначения препаратов широкого спектра к таргетной антимикробной терапии согласно данным микробиологического контроля. Рекомендуется рассмотреть возможность более широкого применения тетрациклина в интенсивной терапии.

ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СТАТУСА В УСЛОВИЯХ РЕАНИМАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Р.К. Раджабов, А.А. Хамидов, Т.Я. Мусоев

Бухарский филиал РНЦЭМП

Введение. Судороги, как правило, представляют собой ограниченные по времени явления, не требующие неотложного вмешательства и не вызывающие каких-либо длительных последствий. Исключением являются длительные припадки, известные как ЭС. Определения ЭС основаны на том факте, что большинство приступов самокупируются. В таком случае ЭС можно рассматривать как отказ тормозных механизмов, которые обычно заканчивают припадок. Основываясь на этой концепции, определение ЭС основано на времени, при котором необходимо вмешаться, чтобы остановить припадок. Это определение ЭС никогда не основывалось на 30-минутном интервале, и все клинические испытания и рекомендации предполагают, что 5-минутный период является подходящим временем для вмешательства при судорожных припадках.

Цель. Описать течение эпистатуса с дальнейшей интенсивной терапией в условиях реанимационного отделения.

Материалы и методы. В основу ретроспективного и проспективного исследования были положены данные 18 больных с эпистатусом. Подавляющее большинство больных были в возрасте до 28 лет – 83,2%, средний возраст составил 27,33±2,3 года. ЭЭГ у 73,2±2,3 исследуемых характеризуется наличием локальной низкоамплитудной бета-активности или замедлением (сначала в тета-, а затем в дельта-диапазоне) электрической активности битемпорально или локально в височных отведениях. Длительность заболевания эпилепсией в исследуемой группе составила в среднем 13,5±0,78 года. Клинические проявления больных сопровождались: изменением сознания 74,3±3,1; лихорадкой 56,2±1,3; гипоксией и структурными патологическими изменениями в головном мозге 84,1±2,1; мышечными спазмами 18,4±1,3. Все обследованные были с верифицированным диагнозом эпилепсии и состояли на учете в психоневрологическом диспансере.

Результаты исследования. В результате исследования было выявлено, что большинство игнорировало лечение эпилепсии, что, в свою очередь, зачастую приводило к переходу развития у больных эпилептического статуса. В качестве препарата первой линии применялся из бензодиазепиновой группы верзепам (мг/кг) 20 мг в день, который представляет собой безопасное, быстродействующее и эффективное лекарственное средство. Терапия второй линии на установленной стадии состояла из использования вальпроевой кислоты (конвулекс) 500 мг 2 раза в день. Рекомендуется перевести больного на адекватную ИВЛ-терапию и назначить инфузию барбитуратом, выбор пал на тиопентал натрия (мг/кг) 2 г в день. С целью противоотёчной дегидратационной терапии был использован 7,5% раствор натрия хлора с введением осмотического диуретика маннитола. С целью нейропротекции был использован цитиколин и витаминокомплекс группы В и С. Мембраностабилизирующая терапия: калий хлор 4% – 20 мл + магний сульфат 25% – 5 мл + лидокаин 2% – 4мл + натрий хлор 0,9% – 20 мл. К дополнению к вышеизложенным препаратам, оценивая индивидуальные показатели больных, были использованы ГКС, антикоагулянты (гепарин 20000 ед/день), гастропротекторы (омез 40 мг), парентеральное питание (белкосер 6% – 500 мл).

Вывод. Оценка и лечение ЭС должна быть индивидуальной для каждого пациента. Пациентам с имеющимся диагнозом эпилепсии следует получить уровни противосудорожных препаратов, чтобы определить у них соблюдение и возможные будущие изменения в дозировке. Рекомендуется у всех больных с эпилепсией провести инструментальные методы исследования (МРТ, ЭЭГ) для выявления патологий и очагов. Причина эпитстатуса, возраст пациента и сопутствующие заболевания – всё это влияет на исход пациента. В целом смертность от эпитстатуса составляет 9–35% у взрослых, когда у детей смертность значительно меньше. Самая высокая смертность наблюдается у пожилых

пациентов в >70% случаев. Это, вероятно, связано как с высокой частотой причин с неблагоприятным прогнозом, таких как инсульт, инфаркт миокарда и другие формы ишемического повреждения головного мозга, так и со сниженной способностью пожилых людей переносить изменения метаболических процессов.

Лечение ЭС следует начинать незамедлительно, чтобы снизить заболеваемость и смертность ведь длительный припадок может вызвать необратимые повреждение головного мозга. На уровне фундаментальной науки необходимо продолжать определение молекулярного и клеточного патогенеза эпитстатуса.

РЕАНИМАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШИМ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ И НАРУШЕННЫМ КАРКАСОМ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Д.М. Сабиров[1], А.Л. Росстальная[1,2], Х.Х. Дадаев[2], Р.О. Рахманов[2]

[1]Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при МЗ РУз

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи[2]

В настоящее время отмечается значительный рост травматизма, имеющего многообразные причины. В мире ежегодно от травм гибнет свыше 5 млн человек. По данным ВОЗ от 2009г, дорожно-транспортный травматизм занимает лидирующее место в ряде причин общей смертности населения в группе лиц моложе 29 лет и третье место в возрасте от 30 до 44 лет. В США травматические повреждения стоят на первом месте как причина смерти в возрастной группе до 35 лет. Несмотря на достигнутые в последние годы, определенные достижения в оказании помощи данному контингенту пациентов, летальность среди них достигает 90%. При этом решение задач обеспечения биооптимизации уровня развертывания срочных и долговременных компенсаторных процессов системы внешнего дыхания и гемодинамики определяет в значительной степени исход травматической болезни.

В связи с этим **целью исследования** явилось улучшение результатов пострадавших при сочетании тяжелой черепно-мозговой травмы с нарушением каркаса грудной клетки путем совершенствования респираторной поддержки, учитывая индивидуальные особенности развертывая компенсаторных процессов.

Материал и методы. Нами был проведен анализ 57 пациентов с сочетанной тяжелой черепно-мозговой травмой в сочетании с нарушением каркаса грудной клетки за период с 2018 по 2022 г., находившихся в нейрореанимации РНЦЭМП. Средний возраст пострадавших составил 33±8 лет, из них 89% составили мужчины и 11% женщин. Шок при поступлении в отделение реанимации отмечался у 71% пострадавших. Тяжесть состояния по APACHE II на момент поступления в реанимационное отделение в среднем составила 21±0,9. Среднее количество сломанных ребер у одного больного – 7±0,6. Двусторонние повреждения ребер – у 27%. Тяжесть повреждения легких по Murray при поступлении >2,5.

Все больные после операции поступали в реанимационное отделение для дальнейшего лечения и наблюдения. Всем больным проводилась фиксация ребер при помощи пластины. В дальнейшем в отделении больные были разделены на 2 группы в зависимости от способа вентиляции. В первую группу вошло 27 больных, которым ИВЛ проводили в режиме SIMV VC, во вторую группу были включены 30 больных, которым ИВЛ проводили вентиляцию в комбинации режимов SIMV VC и sHFJV. Полученные данные регистрировали непосредственно в период проведения ИВЛ, через 10–15 мин с момента поступления в реанимационное отделение, через 6–12–24 часа и в последующем каждые сутки.

Результаты и обсуждение. Проводя анализ данных до и после проведения респираторной поддержки, можно сказать, что в первые сутки нахождения в реанимационном отделении состояние больных оценивалось как тяжелое. Значения параметров в режиме SIMV VC: АД сис., мм рт.ст. – 130±3,5; АД диас., мм рт.ст. – 78±2,2; PaO_2/FiO_2, мм рт.ст. – 198±1,4; SaO_2, % – 90±1,2; Qs/Qt, % – 21,1±1,9; ЧСС, в мин – 76±4,5; СИ, л/мин/м^2 – 3,2±0,7; С, мл/см H_2O – 42,8±3,2; PaO_2, мм рт.ст. – 59±1,1; $PaCO_2$, мм рт.ст. – 37±1,7; а в режиме SIMV VC и sHFJV – АД сис., мм рт.ст. – 121±3,7; АД диас., мм рт.ст. – 75±3,1; PaO_2/FiO_2, мм рт.ст. – 121±11,5; SaO_2, % – 97±1,2; Qs/Qt, % – 16±1,4; ЧСС, в мин – 68±3,8; СИ, л/мин/м^2 – 3,6±1,3; С, мл/см H_2O – 67±2,3; PaO_2, мм рт.ст. – 106±1,3; $PaCO_2$, мм рт.ст. – 39,4±1,5. По показателям из КОС можно увидеть достоверное улучшение газов крови, сатурации и снижение шунта у больных, которым проводили вспомогательную вентиляцию легких при сочетании режимов SIMV VC с sHFJV.

Продолжительность респираторной поддержки составила 6,1±1,4 суток, это значительно меньше, чем у больных, находящихся на ИВЛ в 1-й группе – 14,9±2,4 суток ($p<0,01$). Подобным образом различалась и длительность пребывания в реанимационном отделении, так, в основной группе – 12,8±1,6 суток, в контрольной группе – 20,8±1,6 суток ($p<0,01$).

Выводы. Применение режима SIMV VC: у больных с сочетанной травмой и нарушением каркаса грудной клетки, а также легких на фоне их ушиба улучшает оксигенацию и параметры внешнего дыхания, но оказывает отрицательное влияние на показатели гемодинамики и газов крови, что удлиняет пребывание больных на ИВЛ и, соответственно, в отделении реанимации. При применении

сочетания режимов SIMV VC с sHFJV включение спонтанного дыхания больного улучшает показатели внешнего дыхания, гемодинамики и газов крови, что в последующем снижает процент присоединения пневмонии на 26% и соответственно снижает время пребывания в стационаре в среднем на 3–5 дней.

ФАСЦИАЛЬНАЯ БЛОКАДА НЕРВОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ КАК МЕТОД ВЫБОРА ПРИ ОБЕЗБОЛИВАНИИ БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ РЕБЕР

В.Х. Шарипова, И.В. Фокин

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Переломы ребер составляют от 10 до 12% от всех случаев травм и, как правило, являются маркером тяжелого повреждения. Переломы от трех и более ребер определяются как множественные, что составляет до 68% из всего количества переломов ребер. Несмотря на оказание своевременной и современной медицинской помощи, в 33% данная патология сопровождается различными тяжелыми плевро-легочными осложнениями, которые включают ателектазы легких, пневмонию, ОРДС, гидропневмоторакс, эмпиему плевры, что в значительной мере продлевает сроки госпитализации больных. Боль при множественных переломах ребер имеет высокую интенсивность и такие простые физиологические действия, необходимые для процессов саногенеза, как глубокий вдох, продуктивный кашель, изменение положение тела, которые приводят к увеличению интенсивности боли. В результате увеличивается ригидность грудной клетки и появляются условия для возникновения ателектазов и пневмонии. Соответственно, выбор и применение оптимального метода обезболивания больных с множественными переломами ребер в системе экстренной медицинской помощи является важнейшим компонентом в комплексном лечении этих больных. На наш взгляд, таким оптимальным методом является мультимодальная аналгезия системными анальгетиками с совместным применением регионарных методов обезболивания, а именно – блокада фациальной плоскости мышцы, выпрямляющей спину (БФПМВС).

Цель исследования. Оценить эффективность продленной блокады фасциальной плоскости мышцы, выпрямляющей спину, у пациентов с множественными переломами ребер.

Материалы и методы. В исследование включили 40 больных с множественными переломами ребер. В зависимости от способа обезболивания переломов ребер больных разделили на 2 группы, где в контрольной группе (n=20) обезболивание проводили системными анальгетиками, а в основной группе (n=20), помимо системных анальгетиков, обезболивание дополняли продленной блокадой мышцы, выпрямляющей спину, в фасциальной плоскости. Измеряли выраженность боли по цифровой рейтинговой шкале боли (ЦРШ) в покое и при кашле, форсированную жизненную емкость легких, потребность в инъекционных наркотических анальгетиках.

Результаты. Показатель ЦРШ в покое в основной группе был статистически значимо выше по сравнению с контрольной группой: на II этапе – 1,5 балла (IQR: 1,0–3,0) против 3,0 баллов (IQR: 3,0–4,0); на III этапе – 2,0 балла (IQR: 1,0–2,0) против 4,0 баллов (IQR: 3,0–5,0); на IV этапе – 1,5 балла (IQR: 0,8–2,2) против 4,5 балла (IQR: 4,0–5,0); на V этапе – 1 балл (IQR: 0–2,0) против 3,0 баллов (IQR: 2,8–4,0) соответственно ($p<0,001$). Показатель ФЖЕЛ в контрольной группе в процентном соотношении, в зависимости от должной по полу, возрасту, росту и весу пациента, составил на II этапе 38±8% (95% CI: 34–41); III этапе – 44±8% (95% CI: 40–47); IV этапе – 41±10% (95% CI: 36–45) и V этапе – 49±10% (95% CI: 45–53). В основной группе ФЖЕЛ составил на II этапе 49±15% (95% CI: 42–56), III этапе – 50±13% (95% CI: 44–57), IV этапе – 53±13% (95% CI: 47–59) и V этапе – 57±11% (95% CI: 52–63), что, соответственно, было на 22%, 14%, 24% и 15% статистически значимо меньше, чем в основной группе ($p<0,05$). Потребление наркотических анальгетиков в 1-е сутки и 2-е сутки после начала исследования в основной группе составило 5,0 мг (IQR: 5–10) и 5,0 мг (IQR: 0–5,0) против 10,0 мг (IQR: 5,0–15,0) и 7,5 мг (IQR: 5,0–10,0) в контрольной группе соответственно ($p<0,05$).

Заключение. Продленная блокада фасциальной плоскости мышцы, выпрямляющей спину, улучшает качество обезболивания и увеличивает показатели ФЖЕЛ у больных с множественными переломами ребер.

ПРИЧИНЫ СМЕРТИ И ЛЕТАЛЬНОСТЬ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ

Ф.О. Темиров, Б.Н. Холмуродов, Д.И. Тогбоев

Бухарский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Актуальность. Термическая травма продолжает оставаться одной из сложных проблем современной клинической медицины. Основными причинами смерти, как и полвека назад, остаются шок, пневмонии и генерализованная инфекция – сепсис, от которых погибает от ⅔ до ¾ всех умерших. Остальные причины смертельных исходов – острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, острые язвы желудочно-кишечного тракта, сопровождающиеся массивным кровотечением или прободением с развитием перитонита, тромбоэмболия легочной артерии и др. –

встречаются лишь в единичных случаях и не являются определяющими факторами. Приводимые в литературе такие обозначения причин смерти, как полиорганная недостаточность, отек легких, «септические осложнения», как таковые причинами смерти являться не могут, ибо представляют собой лишь симптом или синдром определенного заболевания.

Цель исследования. Изучить причины смерти больных тяжелой термической травмой.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов 25 взрослых пациентов, лечившихся в комбустиологическом отделении Бухарского филиала РНЦЭМП в течение 2021–2022 гг. и умерших от термической травмы, из них подвергнуты вскрытию 8. Общая летальность в 2021 г. составила 1,4%, в 2022 – 2,2%. Показатель общей летальности в ожоговом центре за годы его существования оставался довольно стабильным.

Результаты и обсуждение. Среди основных причин смерти обожженных за прошедший почти полувековой период оказания специализированной помощи обожженным в комбустиологического отделения Бухарского филиала РНЦЭМП происходили существенные изменения. Воспалительные изменения легочной ткани и бронхов всегда были одной из основных причин смерти обожженных, однако за последнее время участились случаи смерти от этого заболевания. Так, если за период 2021–2022 гг. умершие от пневмонии составили 34% от всех умерших, то за 2022 г. частота этого осложнения возросла в 1,2 раза и составила 42%, т.е. почти каждый третий умер от пневмонии. Это объясняется тем, что многие больные поступили с термоингаляционной травмой тяжелой степени, и тяжелообоженные долгое время находились в постельном режиме. Пневмония всегда значительно утяжеляет течение ожоговой болезни, поэтому лечение такого тяжкого осложнения должно проводиться со всей тщательностью и в условиях интенсивной терапии, при непосредственном участии терапевта. Умершие от шока составили в 2021 году 28,6% среди всех умерших, что статистически не отличается от данных за 2020 год. При этом все пострадавшие имели ожоги IIIБ ст., а 42,2% из них – также ожоги IV ст.

Площадь поражения у этих пациентов составила 75,3±3,2% п.т., при том, что в 2022 г. контингент умерших при явлениях шока содержал больше лиц пожилого и старческого возраста. Необходимо обратить особое внимание на лечение шока лиц пожилого и старческого возраста, имеющих сложный преморбидный фон, содержащий, как правило, выраженную сосудистую патологию. Так, у троих умерших в период шока имели место явления острого нарушения мозгового кровообращения. В связи со всем вышеизложенным безусловно отрадным является тот факт, что сепсис среди причин смерти имеет положительную динамику, а за два последних года (2021–2022 гг.) от сепсиса погибли всего лишь 3 пациента. Надо полагать, что это связано с широким внедрением в лечение обожженных метода ранней некрэктомии. Острые нарушения мозгового кровообращения, развивающиеся у лиц преклонного возраста по ишемическому или смешанному типу и сопровождающиеся стертой клинической картиной, чаще всего трактуются как проявления ожоговой энцефалопатии.

Выводы. Таким образом, несмотря на наличие безусловных положительных сдвигов в лечении обожженных, что особенно видно на примере сепсиса, остается еще много проблем, которые требуют решения.

1. Проводить адекватную противошоковую терапию с учетом возраст больного.

2. Ранняя профилактика полиорганной недостаточности.

3. Организационные меры – оснащение ожоговых отделений, в первую очередь, современной диагностической и следящей аппаратурой.

4.Повышение профессионального уровня молодых специалистов-комбустиологов путем проведения узкотематических семинаров, регулярных клинико-анатомических конференций с детальным разбором вопросов диагностики и адекватности осуществлявшегося лечения конкретного пациента, организации систематической работы узких специалистов в ожоговых отделениях.

Всё это должно повысить уровень диагностики и профилактики развивающихся осложнений ожоговой болезни и способствовать в целом повышению эффективности лечения обожженных.

МЕТОД РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОЖОГАМИ ЛИЦА И ШЕИ

У.Т. Тоирова, В.К. Халиков, У.Н. Бобаев

**Андижанский филиал РНЦЭМП,
Узбекистан**

Ежегодно на стационарном лечении в отделении комбустиологии Андижанского филиала РНЦЭМП находится от 500 до 650 больных, из которых 7–8% составляют больные с ожогами лица и шеи, из них более половины – дети. Часть этих детей поступает в отделение ДАР.

Высокодифференцированная иннервация лица, выраженная болевая реакция, сочетанность с ожогами верхних дыхательных путей, быстро нарастающий отек лица и шеи, ограничение движений губ, затруднение приема пищи, моральное и психическое страдание больных обусловливают значительную тяжесть ожогов этой локализации.

Отеки лица, возникающие в результате термической травмы, еще больше ухудшают психоэмоци-

ональное состояние больных, а иногда приводят к острым психозам, особенно у женщин.

На современном этапе лечения ожоговых больных недостаточно уделяется внимания зональному течению раневого процесса. Выраженный интерстициальный отек, усугубляющий нарушение микроциркуляции, клеточный обмен, ацидоз, а также первичная инфицированность ожоговой раны могут привести к нежелательным последствиям и осложнениям. Мы считаем, что необходимо параллельно с общим лечением начинать и местное лечение с точки зрения создания оптимальных условий для заживления ожоговых ран. Поэтому ранняя ликвидация отеков области лица и шеи влияет не только на течение раневого процесса, но и на функциональное состояние организма в целом.

Нами у 42 больных с ожогами лица и шеи с целью ранней ликвидации отека был применен метод региональной лимфотерапии. А местно применяли из искусственных раневых покрытый «Бранолинд-Н». Для лимфостимуляции применяли фуросемид, гепарин, новокаин и антибиотик в возрастных дозах, которые вводили в подчелюстную область. В результате улучшения лимфооттока отеки лица и шеи спадали на 24–36 часов раньше, чем у больных, которым не проводилась региональная лимфатическая терапия (РЛТ). При проведении РЛТ улучшилось состояние микроциркуляторного русла, что положительно влияло на течение раневого процесса. Введение антибиотиков широкого спектра действия методом РЛТ уменьшало количество гнойных осложнений ран на 46%. А применение покрытий «Бранолинд-Н» делало перевязки щадящими и малоболезненными. Дети, находящиеся и получающие лечение в отделении ДАР, перевязываются под общим обезболиванием, и РЛТ делается им там же.

Ранняя ликвидация отека улучшала психоэмоциональное состояние больных, уменьшала чувство страха, дискомфорта, психоз в разных проявлениях проходил быстрее. Применение метода РЛТ способствовало более раннему приему пищи и жидкости, реже проявлялись явления дисфагии и поперхивания. Всё это благоприятно сказывалось на течении послеожогового периода и приводило к более ранней реабилитации пострадавших.

ВЫСЕВАЕМОСТЬ PNEUMOCOCCUSS AERUGINOSA В ХИРУРГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ ФФ РНЦЭМП

М.У. Турсунова, Н.И. Махмудов, А.Н. Мемджанова

Ферганский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Актуальность. Бактерии рода Psevdomonas относятся к группе неферментирующих грамотрицательных (гр-) неспорообразующих, аэробных бактерий. Псевдомонады обитают как сапрофиты повсеместно в воде, посевах, растениях, животных, в редких случаях они выделяются с кожи, слизистой носа и зева в 0,2–0,3%, фекалиях здоровых людей. К патогенным псевдомонам относят только синегнойную палочку Ps. aeruginosa, обладающую многими факторами патогенности и вызывающую «синегнойную инфекцию» – гнойно-воспалительные и септические заболевания любых локализацией с тяжелым течением. Другие псевдомонады – P. putide, P. fluorescens, P. ten-docina, P. stutseri, P. alcoligenes, P. pseudoalcoligenes – относятся к микробам-оппортунистам, вызывающим заболевания лишь у больных с выраженно сниженной резистентностью к инфекции.

По частоте Ps. aeruginosa занимает 1–2 место и относится к основным возбудителям гнойно-септических госпитальных инфекций в ожоговых, урологических, онкологических, травматологических, пульмонологических отделениях.

Нами были проанализированы результаты микробиологически обследованных больных с выявленой в биоматериалах Ps. aeruginosa по хирургическим отделениям за период 2018–2022 гг.

Результаты и обсуждение. В 2018 году при микробиологическом исследовании отделений больницы из 1741 высеяно 32 культуры Ps. aeroginosa. Из них: в гнойном отделяемом – 4 из 138 исследований; в моче – 9 из 313; в отделяемом зева – 3 из 87; в мокроте – 3 из 134; в крови на стерильность – 5 из 204; в крови на гемокультуру – 5 из 270; в перитонеальной жидкости – 1 из 17.

В последующие годы отмечалась следующая динамика: в 2019 г. высеяно 13 из 1351 исследований. В 2020 году – 21 случай из 1112; в 2021 году – 23 из 1491; в 2022 году – 25 из 1630.

В 2020 году при исследовании крови на стерильность пациента ожогового отделения с температурой 38–39 °С из 1741 Ps. aeruginosa выделена в 3 случаях, в 2021 году – 1 случай. В 2022 году высеяно 2 у больных с субфебрильной температурой в отделениях детской реанимации и нейрохирургии.

В настоящей работе представлены результаты, полученные в хирургическом отделении ФФ РЦНЭМ. Забор материала производился при соблюдении всех правил асептики путём смывов из раны, трахеостомы, посевов мокроты, мочи, гноя, крови на стерильность и на гемокультуру.

В 2019 году в хирургическом отделении ФФ РЦНЭМ не выявлено ни одного случая. За 2020 год отмечены 4 случая с различными диагнозами: посттравматическая ампутация 1–2 пальцев стопы, атеросклероз сосудов нижней конечности, диабетическая ангиопатия сосудов, открытая травма бедра, тромбоз сосудов.

Вывод. Частота высеваемости Ps. aeruginosa в хирургическая отделении ФФ РЦНЭМ незначительная. Высеваемость зависит от времени получения травмы, полноты и своевременности её первичной

хирургической обработки, наличия осложнений. Низкая частота гнойных осложнений свидетельствует о соевременности доставки больного в стационар и полноте оказания помощи. За 5 лет выделено Ps. aeruginosa только в 7 случаях из 44 (15,9%), когда первичная хирургическая обработка проводилась в районных субфилиалах ФФ РНЦЭМ и пациенты были доставлены в Центр с наличием осложнений. Для экспресс-диагностики инфицирования и своевременного предотвращения осложнений требуется наличие дополнительного оснащения в виде ПЦР, ИФА выделением возбудителей в ранние стадии заболевании и определение чувствительности к ряду антибиотиков.

ПРЕИМУЩЕСТВО АВТОМАТИЗАЦИИ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА НА ПРИМЕРЕ ДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОНИИ СМЕШАННОГО ГЕНЕЗА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

М.У. Турсунова, А.Н. Мемджанова

Ферганский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Несмотря на успехи в лечении и диагностике пневмоний, выявление возбудителя вызывает определённые трудности и не позволяет определить нозологический диагноз по этиологическому принципу. Выделение возбудителя и определение чувствительности диско-диффузным методом, основанным на изучении задержки роста микроорганизма вокруг бумажного диска с антибиотиком, плохо поддается стандартизации, требует много ручного труда и по международным стандартам EUCAST CLSI не рекомендуется.

Цель исследования. Выявить преимущество работы микробиологического автоанализатора в сравнении с классическим методом.

Материал и методы исследования. В период пандемии Covid-19 2020–2021 гг. развёрнуты дополнительные койки в соматических стационарах, включая ФФ РНЦЭМП. В 2020 г. обследовано 530 больных с пневмонией смешанного генеза на предмет бактериального поражения лёгких. При посеве мокроты у 497 выявлены следующие ассоциации микроорганизмов: Candida albicans – 44 (9%), сочетание Streptococcus pnevmonya с Candida albicans – 30 (5,6%), Streptococcus pnevmonya – 100 (20,1%), St. aureus – 22 (4,4%), Psevdomonas aeroginosa – 6 (1,2%), НГОБ – 56 (11,2%). Подавляющее число стрептококков оказалось чувствительным к азитромицину, рифампицину, хлорамфениколу и тейкопланину, линезолиду, ванкомицину, умеренно устойчивостым к тайгециклину, триметоприм/сульфаметаксазолу с устойчивостью к цефалоспоринам, ампициллину, доксациллину, левофлоксацину, клиндамицину, нитрофурантоину, амоксациллину. В 2021 году, кроме пульмонологического отделения, в других отделениях микробиологически исследованы гной, мокрота, СМЖ, плевральная жидкость, жидкость из брюшной полости, моча, слизь из трахеи и другие биоматериалы.

В 2021 году выявлено 6718 патологий, из них St. aureus – 1055 (15%), Candida albicans – 346 (26%), Streptococcus pnevmonia – 402 (6%), грамотрицательные бактерии – 1838 (27,3%).

Грамнегативные микроорганизмы устойчивы к ампициллину, амоксициллину, клавуланату, цефуроксиму и линкомицину, чувствительны к цефтриаксону и ципрофлоксацину, левофлоксацину и амикацину, имипинему и хлорамфениколу.

В семействе Stafilococcoceae чувствительность к нижеследующим антимикробным препаратам: клиндамицину, цефтриаксону, ципрофлоксацину, тейкопланину и хлорамфениколу. Среди проанализированных штаммов Streptococcjceae наибольшее число изолятов резистентно к воздействию ампициллину и цефтриаксону, хлорамфениколу., наиболее высока чувствительность к тейкопланину, клиндамицину, ванкомицину и рифампицину, имипенему.

Выводы:

1. Вышеперчисленные особенности анализатора Vitek 2 Compact позволяют сделать вывод, что автоматизация микробиологических лабораторий способствует получению достоверных данных о чувствительности к противомикробным препаратам в более короткий срок.

2. Раннее начало адекватной противомикробной терапии, в свою очередь, повышает эффективность лечения, снижается его продолжительность и стоимость.

3. К преимуществам анализатора необходимо отнести возможность выбора большого спектра антибиотиков, со стандартизированным по международным стандартам MIC.

4. Автоматический анализатор даёт возможность быстро и очень точно определить, какой именно из 400 микроорганизмов есть в материале.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПОЛИМЕРНОЙ ПЛЕНКИ С НАНОЧАСТИЦАМИ СЕРЕБРА В ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

В.У. Убайдуллаева, А.Д. Фаязов, М.М. Мирхайдаров, У.Р. Камилов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкет, Узбекистан

За всю историю хирургического лечения обожженных пройден огромный путь в выборе лечения от лекарственных препаратов, воздействующих непосредственно на рану до пересадки кожи.

Система местного лечения ожогов играет значительную роль в обеспечении неосложненного течения ожоговой болезни вообще и ожоговой раны.

Цель исследования. Проведение сравнительного морфологического анализа течения раневого процесса ожогов при использовании полимерного пленочного покрытия различной толщины со стабилизированными наночастицами серебра в различных концентрациях (Ag-КМЦ).

Экспериментальные исследования выполнялись в соответствии с Хельсинской декларацией Всемирной медицинской ассоциации «Международные рекомендации по проведению медико-биологических исследований с использованием животных» (2000 г.). Всем крысам в эксперименте моделировался термический ожог путем прикладывания стеклянной мензурки, наполненной кипятком и находящейся в водяной бане, на депилированную кожу. Диаметр дна мензурки – 3,5 см, экспозиция – 12 секунд. Как следствие нанесенного термического ожога отмечалось формирование ожогов II–IIIАБ степени. Далее на обожженную поверхность накладывалась полимерная пленка с содержанием наночастиц серебра в различных концентрациях. На 8–15 сутки, в зависимости от состояния раны, проводилась некрэктомия.

Из 60 крыс сформировано 4 группы, по 15 крыс в каждой, лечение которых было связано с использованием биоразлагаемого покрытия Ag-КМЦ, толщиной 60–70 мкм, с различными концентрациями наночастиц серебра: 0,00216%, 0,00324%, 0,00432%, 0,00648%. Для морфологического исследования забор материала проводился с зоны патологических изменений и с пограничной зоны, для отслеживания развития динамики происходящих процессов материал брали на 7-е, 15-е и 30-е сутки.

Полученный материал фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина (pH 7,2–7,4) и заливали в парафин по Лойда З. и соавт. (1982) [7]. Из полученных таким образом блоков готовили серийные срезы, которые окрашивали гематоксилином и эозином. Готовые гистологические препараты помещались под цифровую видеокамеру «ProgRes CT3, установленную на микроскопе «Axioskop 40» (ZEISS), для проведения серийных съемок.

Проведенная научно-исследовательская работа показала, что группах исследования с использованием в лечении полимерной пленки с содержанием наночастиц серебра сроки полной эпителизации раневых поверхностей составляли:

– 1-я группа (использование полимерной пленки с содержанием наночастиц серебра в концентрации 0,00216%) – 29,4±1,5 суток;

– 2-я группа (использование полимерной пленки с содержанием наночастиц серебра в концентрации 0,00324%) – 29,4±1,5 суток;

– 3-я группа (использование полимерной пленки с содержанием наночастиц серебра в концентрации 0,00432%) – 29,8±1,6 суток;

– 4-я группа (использование полимерной пленки с содержанием наночастиц серебра в концентрации 0,00648%) – 29,4±2,0 суток.

Несмотря на практически одинаковые показатели сроков заживления ран, отмеченные при визуальном наблюдении, при морфологическом исследовании картина была не столь однозначной. На 7-е сутки морфологическая картина мало чем отличалась во всех группах, значимая разница в течении раневого процесса зафиксирована на 15-30-е сутки. Использование в лечении Ag-КМЦ стимулировало более ранние и более активные процессы регенерации раны, за счет формирования грануляционной ткани на 15-е сутки после травмы, с переходом ее в соединительную ткань к 30-м суткам. При этом лучшие результаты были отмечены в 1-й и 4-й группах, так как именно в этих группах шло формирование соединительной ткани к 30-м суткам, тогда как во 2-й и 3-й группах в эти же временные отрезки формировалась грануляционная ткань.

Морфологически доказано, что применение пленочных покрытий Ag-КМЦ позволяет сократить сроки восстановительного процесса, достигая своим применением основной цели – раннего формирования грануляционной ткани, снижение вторичных воспалительных процессов.

БЛОКАДА ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ ПОД УЗИ-НАВИГАЦИЕЙ ПРИ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЯХ В УСЛОВИЯХ ФФ РНЦЭМП

Д.Р. Умаров, У.О. Кодиров, Н.И. Махмудов, С.Э. Хаджиматов

Ферганской филиал РНЦЭМП

Введение. Внедрение технологий ультразвукового сканирования в повседневную анестезиологическую практику позволяет повысить качество и успех регионарной анестезии, а также снизить осложнения.

Цель. Визуализация периферического нервного блока верхних конечностей путём топографической локализации сосудисто-нервного пучка в надключичной и межлестничной области с использованием УЗИ-аппаратуры в ФФ РНЦЭМП.

Материалы и методы. Проведено перспективное рандомизированное клиническое исследование у 47 пациентов с травматологическими оперативными вмешательствами на верхних конечностях (переломы костей ключицы, плечевой кости, костей предплечья и кисти) под регионарной и общей анестезией. Возраст пациентов – от 20 до 73 лет. В возрастной категории старше 55 лет отмечались сопутствующие патологии как ИБС,

стенокардии; патологии со стороны респираторной системы, посткоронавирусные пневмонии; сахарный диабет и др., проведение общей анестезии у этих пациентов чревато возможными осложнениями. Техника проведения блокады периферического нервного блока в группе исследования (n=32 пациентов): блокада плечевого сплетения надключичными и межлестничными доступами с помощью ультразвукового сканирования в режиме in-line. В нашей работе был использован аппарат Mindray DP 6600. Визуализировали плечевой сосудисто-нервный пучок в надключичной и межлестничной областях. Вводили 25–35 мл 0,5% раствора бупивакаин. В группе сравнения (n=15 пациентов) проводили операции под общим (ОЭТА) наркозом.

Результаты. В группе исследования у 8 пациентов отмечалось чувство умеренной боли в конечных этапах оперативного вмешательства, в связи с чем этим больным проводилась легкая аналгоседация введением промедола и пропофола. Все операции прошли без осложнений, послеоперационный период проходил без особенностей, больные не предъявляли особых жалоб. Послеоперационный период наблюдения в отделении реанимации составлял примерно 0,5–1 ч, а многие исходно стабильные пациенты без сопутствующей патологии из операционного блока сразу же переводились в профильное отделение (травматологию). В группе сравнения, учитывая операции, под общей анестезией больному вводились все препараты компонентов общей анестезии, что определяет дороговизну анестезии, возможные интра- и послеоперационные осложнения, а также послеоперационный период пациентов в отделении реанимации занимал значительно больший промежуток времени.

Обсуждение. Предлагаемая методика обезболивания характеризуется высокой надёжностью, меньше осложнений по сравнению с общим наркозом, адекватное послеоперационное обезболивание, низкий риск тромбоэмболических осложнений, кровотечений, снижение потребностей в опиатах в послеоперационном периоде.

Вывод. Описанная техника может быть методом выбора при травматологических операциях на верхних конечностях и для пациентов с сопутствующей патологий, которым противопоказаны оперативные вмешательства под общей анестезией. Данный метод отличается отсутствием респираторной поддержки и значительным сокращением койко-дней в послеоперационном периоде в отделении реанимации.

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

Х.А. Усмонов, У.О. Кодиров

Ферганский филиал РНЦЭМП

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

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

Мы проанализировали 60 случаев: с исходной гиповолемией с острым кровотечением – 24 (40%), с тяжелой сочетанной травмой – 12 (20%), с алиментарной дистрофией, приводящей к гиповолемическим шоку – 24 (40%) случая. Возраст больных – от 18 до 40 лет. Диагностика и интенсивная терапия больных проводились в реанимационном зале приемно-диагностического отделения. У 15 больных наблюдалась ничем не объяснимая гипервентиляция. Несмотря на это, гипоксемия нарастала.

Мы оценивали это как начальную фазу синдрома шокового легкого. Исходя из этого после медикаментозной подготовки больные были переведены на ИВЛ. Для профилактики дальнейшего развития СШЛ она проходила в режиме PEEP. Для достижения этой цели использовано респиратор «Vela Plus» с пульсоксиметром. По ходу проводилась оксигенотерапия с увлажненным кислородом, скорость которого составила в среднем 3–5 и/мин.

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

В результате проводимой интенсивной терапии состояние больных стабилизировалось: АД в среднем – 130/80 мм рт. ст., Ps – 80–88; SaO_2>95%.

Цианоз исчез, кожа и видимые слизистые розовой окраски, дыхание спокойное. После этого больные успешно экстубированы течение 4–6 часов. Осложнений, приводящих к органной и полиорганной недостаточност, не отмечалось. Предупреждено развитие такого грозного осложнения, как СШЛ.

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

Выводы:

1. Таким образом, по данным наших наблюдений, СШЛ – довольно часто встречающееся осложнение в различных критических состояниях, требующее профилактики, потому что предупредить СШЛ можно сравнительно простыми, по своевременными мерами.

2. Важнейшая мера в профилактике синдрома – ранняя ИВЛ и улучшение реологических свойств крови. Если ИВЛ не слишком нарушает гемодинамику, надо, чтобы она проходила в режиме PEEP. Это требуется не вследствие одной гипоксии, а для того, чтобы, повышая внутриальвеолярное давление, уменьшить интерстициальное и вытолкнуть из капилляров задержанные там продукты нарушения метаболизма и микроциркуляции.

3. Своевременно начатая инфузионно-корригирующая терапия на фоне ИВЛ позволяет предотвратить различные грозные осложнения, в том числе и СШЛ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ РЕКОМБИНАНТНЫМ ТРОМБОПОЭТИНОМ ЧЕЛОВЕКА – РЕВОЛЕЙДОМ

Н.И. Файзуллаева

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии
Хорезмская область, Узбекистан

Иммунная тромбоцитопения (ИТП) – заболевание, характеризующееся геморрагическим синдромом по микроциркуляторному типу, петехиально-пятнистыми высыпаниями, кровоизлияниями в кожу и слизистые оболочки, а также кровотечениями.

Тромбоциты вырабатывает костный мозг. Нормальным содержанием тромбоцитов в крови у взрослых людей считается 150–450 тысяч Ед/Мкл, у детей старше года – 180–320 тысяч Ед/Мкл. При тромбоцитопении их содержание снижается не только ниже нормы, но до критического показателя в 10–20 тысяч Ед/Мкл.

Цель исследования. Определение безопасности и эффективности рекомбинантного тромпоэтина человека (рЧТП) для лечения хронической ИТП.

Материалы и методы исследования. Исследование было проведено у 30 больных с хронической формой ИТП, находившихся на постоянном наблюдении в РСНПМГЦ. В исследование были включены пациенты от 18 до 55 лет с признаками геморрагического синдрома и отсутствием положительного ответа на кортикостероиды. Средний возраст больных составил 36,5±8,5 года. Все пациенты получали револейд в дозе 50 мг в сутки. Лечение проводилось как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. Курс лечения назначался на несколько месяцев.

Контроль гемограммы проводился в день обращения и в каждые семь дней. Гемограмма выполнялась на аппарате sysmex.

Результаты исследования и их обсуждение. Учитывая частые рецидивы, неэффективность глюкокортикоидной терапии, больным этой группы были назначены агонисты рецепторов тромбопоэтина, элтромбопаг (Револейд). В результате применения револейда по 50 мг/сутки в течение 14 дней у 6 (20%) больных тромбоциты выросли выше 180 тыс. и больше, до 251,0 тыс. Длительность болезни в этой группе – от трех месяцев до девяти месяцев. Хороший результат показывали 16 больных. У этих больных тромбоциты увеличились от 100,0 тыс. до 180,0 тыс. Длительность болезни в этой группе – от 3 месяцев до 18 месяцев. Один больной из этой группы перенес спленэктомию 1 год назад. У 13 больных (43%) количество тромбоцитов достигло от 40,0 до 100,0 тысяч. Двое больных из этой группы болеют в течение 2,5 года. У 6 больных (20%) тромбоциты у двух выросли до 30,0 тыс., у четырех тромбоциты оставались единичными. Полученные результаты показали, что в 79% больных, принимавших револейд, наблюдался прирост тромбоцитов, что дало возможность вывести больных из критического состояние. Выявлено, что длительность болезни в какой-то степени отражается в результате лечения. Из 6 больных с неудовлетворительным результатом трое болели три года и более. Вероятно, это связано с истощением костного мозга, так как при аутоиммунной агрессии против тромбоцитов происходит повышенное разрушение тромбоцитов, а костный мозг для компенсации разрушенных тромбоцитов работает на износ. Это приводит к истощению костного мозга. В этом случае положительный результат от тромбопоэтиноподобных препаратов не будет. У двоих больных, принимавших препарат с первых дней, наблюдалось субъективное нарушение диспептического характера. Но больные продолжали курс лечения. Существенных осложнений, связанных с приемом препарата за этот относительно короткий срок, мы не наблюдали.

Таким образом, применение агонистов рецепторов тромбопоэтина, одним из которых является элтромбопаг (Революйд), является эффективным и быстродействующим лечением больных с ИТП, которые невосприимчивы к первоочередной терапии.

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЖОГОВЫХ РАН С ПРИМЕНЕНИЕМ ВРЕМЕННЫХ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ

А.Д. Фаязов, Д.А. Рузимуратов, У.Р. Камилов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Лечение пострадавших с термической травмой до настоящего времени представляет актуальную и сложную задачу современной медицины. Это связано с тем, что, несмотря на уменьшение общего числа пациентов с термической травмой, доля обожженных с обширными ожогами остается значительной. Предупреждение вторичного углубления пограничной ожоговой раны является необходимым условием её самостоятельного заживления. В основе эффективного лечения пациентов с пограничными термическими ожогами лежит активная тактика местного лечения с использованием временных раневых покрытий, ускоряющих регенераторные процессы в ране. Это позволяет улучшить результаты лечения и сократить сроки пребывания пациентов в стационаре.

Целью нашего исследования являлось улучшение результатов местного лечения ожоговых ран с применением временных раневых покрытий.

В отделении комбустиологии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи для местного лечения ожоговых ран были использованы синтетические раневые покрытия производства ЗАО «Новые перевязочные материалы» (Россия). Были применены следующие разновидности временных раневых покрытий: Воскопран с диоксидином, с мазью левомиколь, Парапран с лидокаином, химотрипсином, хлоргексидином.

При применении вышеуказанных раневых покрытий мы ориентировались на ингредиенты, содержащиеся в них. Так, Парапран с лидокаином с целью обезболивания был использован в ранние сроки (1–2 сутки) после травмы. Воскопран с диоксидином, левомиклью, Парапран с хлоргексидином были использованы с целью местной антибактериальной и противовоспалительной терапии, усиления местных регенераторных процессов поверхностных и пограничных ожогов в более поздние сроки. Парапран с химотрипсином использован после проведения операции некрэктомии на участках глубоких ожогов с целью ускорения формирования грануляционной ткани и последующего проведения аутодермопластики.

Клиническое изучение эффективности раневых покрытий Парапран и Воскопран для лечения больных с ожоговыми ранами позволило определить их преимущества по сравнению с традиционным способом местного лечения с использованием марлевых повязок с мазями Левомеколь, а также раствором бетадина.

В ходе изучения было показано, что раневые покрытия наиболее эффективны при лечении ожогов II–IIIA степени. В 1-й стадии раневого процесса данные повязки использовались для безболезненного ведения ран и быстрого очищения их от некрозов и фибрина. На 2–3 стадиях особенно удобны в применении повязки Парапран, т.к. они имеют собственный абсорбирующий слой и могут оставаться на ране до эпителизации без замены. В ряде случаев при ожогах II степени для полной эпителизации раны было достаточно однократного наложения повязок.

При лечении ожогов IIIБ–IV степени на этапе подготовки гранулирующих ран к операции раневые покрытия эффективно использовались для ведения ран. При этом раны не высыхали, быстро и безболезненно очищались от остатков некротических тканей, ускорялось формирование грануляционной ткани.

На фоне использования раневых покрытий при подготовке к операции ускорялся переход ожоговых ран в 3 фазу раневого процесс по сравнению с контролем.

При применении раневых покрытий нами отмечено снижение интенсивности болевого синдрома, уменьшение раневых потерь, ускоренные сроки эпителизации поверхностных ожогов, ускоренное очищение участков глубоких ожогов, что позволила в оптимальные сроки ускорить сроки формирования грануляций на участках глубоких ожогов и произвести пластическое закрытие дефектов кожи при обширности площади поражения.

Таким образом, применение раневых покрытий у тяжелообожженных является эффективным средством для местного лечения ожоговых ран, имеет преимущества в снижении кратности и травматичности перевязок. Применение раневых покрытий у больных с обширными глубокими ожогами позволяет выиграть время и закрыть обширные гранулирующие раны до момента их полного закрытия аутодермотрансплантатами, улучшить результаты аутодермопластики, сократить сроки лечения.

ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ОЖОГОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

А.М. Хаджибаев, Д.Б. Туляганов, А.Д. Фаязов[1], Т.А. Вервекина[1], Н.А. Циферова, У.Р. Камилов[1], О.С. Чарышникова[2], Д.А. Рузимуратов

[1]Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз
[2]Центр передовых технологий при Агентстве инновационного развития РУз

Несмотря на улучшение результатов лечения ожоговой травмы благодаря широкому использованию различных биотехнологических методов местного лечения ожогов, остаются определенные проблемы в их осуществлении.

Цель исследования. Оценка морфологических изменений в ожоговой ране при использовании культивированных аллофибробластов в местном лечении ожоговых ран в эксперименте.

Экспериментальные исследования выполнялись в соответствии с Хельсинской декларацией Всемирной медицинской ассоциации «Международные рекомендации по проведению медико-биологических исследований с использованием животных» (2000 г.). Для проведения эксперимента были сформированы 2 группы из 10 белых, беспородных, трехмесячных самцов, массой 230±50 г. Под общей анестезией наносился термический ожог путем прикладывания стеклянной мензурки, наполненной кипятком и находящейся в водяной бане, на предварительно депилированную кожу на спине животного. Диаметр дна мензурки – 3,5 см, экспозиция – 10–12 секунд. Животным 1-й группы на 7–9 сутки после травмы под общей анестезией производилось иссечение некротических тканей острым путем, после чего производилось обкалывание раневого ложа взвесью клеточной культуры аллогенных фибробластов. Во 2-й группе на 12–15-е сутки, после полного очищения раневой поверхности от некротических тканей, проводилось аналогичное введение взвеси клеточной культуры. В обеих группах глубина обкалывания составляла 3–4 мм, объем вводимой взвеси – 0,3 мл, плотность – 1 инъекция на 0,5 см^2. Клеточная культура, полученная в результате экспериментальных исследований по культивированию стволовых клеток – фибробластов из кожи 4 белых беспородных лабораторных новорожденных крыс, возрастом 1–3 суток, доставлялась из лаборатории экспериментальной биофизики Центра передовых технологий при Агентстве инновационного развития РУз. Конечная концентрация ресуспендированного клеточного осадка в стерильном физиологическом растворе составляла 1×10^6 клеток/мл.

В каждой из групп на 12-е, 20-е и 30-е сутки после начала эксперимента под общей анестезией производилось взятие биоптатов из раневой поверхности. Острым путем иссекали раневую поверхность в центральной и периферической зонах повреждения с частичным охватом подкожно-жировой клетчатки. После приготовления микропрепаратов изучение для определения качественных изменений микроструктуры проводилось на микроскопе «Axiostar» (ZEISS).

Выполненное исследование выявило следующие особенности:

В первой группе исследования при использовании активной хирургической тактики на 12-е сутки после травмы во всех слоях отмечались некротические и некробиотические процессы с массивной инфильтрацией сегментоядерными и нейтрофильными лейкоцитами. В верхней части дермы выявлялись очаги незрелой грануляционной ткани. Наиболее выраженные изменения выявлялись в центральной зоне. На 20-е сутки в центральной зоне всё еще определялись элементы некротических тканей с массивной воспалительной инфильтрацией, но данные участки занимали меньшую площадь. В верхних отделах дермы определялась зрелая и незрелая грануляционная ткань, в глубоких отделах – рыхлая волокнистая соединительная ткань с сетью капилляров. В периферических участках выявлялись небольшие участки незрелой и зрелой грануляционной ткани в верхней части дермы и дистрофия эпидермиса, прилежащего к зоне повреждения. На 30-е сутки в верхней части дермы определялось разрастание зрелой грануляционной и соединительной тканей. В отдельных образцах отмечалось формирование «неоэпидермиса», состоящего из 1–2 слоев плоского эпителия в виде продолжения сохранившего структуру многослойного плоского эпителия. Образцы из периферических отделов раны были представлены сохранившим структуру многослойным плоским эпителием с признаками дистрофии эпидермиса, полями рыхлой волокнистой ткани и зонами формирования плоского эпителия.

Таким образом, в группе исследования с использованием активной хирургической тактики и ранним инъекционным введением аллогенных стволовых клеток кожи выявлено раннее формирование незрелой грануляционной ткани (12-е сутки), зрелой грануляционной ткани (20-е сутки) и формирование неоэпителия (30-е сутки) как в центральной, так и в периферических зонах. Примечательным является тот факт, что более интенсивно восстановление ткани происходит в зоне глубоких отделов дермы с уменьшением интенсивности репарации в поверхностных участках.

Во второй группе исследования с использованием традиционного подхода лечения и более поздним введением аллогенных стволовых клеток кожи на 12-е сутки в образцах из центральной зоны раны отмечается массивный некроз всех слоев кожи.

При этом имеет место полное отсутствие воспалительной инфильтрации в некротических массах, а также колонии микроорганизмов в поверхностных зонах некротизированного эпидермиса. Лишь в отдельных образцах в глубоких отделах дермы и гиподермы имеются зоны с сохранением структуры и очагами мононуклеарной инфильтрации. На 20-е сутки в некротической ткани присутствует массивная инфильтрация нейтрофильными и сегментоядерными лейкоцитами. В прилежащих отделах дермы определяются субэпителиальные вакуоли, отслаивающие эпидермис, поля незрелой и очаги зрелой грануляционной ткани. В периферических зонах – эпидермис с некротическими изменениями и воспалительной инфильтрацией, в дерме – очаги грануляционной ткани. В артериальных сосудах дермы отдельных образцов, полученных из центральной и периферической зоны, определяются тромботические массы. На 30-е сутки во всех образцах как центральной, так и периферической зоны определяются поля некротизированного эпителия, диффузная воспалительная инфильтрация, поля незрелой и зрелой грануляционной ткани.

Таким образом, в группе с применением традиционной хирургической тактики и более поздним введением стволовых клеток кожи определяется обсеменение раневой поверхности колониями микроорганизмов, что, вероятно, и приводит замедлению процессов репарации как эпидермиса, так и глубоких отделов дермы по сравнению с группой активной хирургической тактики. Продолжение исследований в данном направлении в перспективе поможет оптимизировать лечение и качество жизни пациентов с ожогами, с созданием клинических стандартов ведения данных пациентов.

АНАЛИЗ НЕДОСТАТКОВ, ПРЕПЯТСТВИЙ И ПРОБЛЕМ В ПРАКТИКЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ В УЗБЕКИСТАНЕ

В.Х. Шарипова, А.Т. Эшбоев

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Проблема догоспитального обезболивания у пациентов с сочетанными травмами на сегодняшний день является актуальной. Такое важное звено оказания помощи на догоспитальном этапе, как обезболивание, сталкивается со множеством проблем, таких как боязнь назначения опиоидов со стороны парамедиков и врачей догоспитального звена, недостаточная оценка степени повреждения и, соответственно, недооценка тяжести и интенсивности болевого синдрома, отсутствие контроля за обезболиванием или чрезмерный контроль назначения опиоидных анальгетиков, отсутствие знаний у врачей.

Цель. Выявить недостатки и проблемы в осуществлении обезболивания на догоспитальном этапе у пациентов с сочетанными травмами в Узбекистане.

Материал и методы. Проведено анкетирование 200 врачей скорой медицинской помощи. Анкета состояла из 18 вопросов, которые были направлены на выявление уровня знаний по проблеме обезболивания, недостатков и трудностей в проведении обезболивания на догоспитальном этапе. Средний возраст врачей, прошедших анкетирование, составил 53,5±3,4 года. 60% врачей, прошедших анкетирование, – это врачи в возрасте от 45 до 65 лет. Врачи до 45 лет составили 40%. Мужчин было 275 (67,5%) человек, женщин – 130 (32,5%) человек.

Результаты исследования. Вопрос выбора обезболивающего агента при наличии у больного травматического шока с нестабильной гемодинамикой и явлениями гипоксии выявил, что 85% (340 врачей) респондентов предпочитает производить обезболивание анальгином, 6% (24 врача) – наркотическим анальгетиком, 9% (36 врачей) ответили, что проводить обезболивание не будут, так как перед ними стоит первоочередная задача – стабилизация гемодинамики. При выявлении причин отказа от применения НА при обезболивании пациентов с СТ 60% респондентов ответили, что не хотят применять НА в связи с наличием трудностей в списании препарата и большого спроса за его использование. 396 опрошенных респондентов (98%) предпочитают вводить препараты для обезболивания внутримышечно, и лишь 2% предпочитают внутривенный способ введения обезболивающего агента. Своей целью при оказании помощи пациенту с сочетанной травмой 64% респондентов считают как можно быструю доставку в специализированный стационар, остальные 36% предпочитают начинать противошоковые мероприятия в процессе доставки пациента. Ни один врач не использует в своей практике визуально-аналоговую шкалу оценки боли. На вопрос о том, уделялось ли внимание обезболиванию на курсах повышения квалификации, 51% (204 врача) опрошенных ответил отрицательно, 48% (198 врачей) опрошенных ответили, что целенаправленного обучения обезболиванию не было. Обезболивание рассматривалось как один из компонентов оказания экстренной медицинской помощи. Лишь 1% опрошенных (4 врача) ответил, что обезболиванию уделялось отдельное внимание на курсах повышения квалификации.

Выводы. Таким образом анкетирование врачей скорой медицинской помощи выявило ряд недостатков – недостаточные знания врачей скорой медицинской помощи о современных аспектах обезболивания, о применении на практике оценочных шкал боли, соответственно которым необходи-

мо подбирать тот или иной вид обезболивающего агента. У врачей скорой медицинской помощи существует ошибочное представление о том, что наркотические анальгетики оказывают влияние на гемодинамику, на сознание и неблагоприятны в использовании у пациентов с сочетанной шокогенной травмой. Всё вышеизложенное требует внедрения оценочных шкал боли, разработки алгоритма обезболивания и повышения знаний врачей скорой помощи в области обезболивания.

АЛГОРИТМ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

В.Х. Шарипова, А.Т. Эшбоев

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Улучшить качество обезболивания пациентов с сочетанной травмой на догоспитальном этапе.

Материал и методы исследования. В исследование включены 330 пациентов с сочетанной травмой, поступивших в РНЦЭМП в период с 2018 по 2020 г. Из общего количества пациентов машинами скорой медицинской помощи доставлены 56,6% (187 пациентов). Мужчины составили 70,4% от общего количества пациентов с СТ, остальные 29,6% составили женщины, средний возраст был 40,5±2,2 года. 15,7% пациентов поступили с травмой головы в сочетании с травмой опорно-двигательного аппарата и травмой грудной клетки. 5,4% пациента поступили с черепно-мозговой травмой в сочетании с травмой грудной клетки, но без травматических повреждений опорно-двигательного аппарата. Пациентов с черепно-мозговой травмой в сочетании с травмой опорно-двигательного аппарата и позвоночника было 2,7%. 2,8% поступили с черепно-мозговой травмой в сочетании с травмой опорно-двигательной системы и травмой внутренних органов. Анализируя характер травм поступивших пациентов, выявлено, что в 98,5% случаев травмы сопровождались черепно-мозговой травмой различной степени тяжести (легкая степень ЧМТ – 56%, средняя степень ЧМТ – 24%, тяжелая степень ЧМТ – 20%). Распределение пациентов по механизму травмы выявило, что наибольшее количество травм произошло в результате ДТП, составив 60,5%, на втором месте – травмы в результате кататравмы – 29,5%. Бытовой механизм травм составил в среднем 9,8%. Анализ обезболивания на основании алгоритма обезболивания проводился у 187 пациентов, доставленных машинами и бригадами скорой медицинской помощи.

Результаты исследования. Доля пациентов с оценкой боли по ВАШ менее 4 баллов (в среднем 3,2±0,03 балла – слабая боль по ВАШ) составила 23,4% – 44 пациента (расчет проводился из общего количества пациентов, доставленных СМП – 187 пациентов). К этой категории больных применялся анальгин 1000 мг в/в, согласно алгоритму обезболивания. Состояние тяжести этой категории пациентов соответствовало шоку 1 степени, индекс Альговера составил 0,82±0,003. При поступлении в стационар 50% (22 пациента) пациентов данной группы не потребовалось обезболивания, так как пациенты не ощущали боли, и ощущение боли по ВАШ соответствовало 1,5±0,01 балла. Остальным 50% пациентам (22 человека) потребовалось обезболивание, так как ощущения боли по ВАШ составило 3,8±0,05 балла, что соответствовало умеренной боли, и дополнительное обезболивание было произведено повторным введением анальгина 1000 мг в сочетании с НПВС. У 26,2% (49 пациентов) выявлена боль, равная 5,6±0,02 балла по ВАШ, это соответствовало умеренной постоянной боли. Данной категории больных, согласно алгоритму, обезболивание проводилось сочетанием анальгина 1000 мг с парацетамолом 1000 мг в/в. Состояние тяжести 47% (23 пациента) этой категории пациентов соответствовало шоку 2 степени, индекс Альговера составил 1,05±0,002. Остальные 53% (26 пациентов) соответствовали шоку 1 степени. При поступлении в стационар у данной категории пациентов боль, ранее оценённая как умеренно постоянная по ВАШ (5,6±0,02 балла), уменьшилась до 1,3±0,02 балла по ВАШ у 90% пациентов. Лишь 10% (5 пациентов) нуждались в дополнительном обезболивании, так как испытывали боль, равную 3,7 ± 0,05 балла по ВАШ. Дополнительное обезболивание производилось анальгином 1000 мг + НПВС. Боль, равная 8,6±0,06 балла по ВАШ, что соответствовало нестерпимой боли, выявлена у 33,4% (62 пациента). Данной категории пациентов обезболивание проводилось наркотическими анальгетиками в сочетании с парацетамолом. Тяжесть состояния данной категории пациентов соответствовала шоку 3 степени, индекс Альговера составил 1,18±0,009. При поступлении в стационар у 30,6% (19 пациентов) боль уменьшилась до умеренной. 17% (32 пациента) не были обезболены ничем.

Выводы. Разработана схема обезболивания пациентов с сочетанными травмами для применения на догоспитальном этапе. Данный алгоритм обезболивания направлен на индивидуализированное (персонализированное) обезболивание с применением визуально-аналоговой шкалы боли, с учетом наличия гиповолемии, шока и нестабильности гемодинамики. При разработке и адаптации данного алгоритма обезболивания учитывался формуляр медикаментов, пересмотренный и утверждённый в 2019 г. МЗ РУз для машин скорой медицинской помощи. Внедрение алгоритма обезболивания в клиническую практику бригад врачей СМП позволило

улучшить качество обезболивания, применить визуально аналоговую шкалу оценки боли и соответственно этой шкале и алгоритму обезболивания подобрать препарат для обезболивания в зависимости от болевых ощущений и от степени сохранности витальных функций организма.

КОНТРОЛЬ ИСТОЧНИКА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ СЕПСИСЕ

С.А. Шляпников, И.М. Батыршин, Н.Р. Насер, Д.С. Склизков

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

Сепсис и септический шок являются одной из ведущих причин летальности. Летальность при сепсисе достигает 50–60%, в среднем составляя 30–35%, в то время как при септическом шоке летальность вырастает до 80–90%. Контроль за источником инфекции является важнейшим мероприятием, обеспечивающим возможность и эффективность лечения пациентов. Прежде всего это относится к пациентам с интраабдоминальными инфекциями и некротизирующими инфекциями мягких тканей, которые составляют 35–40% всех больных с септическими реакциями. В алгоритме оказания помощи таким больным контроль за источником стоит на первом месте и должен быть выполнен в кратчайшие сроки после установки диагноза. Принципиальными остаются вопросы объема оперативного вмешательства и техника его выполнения.

В СПб НИИ скорой помощи проведены исследования по оценке объема и тактике хирургического вмешательства при интраабдоминальных инфекциях и некротизирующих инфекциях мягких тканей, осложненных тяжелым сепсисом и септическим шоком.

У 40 пациентов с вторичным перитонитом, осложненным септическим шоком, были выявлены следующие факторы риска летального исхода: 1. Возраст и индекс коморбидности Чарлсона в нашем исследовании у больных с оИАИ и септическим шоком являются независимыми предикторами летального исхода (p=0,016 и p=0,040 соответственно). 2. Длительная предоперационная подготовка является статистически значимым фактором для неблагоприятного исхода (p=0,028). 3. Длительное оперативное пособие и чрезмерный его объем являются причинами высоких показателей летальности у данной категории больных (0,044). Возможность улучшить результаты лечения такой категории больных заключается в сокращении объёма и длительности предоперационной подготовки, уменьшении продолжительности самого оперативного вмешательства за счет сокращения его объёма (отказ от реконструктивного этапа по восстановлению непрерывности кишечной трубки), а также применении методик временного закрытия брюшной полости (NPWT). Все вышеуказанные приемы укладываются в известную тактику Damage Control Surgery, применяемую в лечении пациентов с травматическим шоком и сочетанной травмой. Применение тактики сокращенной лапаротомии с NPWT, как методики временного закрытия брюшной полости, позволило статистически значимо сократить длительность оперативного пособия (p=0,025), что достоверно снизило летальность в исследуемой группе до 35,6% (p=0,038).

Выраженные системные нарушения, приводящие к развитию клиники полиорганной недостаточности и септического шока, являются ведущими предикторами летального исхода при некротизирующих инфекциях мягких тканей. Использование метода лечения ран отрицательным давлением в раннюю некробиотическую фазу позволило достоверно снизить летальность с 64,6 до 33,3%.

Выводы:

1. Пациенты с интраабдоминальными инфекциями, осложненными септическим шоком, должны быть оперированы в сокращенном объеме по принципу Damage Control.

2. Применение метода локального отрицательного давления у больных с некротизирующими инфекциями мягких тканей в ранний период до завершения некробиотической фазы позволяет более эффективно проводить комплексную терапию септического шока.

3. Применение метода локального отрицательного давления у больных с тяжелыми формами хирургических инфекций оказывает достоверный системный эффект

МОНИТОРИНГ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ОТЁКА МОЗГА У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЁЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

О.Ш. Эшонов, А.Р. Ярашев, Ж.К. Шабаев, С.С. Тиллаев

**Бухарский государственный медицинский институт
Бухарский филиал РНЦЭМП, Узбекистан**

Тяжёлая черепно-мозговая травма (ТЧМТ) является наиболее серьезным видом повреждения головного мозга. Недавнее обнаружение глимфатической системы в головном мозге и внутричерепных лимфатических сосудов открывает новую страницу в понимании физиологии и церебральной патофизиологии. Разработка терапевтических стратегий, направленных на поддержание целостности лимфодренажной системы головного мозга,

может стать инновационным подходом в лечении отека мозга при ТЧМТ. Поэтому ведется поиск новых методов для непосредственного влияния на патогенетические звенья посттравматического отека мозга.

Цель исследования. Мониторинг эффективности лимфотропной терапии отёка мозга у пациентов с ТЧМТ.

Материалы и методы. Исследование проведено в отделении нейрореанимации Бухарского филиала РНЦЭМП. Объектами исследования явились 53 пациента с ТЧМТ, возраст которых варьировал от 32 до 65 лет (средний возраст составлял 56,3±3 года), у которых исследованы клинико-лабораторные данные. С целью противоотечной терапии в период с 2020 по 2023 г. в комплексе стандартной интенсивной терапии была проведена субмастоидальная региональная противоотечная лимфатическая терапия 38 больным с ТЧМТ. Контрольную группу составили 15 больных, которые получали стандартную интенсивную терапию.

Для противоотечной терапии вводили лимфотропно: лидокаин 2% – 1 мл, дексаметазон – 4 мг, 10% р-р глюкозы – 3 мл в одном шприце субмастоидально в течение 5 дней по назначению врача. Для решения поставленной цели были определены основные параметры сравнения для больных с ТЧМТ: оценка сознания по Шкале Глазго (ШГ) каждый день, мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) в 1-е и на 5–10-е сутки.

Результаты и их обсуждения. При проведении лимфотропной противоотечной терапии в сочетании со стандартной важнейшим критерием оценки эффективности являлись сроки восстановления уровня сознания, которые фиксировались по ШГ. На момент первой оценки по ШГ результаты в группе контроля составили 8,1+1,3 балла, а в основной группе – 7,5+1,8 соответственно, что свидетельствует о сопоставимости групп данного исследования. Пациенты основной группы с ТЧМТ (n=38) были разделены на три подгруппы в зависимости от количества баллов по ШГ с оценкой на 1-е, 5-е и 7-е сутки нахождения в стационаре после ТЧМТ: 1) 3–4 балла по ШГ – 6 пациентов; 2) 5–8 баллов по ШГ – 15 пациентов; 3) 8–10 баллов по ШГ–17 пациентов. Распределив пациентов по первоначальным подгруппам, на фоне лимфотропной терапии мы получили следующие результаты на пятые сутки ТЧМТ: 1) 3–4 балла – 0; 2) 5–8 баллов – 20; 3) 8–10 баллов – 18 пациентов. На 5-е сутки отмечалось достоверное улучшение оценки по ШГ у пациентов основной группы: с 7,5+1,8 балла до 10,97+1,33 соответственно. Летальность в течение первых пяти суток с ТЧМТ в основной группе составила 3 пациента (7,8%). Перевод в профильное отделение после 5–10 суток пребывания в отделении реанимации состоялся во всех 35 случаях, при этом отмечалось дальнейшее улучшение оценки по ШГ до 12,88+1,20, но это было статистически малодостоверно, p≥0,05. Выживаемость пациентов после 5 суток при ТЧМТ в основной группе была 92,2%.

Для сравнения эффективности проводимой терапии в группе исследования пациенты контрольной группы (n=15) также были разделены на три подгруппы, подобно пациентам основной группы, в зависимости от количества баллов по ШГ: 1) 3–4 балла по ШГ– 2; 2) 5–8 баллов – 3 пациента; 3) 8–10 баллов – 10 пациентов. На 5-е сутки у больных с ТЧМТ получены следующие результаты: 1) 3–4 балла – 1; 2) 5–8 баллов – 6 пациентов; 3) 8–10 баллов – 6 пациентов. У 2 пациентов контрольной группы на 5-е сутки было от 10 до 12 баллов. На фоне стандартной терапии на 5-е сутки отмечалась тенденция к улучшению оценки по ШГ у пациентов контрольной группы: с 8,1+1,3 балла до 9,97+1,16 балла соответственно, при этом p≥0,05. Летальность в течение первых пяти суток при ТЧМТ в контрольной группе составила 3 пациента (20%). Перевод в профильное отделение после 7–10 суток пребывания в отделении реанимации состоялся в 12 случаях, при этом отмечалось дальнейшее улучшение оценки по ШГ у этих пациентов с 9,97+1,16 балла до 12,57+1,03 балла, выживаемость пациентов ТЧМТ в группе контроля составила 80%.

На первичном МСКТ у всех обследованных больных отмечались признаки отека мозга (сглаженность борозд, контузионные очаги, смещение срединных структур, сдавление и деформация желудочков и ликворопроводящей системы мозга, сужение базальных цистерн). На фоне проводимой стандартной интенсивной терапии в сочетании с лимфотропной противоотечной, наряду с улучшением в неврологическом статусе после 5 суток на 2-м МСКТ отмечалось значительное уменьшение вышеуказанных признаков внутричерепной гипертензии. Уже на 3-м МСКТ у всех больных, получавших лимфотропную противоотечную терапию, отмечалось полное исчезновение смещения срединных структур мозга, восстановление проходимости ликворопроводящей системы головного мозга.

Выводы. Проведение лимфотропной противоотечной терапии больным с ТЧМТ в комплексе стандартного интенсивного лечения в остром периоде позволило эффективно воздействовать на течение отёка мозга и улучшить результаты лечения, что подтверждается достоверно лучшими данными по ШГ и по данным МСКТ в динамике.

ВЛИЯНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА ТЕЧЕНИЕ ОТЁКА МОЗГА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

О.Ш. Эшонов, А.Р. Ярашев, С.С. Тиллаев, С.С. Саидов, А.А. Турдиев

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан

Бухарский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Развитие отека головного мозга играет центральную роль в развитии вторичного повреждения после травмы головного мозга, тесно связано с неврологическими исходами и остается наиболее значимым предиктором исхода ЧМТ. Открытие глимфатической системы (ГС) расширило наше понимание физиологии головного мозга в норме и при патологии и открывает новые перспективы для дальнейших исследований по лечению отёка мозга при ЧМТ, возникают новые методы потенциального воздействия на патологические процессы в головном мозгу. В настоящее время активно изучаются молекулярные механизмы развития ОГМ и ведутся поиски мишеней для таргетной терапии.

Цель исследования. Оценить эффективность лимфотропной противоотёчной терапии при ЧМТ тяжелой степени.

Материалы и методы. Были сформированы 2 группы. Пациенты группы сравнения (n=13) получали стандартную консервативную терапию. Пациенты основной группы (n=12) дополнительно получали лимфотропную противоотёчную терапию. Основные параметры сравнения: оценка по шкале комы Глазго (ШКГ), пятые сутки ЧМТ и при переводе из отделения реанимации в профильное отделение, летальность, длительность нахождения в палате реанимации. Лекарственная смесь для проведения лимфостимулирующей терапии состояла из следующих препаратов: лидокаин 2% – 1 мл, дексаметазон – 1 мл, 10% р-р глюкозы – 3 мл. Введение лекарственной смеси субмастоидально осуществляли справа или слева всего 5 раз. Химическое взаимодействие указанных лекарственных средств между собой отсутствовало. Субмастоидальные инъекции выполнялись врачом в условиях палаты отделения реанимации.

При проведении лимфостимулирующей противоотёчной терапии в сочетании со стандартным лечением важнейшим критерием оценки эффективности являлись сроки восстановления уровня сознания, которые фиксировалось по шкале комы Глазго (ШКГ). На момент первой оценки по ШКГ результаты в группе контроля составили 8,3±1,4 балла, а в основной группе – 7,9±1,6 балла соответственно, что свидетельствует о сопоставимости групп данного исследования.

Результат и их обсуждение. На фоне проводимой комплексной и лимфотропной терапии на 5 сутки отмечалось достоверное улучшение сознания по ШКГ у пациентов основной группы: с 7,9 ± 1,7 балла до 10,58 ± 1,26 балла соответственно. Летальность в течение первых пяти суток ЧМТ в основной группе – 2 пациента. Перевод в профильное отделение после 5 суток пребывания в отделении реанимации состоялся во всех 10 случаях, при этом отмечалось дальнейшее улучшение оценки по ШКГ до 12,88±1,20 балла, но это было статистически малодостоверно, p>0,05. Выживаемость пациентов после 5 суток ЧМТ в основной группе была 100%.

На фоне стандартной терапии на 5 сутки отмечалась тенденция к улучшению оценки по ШКГ у пациентов контрольной группы: с 8,3±1,4 балла до 9,84±1,26 балла соответственно, при этом p>0,05. Летальность в течение первых пяти суток ЧМТ в контрольной группе – 5 пациентов, но выживаемость пациентов после 5-ти суток ЧМТ в группе контроля была 76%.

Заключение. При использовании подкожных субмастоидальных противоотёчных лимфотропных инъекций в лечении острой ЧМТ происходит более быстрая регрессия отёка мозга, отмечается быстрое восстановление функций ЦНС (по ШКГ) и уменьшение летальности.

СЕПТИКОТОКСЕМИЯ ДАВРИДА КУЙГАНЛАРДА МИОКАРДНИНГ МОРФОЛОГИК ТАВСИФИ

Б.А. Янгиев, Э.А. Хакимов, У.Х.Хайитов, К.Э. Ярматов, М.Э. Абдихалилов, Ш.Б. Умаров

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд филиали

Самарқанд давлат тиббиёт университети

Долзарблиги. Куйишдан вафот этганларни патанатомик текшириш, ўлим вақтида клиник аниқланмаган маълумотларни аниқлашга ҳам ёрдам беради. Вашингтон тиббиёт университети куйганларни даволаш марказида 1989 йилдан 1994 йилгача ўтказилган тадқиқотлар шуни кўрсатдики, марҳумларнинг аутопсияларида 18 % нотўғри клиник ташхислар аниқланган. Ушбу ҳолатларнинг 4 фоизида хатоларни ўлимга яқин даврларда аниқлаш клиник натижани ўзгартириш имконини бериши мумкин (Fish, J., 2000).

Куйиш касаллигида миокарднинг морфологик ўзгаришлари тўлиқ ўрганилмаган. Шу билан бирга, текширишларнинг морфологик усули ўлим сабабини аниқлашга, куйиш касаллиги клиник кечишининг ўзига хослигини тушунтиришга, тиббий ёрдам сифатини баҳолашга ва ҳоказоларга имкон беради.

Тадқиқот мақсади. Куйиш касаллигининг септикотоксемия даврида вафот этганларнинг юрак мушакларидаги ўзгаришларни ўрганиш, морфологик хусусиятларини таҳлил қилиш.

Материал ва текшириш усуллари. Клиник ва суд-тиббиёти амалиётида олинган натижаларни таққослаш учун 18–60 ёшдаги септикотоксемия даврида куйиш жароҳати ва куйиш касаллиги билан вафот этган 37 беморнинг юрагидаги морфологик ўзгаришлар куйишдан кейинги 10 кундан 45 кунгача бўлган даврда ўтказилди. Текширилганларнинг кўпчилигида (28) чуқур куйиш майдони тана юзасининг 15% дан 40% гачани ташкил этди. 9 нафар вафот этганларда чуқур куйишлар тахминан 5–14% ни ташкил қилди.

Юракни макроскопик текширгандан сўнг, тўқима бўлаклари кесилиб 10% формалинга фиксацияланди, кейин парафинга қуйилди.

Юрак фаолиятининг заифлашиши куйиш касаллигининг клиник кўринишида муҳим ўрин тутади. Нафас қисишига, юрак ўйнаши, кўпинча, юракдаги оғриқ, акроционоз каби шикоятлар кузатилди.

Клиник жиҳатдан, шунингдек, юрак чегараларининг чапга кенгайиши, юрак тонлари бўғиқлашиши ҳам қайд этилди. Пульс тезлашган (дақиқада 125–150 гача), суст тўлаликда. Қон босими, одатда, тушган ҳолатда бўлди. ЭКГда мушакларнинг диффуз ўзгариши, синусли тахикардияси ва экстрасистолия қайд этилди. Юрак фаолиятининг бундай заифлашиши полиорган дисфункцияси ёки етишмаслиги белгилари билан куйиш касаллигининг септик кечиши фонида содир бўлди.

Тадқиқот гуруҳининг кузатувларида юрак шикастланиши аутопсияда аллақачон аниқланган эди. Юракнинг ўлчамлари кўндаланг йўналишда катталашганлиги, унинг бўшлиқлари кенгайган ва деворлари илвиллаган, кўплаб қон қуйилишлар қайд этилган. Юрак, асосан, субэндокардиал жойлашган, лой тусли майда хира чизиқли тўлақонли ҳолатда. Периваскуляр ва субэндокардиал ва эпикардиал қон қўйилишлар кузатилади. Сўрғичсимон мушаклари қалинлашган, тароқ мушаклар сезиларли даражада текисланган. Юрак мушаклари кесимида хира, сарғиш ёки кулранг тусга эга.

Миокарднинг гистологик текширувида кенг тарқалган дистрофик ўзгаришлар аниқланди, бу ҳолат юракнинг чап қоринчаси деворида янада аниқроқ ифодаланганлиги қайд этилди. 4 та микроскопик тадқиқотда, хира ўчоқлар Рего бўйича қора рангга бўялган миокард шикастланишининг кичик майдонлари аниқланди. Юрак стромаси кескин шишган. Миоцитларнинг кичик фокал некрози аниқланди, бу юрак ишидаги ўзгаришларнинг клиник кўринишини ва ЭКГдаги ўзгаришлар билан тушунтирилади. Томирлардаги қоннинг кескин тўлақонлиги фонида стазлар, сўнгра қизил тромблар кузатилди, бу ДВС синдромининг ривожланишини кўрсатди.

Натижалар. Аутопсия ва кейинчалик гистологик тадқиқотлар натижаларининг таҳлили шуни кўрсатадики, куйган беморларда юрак фаолиятининг сезиларли даражада заифлашувининг сабаби кенг тарқалган дистрофик шикастланишлар ва ҳужайралараро ва периваскуляр миокард тўқималарининг шишиши ҳисобига бўлиши мумкин. Ёш ва ўрта ёшли беморларда бундай характердаги шикастланишлар кўпинча сепсис фонида содир бўлади. Куйишдан олдин юрак касалликлари билан оғриган кекса ёшдаги беморларда сезиларли даражада кенг тарқалган миокарддаги дистрофик жараёнлари инфекциянинг генерализациясисиз ҳам қайд этилади.

Миокард атрофияси ва қон томир тонусининг пасайиши натижасида келиб чиққан юрак фаолиятининг етишмовчилиги озиб кетган беморларни жарроҳлик даволашда маълум қийинчиликларни келтириб чиқаради.

Хулоса. Шундай қилиб, септикотоксемия даврида куйиш касаллиги миокарднинг турли морфологик ўзгаришлари билан бирга кечади. Қарияларда (илгари мавжуд бўлган юрак касалликлари фонида) ва сепсис билан миокарднинг шикастланиши сезиларли интенсивлик ва тарқалган ҳолда бўлиши ва нафақат юрак фаолиятининг заифлашишига, балки жабрланганларнинг ўлимига ҳам сабаб бўлиши мумкин.

VIII. ОСОБЕННОСТИ И СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ У ДЕТЕЙ

ВЫБОР АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

М.Б. Алибекова, Г.Х. Исмагилова

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. В последние годы увеличилось число детей с полиорганной недостаточностью различной этиологии. По мнению большинства исследователей, основными этиологическими факторами ПОН у детей являются тяжёлые инфекции. При отсутствии данных о виде возбудителя у конкретного больного назначается стартовая эмпирическая терапия. При неустранённом этиологическом факторе любое, самое интенсивное лечение ПОН, безрезультатно.

Таким образом, проблема полиорганной недостаточности в педиатрии остается актуальной, особенно в плане лечения, в частности, для рациональной антибиотикотерапии.

Цель исследования. Изучение эффективности антибиотикотерапии при полиорганной недостаточности у детей.

Материал и методы. Под наблюдением находились 35 детей в возрасте от 3 мес. до 4 лет с диагностированной полиорганной недостаточностью. Всем больным проводились общеклиническое обследование, биохимические исследования крови, бактериологическое исследование (мазок из зева), инструментальные методы исследования.

Результаты и их обсуждение. Причиной развития синдрома полиорганной недостаточности были в основном воспалительные заболевания в легких.

При проведении микробиологического исследования (микрофлора верхних дыхательных путей из зева) было обнаружено, что наиболее частыми возбудителями являлись грамотрицательные бактерии, среди которых лидирующее место занимает *Pseudomonas aeruginosa* (30%), ассоциации с другими микроорганизмами *(Pseudomonas aerugin*osa + *Staphylococcus aureus или Klebsiella pneumoniae*) в 15% случаев. Смешанная микрофлора в контаминации микрофлоры *Streptococcus pneumoniae* + *E. coli + Staphylococcus aureus (10%) и E. coli + Klebsiella pneumoniae* отмечалось в 19% случаев, *Streptococcus pneumoniae – 27%*, *Streptococcus Viridians* – 9% случаев.

При анализе чувствительности к антибиотикам наибольшая чувствительность возбудителя *Pseudomonas aeruginosa* выявлена к мерапенему (45), ципрофлоксацину (42), цефаперазону (31), амикацину (35). Наиболее выражена была устойчивость к амоксиклаву (41). При сочетании *Pseudomonas aeruginosa* + *Staphylococcus aureus* наибольшая чувствительность отмечалась также к цефтриаксону (15), амикацину (13), ципрофлоксацину (12), цефепиму (18). При сочетании *Klebsiella pneumoniae* + *E. coli* эффективность антибактериальной активности составила у цефтриаксона 89% (17), амикацина 34% (7). При сочетании *Streptococcus Viridians* эффективность антибактиральной активности составила у цефтриаксона в 86% случаев, амикацина – 14%.

Таким образом, Pseudomonas aeruginosa более чувствительны к мерапенему, ципрофлоксацину, цефаперазону, амикацину, *Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus aureus u Klebsiella pneumoniae* более чувствительны к цефтриаксону, амикацину, цефипиму. Практически отсутствует чувствительность к амоксиклаву.

Всем больным проводили комплексную этиопатогенетическую терапию, направленную на устранение проявлений полиорганной недостаточности, обеспечение адекватного газообмена, стабилизацию центральной и периферической гемодинамики и поддержания адекватной церебральной перфузии. Антибиотикотерапия проводилась введением в лечение не менее двух антибиотиков широкого спектра (цефалоспорины 3 поколения + аминогликозиды). В дальнейшем лечение проводилось с учетом микробиологического мониторинга.

Эффективность проводимого лечения оценивалась на 7-е сутки, уменьшились субъективные и объективные симптомы заболевания, нормализовались лабораторные и клинические показатели.

Выводы. Интенсивная терапия ПОН зависит не только от эмпирически подобранной антибактериальной терапии, но и с последующим этиологическим подбором антибиотика широкого спектра.

Этиологическим фактором полиорганной недостаточности в наших исследованиях явилась в основном *Pseudomonas aeruginosa*, на втором месте – *Staphylococcus aureus*, на третьем – *Klebsiella pneumoniae*.

Вся выделенная микрофлора более чувствительна к мерапенему, ципрофлоксацину, цефаперазону. Практически отсутствует чувствительность к амоксиклаву.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАЗМАФЕРЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

М.Б. Алибекова, А.А. Мустакимов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Введение. В последние годы в лечении ПОН особое внимание уделяется таким методам, которые могут одновременно воздействовать на несколько ключевых звеньев патогенеза и уменьшить степень дисфункции органов. Одним из таких методов является плазмаферез. Плазмаферез обладает выраженным детоксикационным, иммуномодулирующим, деплазмирующим, а также дренирующим действием, что позволяет воздействовать на все жидкостные пространства организма.

Цель исследования. Оценить эффективность плазмафереза при лечении полиорганной недостаточности у детей**.**

Материал и методы. Под наблюдением находились 26 детей в возрасте от 3 до 14 лет с полиорганной недостаточностью, которым вместе со стандартным лечением проводился и плазмаферез.

Всем больным проводились общеклиническое обследование, биохимические исследования крови (общий белок, мочевина, креатинин, билирубин, калий, АЛТ, АСТ, уровень лактата, среднемолекулярные пептиды), КЩС крови, инструментальные методы исследования (рентгенография грудной клетки, ЭКГ, по показаниям ЭХОКГ, КТ-исследования). Кроме этого, всем больным проводили иммунологические исследования (уровень цитокина (ИЛ-1в, ИЛ- 6).

Результаты обследования. Причиной развития синдрома полиорганной недостаточности были воспалительные заболевания в легких – 19 (73%), комбинированные и сочетанные травмы – 5 (19,2%), сепсис – 2 (7,8%).

У всех детей отмечалось достоверное увеличение частоты дыхания в среднем до 51,2±3,1 в мин, увеличение частоты сердечных сокращений в среднем до 158,5±4,1 уд. в мин, повышение систолического артериального давления в среднем до 77,2±7,4 мм рт. ст. Показатель сатурации (насыщения капиллярной крови кислородом) составил в среднем 78,5±4,1%.

В анализе крови, в основном, отмечался высокий лейкоцитоз со сдвигом формулы крови влево, токсическая зернистость нейтрофилов (++++), высокая СОЭ, гипохромная анемия. Количество эритроцитов уменьшилось в 2,6 раза, тромбоцитов – в 1,9 раза по сравнению с нормальными величинами. Лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) увеличился в среднем в 6,8 раза, уровень среднемолекулярных пептидов – в 5,1 раза в сравнении с нормой, уровень креатинина превышал норму и достигал 2,74±1,9 мкмоль/л, мочевины – 9,9±6,1 ммоль/л.

14 детям основной группы плазмаферез осуществлялся аппаратом «Гемофеникс». У 6 (42,9%) из них из-за низкого артериального и венозного давления, тахикардии, анемии для подготовки к плазмаферезу проводилась инфузионная терапия. У каждого больного во время плазмафереза проводилось исследование показателей гемодинамики (артериальное давление, центральное венозное давление, частота сердечных сокращений и сатурация) до плазмафереза, после окончания плазмафереза. Плазмаферез не сопровождался достоверным изменением значений ЧСС, САД, ЦВД.

Уровень ИЛ-1в у больных до лечения был в 31,9 раза больше, чем у детей контрольной группы ($p<0,001$) и в среднем составил 829±0,9 пг/мл. Продукция ИЛ-6 у детей была выше (31±1,51 пг/мл), чем в контрольной группе (6,8±0,2 пг/мл) в 4,6 раза. После проведения плазмафереза концетрация ИЛ-1в и ИЛ-6 резко снизились.

Проведенный анализ показал, что плазмаферез не оказал отрицательного влияния на показатели гомеостаза, свертывающую и противосвертывающую систему крови. Для достижения хорошего клинического эффекта у детей проводили курс плазмафереза в 2 сеанса с интервалом 3–5 дней.

Выводы. У детей после проведения плазмафереза в короткие сроки отмечалось изменение клинических проявлений в сторону нормализации показателей, уменьшились частота дыханий и частота сердечных сокращений, повысилось насыщение крови кислородом, нормализовались показатели артериального давления, температуры тела и диуреза до 1,8±2,2 мл/час, практически до нормы.

Эффективность применения плазмафереза при ПОН у детей оценивалась также на основании показателей клеточного и гуморального иммунитета. Наблюдалось более быстрое снижение уровня ИЛ-6, которое явилось ранним признаком эффективности терапии.

ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

С.Н. Аметов, М.Р. Артыкниязов

Каракалпакский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Одной из актуальных проблем современной детской хирургии остается проблема инородных тел дыхательных путей, а количество детей с инородными телами дыхательных путей с каждым годом возрастает.

Цель исследования. Изучение особенностей течения и осложнений у детей с инородными телами дыхательных путей органического и неорганического происхождения.

Материал и методы. Нами были проанализированы истории болезни 231 ребенка, поступивших в отделение детской хирургии Каракалпакского филиала РНЦЭМП с инородными телами дыхательных путей за 2016–2022 годы.

Результаты. Возраст поступивших детей в отделение составил: до 1 года 34 (14,7%), до 3-х лет 96 (41,6%), до 5 лет 85 (36,8%) и до 15 лет 16 (6,9%). При этом наибольшую группу детей составили дети от 1 года до 5 лет – 181 (78,3%) случай. При поступлении состояние у 67 (29,0%) детей оценивалось как тяжелое, у 112 (48,4%) – средней степени тяжести и 52 (22,6%) детей – относительно удовлетворительное состояние. Диагностика инородного тела основывалась на основании анамнеза и жалоб родителей, объективного клинического осмотра, данных рентгенологического исследования. У всех детей инородные тела были удалены бронхоскопическим методом с последующей санацией трахеобронхиального дерева. Осложнения у детей наблюдались в виде трахеобронхитов – 50,8%, ателектаза – 20,3%, пневмоторакса – 1,7%, без осложнений – 27,2% случаев. После удаления инородного тела дети получали антибактериальную и противовоспалительную терапию.

Удаленные органические тела были представлены в виде арахиса, моркови, фруктовых косточек, семечек, рыбы, остатков пищи. Неорганические инородные тела были представлены в виде деталей механизмов, колпачков от авторучек, аксессуаров одежды, деталей игрушек и др. Трудности, связанные с удалением инородных тел из дыхательных путей, а также более выраженная клиническая картина у детей с осложнениями, наблюдались при инородных телах как органического, так и неорганического происхождения.

Выводы. Таким образом, оказание своевременной экстренной медицинской помощи современными лечебно-диагностическими методами является очень важным при инородных телах дыхательных путей у детей, учитывая высокий риск развития состояний, угрожающих жизни ребенка и высокие показатели осложнений.

ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ У ДЕТЕЙ

С.Н. Аметов., М.Р. Артыкниязов

Каракалпакский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Одной из актуальных проблем современной детской хирургии остается лечение гнойно-воспалительных процессов органов грудной полости, характеризующихся увеличением удельного веса возбудителей, обладающих антибактериальной резистентностью. Назначение антибиотиков широкого спектра действия чревато появлением популяции резистентных возбудителей из очага инфекции или эндогенной микрофлоры пациента. Массивная антибактериальная терапия является дорогостоящей и во многих случаях избыточной.

Цель исследования. Изучение особенностей течения и осложнений у детей с гнойными заболеваниями легких и плевры.

Материалы и методы. В отделении детской хирургии Каракалпакского филиала РНЦЭМП под нашим наблюдением находились 38 детей с гнойными заболеваниями легких и плевры. Всем детям проводилось стандартные клинические, лабораторные, рентгенологическое и ультразвуковое исследование в динамике.

Результаты. При поступлении из анамнеза выяснилось, что большинство детей несколько дней лечились в амбулаторных условиях или в других стационарах с диагнозом ОРВИ (острая респираторная вирусная инфекция, бронхит, пневмония) и получали антибиотики широкого спектра действия. Клиническая картина сопровождалась выраженной интоксикацией, с повышением температуры тела, кашля с выделением мокроты и одышки. Всем детям при поступлении сделана диагностическая пункция плевральной полости и с лечебной целью торакоцентез по Бюлау. У 14 (36,8%) детей проводилась активная аспирация, у 24 (63,1%)– пассивная. Дополнительная дренажная трубка для промывания грудной полости наложена 20 (52,6%) детям. Жидкость плевральной полости отправляли на определение микрофлоры и чувствительности к антибиотикам. Консервативное лечение включали антибактериальную терапию (с учетом чувствительности микрофлоры к антибиотикам), десенсибилизирующую, дезинтоксикационную, противовоспалительную, симптоматическую, а также инфузии белковых, солевых и энергетических растворов. В зависимости от тяжести гнойного процесса плевральную полость промывали антисептическим 0,02% раствором Декасана до очищения промывных вод 3–4 раз в сутки. Далее проводилась экспозиция раствором Декасана в объеме от 20 до 50 мл в течение получаса, перекрывая дренаж. В результате отделяемое из плевральной полостина 3–5 сутки у большинства детей становилось серозным, без хлопьев и скудным. Декасан обладает более широким спектром действия на патогенную микрофлору, чтоклинически проявлялось уменьшением интоксикации на 5–7 сутки. У 20 (52, 6%) детей не было необходимости назначать два антибактериальных препарата, что обусловливало положительный клинический эффект лечения.

Выводы. Таким образом, при комплексном лечении торакальной гнойной инфекции различного генеза применение Дексана дает возможность уменьшить количество и дозы антибактериальных препаратов, что положительно влияет на клинический и экономический эффект лечения.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ТАКТИКА ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Ф.Б. Гибадуллина[1,2],М.П. Шокурова[1], Р.Ф. Умурзакова[2]

[1]ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России
[2]ГБУЗ РБ ЦСМП и МК, г. Уфа, Россия

Актуальность. Здоровье молодого поколения – одна из главных задач современной медицины.

Цель работы. Изучение особенностей оказания помощи детям в условиях работы СМП и тактики ведения пациента от начала вызова до передачи в медицинскую организацию.

Ключевые слова: дети, скорая медицинская помощь, госпитализация.

Материал и методы.Обзор литературы по данной теме, анонимное анкетирование сотрудников СМП разных подстанций города Уфы (в количестве 100), анонимное анкетирование родителей обслуженных пациентов детского возраста бригадой СМП (в количестве 70), изучены карты вызовов за период 2020–2023 гг., проведена статистическая обработка данных.

Результаты и обсуждение. В литературе много данных по оказанию неотложной помощи детям с различными патологиями. Есть объединяющие характеристики ведения пациента на догоспитальном этапе и разноречивые показатели в работе СМП в разных регионах. По стандартам последовательность действий врача СМП на догоспитальном этапе заключается в оценке симптомов патологического состояния больного, которые реализуются в поставленном диагнозе, назначении и выполнении соответствующих диагнозу экстренных лечебных мероприятий по жизненным показаниям, что можно обозначить как первичное тактическое решение, при этом есть временные показатели, в которые должен уложиться специалист. Из данных нашего исследования в 15% случаев время обслуживания ребенка превышает нормативы. В это время также входит уточнение врачом поставленного предварительного диагноза, определение дальнейших мероприятий и маршрутизацию (оставить ребёнка дома или его госпитализировать). Для этого существуют дистанционные методы работы с использованием планшетов (90% респондентов удовлетворены данным методом), консультативных чатов «WhatsApp» и «Телеграмм» и теле-видеосвязи с отделом диспетчеров и старших врачей (75% респондентов активно используют данную услугу), консультативных диагностических центров.

Естественно, перед бригадой СМП (врачебной или фельдшерской), оказывающей первую медицинскую помощь, стоят следующие задачи: диагностика угрожающего состояния, оказание неотложной помощи, принятие решения о необходимости маршрутизации по госпитализации. Но, по данным исследования, при принятии тактического решения важно помнить, что декомпенсация состояния у детей наступает быстрее, чем у взрослых. Существенную роль играют возрастные анатомо-функциональные аспекты, определяющие своеобразие патогенеза, симптомов и обоснования лечебной тактики. По результатам исследования, именно компетентное умение учитывать знание анатомических, физиологических и эмоциональных особенностей детей при оказании неотложной помощи играет основную роль в работе СМП. Существует также ряд проблем, осложняющих работу бригады СМП в случае вызова к несовершеннолетнему пациенту.

По мнению 55% респондентов, главной из них является поиск верного подхода к ребенку, 48% применяют при осмотре игровые методы и используют отвлекающие стихотворные или современные музыкальные прочтения во время проведения манипуляций, 47% отмечают трудности при контакте с родителями или опекунами, 37% – возрастные и индивидуальные особенности. От этих немаловажных факторов зависит правильность постановки диагноза и своевременное оказание медицинской помощи. Интересен тот факт, что 26% сотрудников отмечают важность в работе религиозных составляющих, требующих применения дополнительных психологических навыков. По мнению 68% опрошенных особые трудности возникают при решении вопроса о маршрутизации детей, поэтому существование консультативной функции в виде диспетчеров, старших врачей и диагностических дистанционных центров является хорошим вспомогательным аспектом в работе СМП.

По данным литературы и нашего исследования следует особенно отнестись к тактическим действиям бригады СМП. По мнению 80% родителей, госпитализация угрожает заражением инфекциями на фоне стрессовых ситуаций. Лишь 7% родителей настоятельно требуют госпитализации, даже если по мнению бригады СМП, этого не требуется. Оставшиеся 13% родителей полагаются на компетенцию и квалификацию специалистов СМП.

Заключение. Особая психологическая составляющая и квалифицированный подход при оказании помощи детям определяют компетенцию бригады СМП в целом. В связи с бурным внедрением в современную жизнь цифровых технологий, по мнению специалистов, облегчает осмотр и оказание помощи при применении дистанционной консультативной способности с опытными коллегами и дежурными диагностическими центрами. Также применение компьютерных технологий помогает специалистам в сборе анамнеза заболевания и жизни, что формирует правильную постановку диагноза, предполагает динамичное наблюдение как в амбулаторно-поликлинической службе, так и участие в различных реабилитационных программах.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ

Б.Р. Исхаков, А.А. Алижанов, Н.Б. Исхаков, Т.С. Мамадумаров, Б. Н. Курбанбаев

Наманганский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Сочетанная травма у детей занимает одно из первых мест среди причин летальных исходов в больших городах с современными транспортными потоками, так как наиболее часто является следствием автодорожной катастрофы. В структуре детского травматизма абдоминальная травма стойко удерживает 3-е место после повреждений головы и конечностей.

Цель. Улучшить результаты диагностики и лечения при закрытых повреждениях паренхиматозных органов брюшной полости у детей с сочетанными травмами путем использования видеолапароскопии.

Материал и методы. За последние 17 лет (2005–2022 гг.) в отделении детской хирургии Наманганского филиала РНЦЭМП находились на лечении 193 ребенка с подозрением на повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства (ЗБП) при закрытой травме живота. Мальчиков было 138 (71,5%), девочек – 55 (18,5%) в возрасте от 2 до 18 лет.

В первые часы от полученной травмы поступило детей – 104 (54%), до 3 часов – 59 (30,5%), до 6 часов и более – 30 (15,5%). При изучении характера травмы превалировали травмы, полученные при падении с высоты – 55 (28,5%), при дорожно-транспортном происшествии – 101 (52,3%), при спортивных соревнованиях – 9 (4,7%) и в результате удара тупым предметом – 28 (14,5%).

Количество одновременно травмированных органов составило от 2 до 8, наиболее часто встречалась черепно-абдоминальная сочетанная травма, на втором месте – сочетание абдоминальной травмы с повреждением органов грудной полости и на третьем месте – повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства сочетались с переломами костей конечности.

Всем больным проводили комплекс общеклинических, лабораторных и инструментальных исследований, причем ретроспективно можно отметить, что при выполнении УЗИ отмечено 1,2% ложноположительных и 2,8% ложноотрицательных результатов, при выполнении лапароцентеза – 7,7% ложноположительных результатов. Наиболее достоверными были МСКТ и лапароскопия.

У больных со скрытой клинической картиной травмы органов брюшной полости, с неопределённой ультразвуковой картиной и подозрением на повреждение внутренних органов, органов ЗБП выполнена диагностическая лапароскопия.

Результаты. У 54 (28%) детей на этапах диагностической лапароскопии были выявлены повреждения печени (18) и почек (12) по классификации AACT I– III степени с забрюшинной гематомой, которым лапароскопический гемостаз, санация и дренирование брюшины оказались достаточными. Показаниями на конверсию 24 пострадавшим явились: повреждения печени и почек по AACT IV–V степени и шок.

Диагностированные при лапароскопии разрывы полых органов у 12 (6,2%) пациентов при сочетанных травмах явились показанием к переходу на лапаротомию**.**

Из 26 (13,5%) больных с травмой ПЖЖ (гематомой в забрюшинной клетчатке в области ПЖЖ) у 17 операция завершена дренированием сальниковой сумки через отверстие Винслови лапароскопическим способом. У 9 больных с повреждением поджелудочной железы из-за развития посттравматического панкреатита были выполнены конверсионная лапаротомия, ревизия, гемостаз ушибленной раны поджелудочной железы (ПЖЖ), санация и дренирование сальниковой сумки с формированием оментобурсостомы. Двухкратная программная ревизия, санация, некрсеквестрэктомия ПЖЖ, тампонадой мазью Левомеколя выполнена у двух детей, трехкратная – у 1, с последующим переходом на закрытый способ лечения. Для фракционного лаважа сальниковой сумки использовали раствор Декосана

На диагностическом этапе лапароскопии повреждение селезёнки выявлены у 60 (31,1%) пострадавших. Из них у 34 (56,7%) больных с внутрибрюшным кровотечением до 200 мл выявлены: надрывы капсулы и поверхностные разрывы селезёнки глубиной до 0,5 см, фиксированными сгустками крови без продолжающегося кровотечения. Этим больным лапароскопическая операция была завершена биполярной диатермокоагуляцией раны, санацией и дренированием брюшной полости.

У 26 (43,3%) пострадавших во время диагностической лапароскопии обнаружены разрывы селезенки с гемоперитонеумом более 300,0 мл, потребовавшие перехода на лапаротомию. Этим 10 пациентам была выполнена спленэктомия. Процент конверсии при травме селезенки составил 43,3%.

У 22 (11,1%) отмечены гематома брыжейки тонкой кишки и большого сальника, ненапряженная забрюшинная гематома с сохранением целостности брюшины.

При диагностической лапароскопии признаков повреждения органов брюшной полости не было выявлено у 19 (9,8%) пострадавших.

В проведенном исследовании у 122 (63,2%) пострадавших лечебно-диагностическая лапароско-

пия позволила избежать лапаротомии, что дало ограничиться лапароскопической санацией и дренированием брюшной полости.

Заключение. Видеолапароскопия является методом скрининга в комплексной диагностике повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства, и позволяет не только решить весь спектр диагностических и тактических задач, но и производить окончательную остановку кровотечения с эндохирургическим сохранением органа.

Лечебно-диагностическая лапароскопия позволила у 122 (63,2%) больных отказаться от традиционной в таких случаях широкой лапаротомии, при этом осложнений и летальных исходов мы не наблюдали.

ПОВРЕЖДЕНИЕ СЕЛЕЗЕНКИ В СТРУКТУРЕ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

Б.Р. Исхаков, Н.Б. Исхаков, Б.Н. Курбанбаев, А.М. Зуфарханов

Наманганский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Сочетанная травма определяется как опасное для жизни повреждение двух и более органов, принадлежащих к разным анатомо-функциональным системам. Особенностью сочетанной травмы у детей является преобладание повреждений органов брюшной полости на 30%, по сравнению с повреждениями органов грудной клетки. Летальность при закрытой абдоминальной травме на 40% ниже, чем при закрытой торакальной травме. В структуре повреждений органов брюшной полости преобладает травма селезенки, составляя 45–59% (С.Г. Суворов и др., 2010).

Диагностика и определение тактики лечения повреждений селезенки при сомнительных случаях представляет определённые трудности. В связи с этим в настоящее время все больше появляется необходимость применения лапароскопии как одного из перспективного метода диагностики.

Цель работы. Улучшить результаты диагностики и лечения пострадавших с повреждением селезенки при сочетанной травме путем применения видеолапароскопии.

Материал и методы. В Наманганском филиале РНЦЭМП за период 2005–2022 гг. находились на стационарном лечении 129 детей с подозрением на закрытые повреждения селезенки. Мальчиков было 88 (68,2%), девочек – 41 (31,8%) в возрасте от 2 до 18 лет.

В основном страдали дети подросткового возраста 14–17 лет (85–65,9%).

В первые часы от полученной травмы поступило 75 (58,1%) детей, до 3 часов – 42 (32,6%), до 6 часов и более –12 (9,3%).

Службой 103 были доставлены 33,8% пациентов, самотеком – 46,9%, направлением из поликлиник – 10,7% и переведены из РМО – 8,6%.

При изучении характера травмы превалировали травмы, полученные при падении с высоты – 39 (30,2%), при дорожно-транспортном происшествии – 68 (52,7%) и в результате удара тупым предметом – 22 (17,1%).

Всем больным проведены клинико-лабораторные, рентгенологические и ультразвуковые исследования, МСКТ органов брюшной полости.

У 24 (18,6%) детей в связи с явными признаками внутрибрюшной катастрофы и нестабильной гемодинамикой выполнены экстренные лапаротомии.

У 105 (81,4%) пострадавших со скрытой клинической картиной травмы органов брюшной полости, с неопределённой ультразвуковой картиной и подозрением на повреждение внутренних органов выполнена диагностическая лапароскопия.

У 15 (14,3%) пострадавших во время диагностической лапароскопии обнаружены разрыв селезенки, гемоперитонеумом более 500 мл, потребовавшие перехода на лапаротомию.

У 16 (15,2%) пострадавших повреждения органов брюшной полости не выявлены, у 12 (11,4%) отмечена забрюшинная гематома с сохранением целостности брюшины, гематома брыжейки тонкой кишки – у 9 (8,7%).

У 29 (27,6%) больных с внутрибрюшным кровотечением до 300 мл выявлены надрывы капсулы и разрывы селезёнки от 0,6×1,5 см до 1,0×3,0 см, глубиной до 0,5–1,0 см, фиксированными сгустками крови без продолжающегося кровотечения.

Результаты. У 24 (22,8%) больных с капиллярным кровотечением из капсулы селезенки, гемостаз, достигнут биполярной диатермокоагуляцией.

Во всех случаях видеолапароскопия была завершена удалением сгустков крови, орошением поврежденного участка селезенки холодным физиологическим раствором, ирригоаспирацией промывных вод брюшной полости и дренированием левого поддиафрагмального пространства, полости малого таза.

В послеоперационном периоде больным проведена гемостатическая терапия и ультразвуковой скрининг. Рецидив кровотечения наблюдался у одного ребенка, и была выполнена традиционная спленэктомия. Послеоперационные внутрибрюшные осложнения не наблюдались. Бронхолегочные осложнения наблюдались у 2.

Умерли 3 пациента в раннем послеоперационном периоде с тяжелой черепно-мозговой травмой – переломом основания черепа, ушибом головного мозга в сочетании размозжением селезенки, постгеморрагическим и посттравматическим шоком 3 степени. Умер во время операции 1 ребенок с разрывом селезенки при торакоабдоминальной травме, осложненной травматическим и геморрагическим шоком.

Заключение. Таким образом, использование лапароскопии в детской экстренной хирургии спо-

собствовало улучшению качества диагностики и лечения пациентов с повреждением селезенки.

Ценностью метода является возможность перехода от диагностической манипуляции к лечебной.

Ведущими причинами смерти детей при сочетанной травме являются черепно-мозговая травма, травма органов грудной клетки, травматический и геморрагический шок.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Ш.М. Юлдашев, А.А. Эшонкулов, Н.Н. Мамажонов

Ферганский филиал РНЦЭМП

Сочетанные повреждения органов грудной и брюшной полости у детей составляют 35–40% от общего количества повреждений и представляют один из актуальных и сложных разделов неотложной медицины.

Цель работы. Разработка стандартов интенсивной терапии при сочетанных повреждениях органов грудной и брюшной полости у детей.

Результаты. Нами были проанализированы результаты лечения 59 детей с повреждениями грудной и брюшной полости за период с 2019 г. по 2022 г. Мальчиков было 39 (66%), девочек – 20 (34%).

Разрыв селезенки установлен у 2 (3,4%) детей, печени – у 4 (6,8%), тонкой кишки – у 5 (8,5%), толстой кишки – у 2 (3,4%), брюшины, сальника и брыжейки – у 6 (10,2%), почки – у 4 (6,8%). Ранение передней брюшной стенки было у 2 (3,4%) детей, разрыв диафрагмы – у 1(1,7%), перелом ребер с ушибом лёгкого – у 8 (13,6%), разрывы лёгких – у 6 (10,2%), кровотечение из лёгких и плевральной полости – у 7 (11,9%) детей.

Сочетанное повреждение органов грудной клетки и брюшной полости установлено у 12 (20,3%) детей. Дети поступали в стационар от 30 мин до 4 часов с момента травмы с явлениями выраженного травматического шока и нарушением гемодинамики. Лёгочное плевральное и внутрибрюшное кровотечение являются абсолютными показаниями к проведению инфузионно-трансфузионной терапии.

При повреждениях грудной клетки травма сопровождалась внутриплевральным кровотечением, источником которого были разрывы легочной ткани, повреждения межреберных вен и сосудов корня лёгкого.

Давление в легочной артерии у детей в 5 раз ниже системного, что облегчает самостоятельный гемостаз. В то же время беспокойство, кашель и увеличение давления в артериальной и венозной системе легкого препятствуют остановке кровотечения.

При кровотечениях в плевральную полость кровь остается в жидком состоянии, смешиваясь с плевральной жидкостью. Такое кровоизлияние может быть обнаружено в ранние сроки путем перкуссии и рентгенографии. Разрывы легочной ткани у детей проявлялись кровохарканьем и гемопневмотороксом. Повреждение терминальных бронхов у 5 детей привело к развитию пневмоторокса.

При перкуторных, аускультативных и рентгенологических симптомах скопления жидкости в полости плевры производилась плевральная пункция, устанавливали дренаж. При продолжающемся кровотечении производили торакотомию. Во время операции дыхательные пути освобождали от крови, мокроты и восстанавливали анатомическую целостность легких, переливали кровь. У 5 больных произвели реинфузию излившейся крови.

При повреждениях органов брюшной полости скопление крови может отмечаться в области малого таза или забрюшинном пространстве, в случаях повреждения полых органов часть крови заполняет их просвет. Диагностика внутрибрюшных кровотечений основана на клинических симптомах: выпячивание стенок живота в области скопления крови, повышение купола диафрагмы, притупление перкуторного звука. При травмах паренхиматозных органов, при ранениях крупных сосудов кровопотеря достигает значительных величин и сопровождается геморрагическим шоком.

Особенностями повреждения органов брюшной полости у детей являются выраженный болевой синдром, спазм мышц передней брюшной стенки в области подреберной иэпигастрии.

Лечебные мероприятия при поступлении пострадавшего в стационар заключаются в максимально полном и быстром восстановлении основных жизненно важных функций. Это прежде всего нормализация артериального давления (АД) и объема циркулирующей крови (ОЦК), показателей внешнего дыхания и газообмена, так как артериальная гипотония, гипоксия, гиперкапния относятся к вторичным повреждающим факторам, усугубляющим состояние больного. Проведение реанимационных мероприятий и средств, используемых в критических ситуациях: поддержание адекватной ИВЛ и оксигенации, инфузионная и трансфузионная терапия, восполнение ОЦК до уровня нормоволемии, устранение судорожных двигательных возбуждений нейровегетативной блокадой.

Заключение. Таким образом, основная цель интенсивной терапии при повреждениях органов заключается в поддержании нарушенных жизненно важных функций и основных механизмов гомеостаза, создании условий для максимально полного восстановления функции органов.

ЗАКРЫТЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ЧРЕЗМЫЩЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМАХ У ДЕТЕЙ

Ш.Т. Каримбоев, Л.Д. Маллабоев, И.П. Назаров

Наманганский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Чрезмыщелковые переломы, в структуре переломов дистального метаэпифиза плечевой кости у детей, занимают лидирующие позиции. Сложность строения локтевого сустава, внутрисуставной характер перелома, возможные неврологические осложнения, формирование посттравматических деформаций обусловливают высокие требования к восстановлению анатомии и конгруэнтности суставных поверхностей при лечении данного вида травмы.

Цель работы. Выявление особенностей техники оперативного вмешательства закрытого остеосинтеза у детей при чрезмыщелковых переломах плечевой кости со смещением отломков.

Материал и методы. В отделении хирургии детских повреждений Наманганского филиала РНЦЭМП с 2018 г. по 2021 г. находились дети (71) с закрытым чрезмыщелковым переломом плечевой кости, со смещением отломков. Экстензионные переломы преобладали над флексионными, что составило 90,1% (64 больных) и 9,9% (7) соответственно. В группе исследуемых пациентов ротационный компонент смещения встречался у 55 детей (77,5%). У большинства пострадавших дистальный метаэпифиз плечевой кости в поперечном размере был расширен, а в передне-заднем – резко уплощен. Даже при небольшой взаимной ротации отломков возникало существенное несовпадение плоскостей излома, создающее весьма неустойчивое положение костных фрагментов.

Тактика лечения складывалась в ходе операции по срочным показаниям, сразу при поступлении ребенка в отделение. В условиях операционной, под контролем рентгеновского аппарата с электронно-оптическим преобразователем (ЭОП), всем больным выполняли закрытую ручную репозицию с устранением всех видов смещения, особое внимание уделяли устранению ротации. После достижения удовлетворительного стояния отломков выполняли чрескожный, перекрестный металлостеосинтез спицами Киршнера из латерального и медиального доступов. По завершению операции концы спиц погружались под кожу. Иммобилизация гипсовой лонгетой в среднем составляла 3 недели. Условием стабильного остеосинтеза являлась захват достаточной области проксимального отломка и обязательное прохождение кортикального слоя проксимального фрагмента, но не более 5 мм. У детей старше 5 лет остеосинтез только двумя спицами Киршнера являлся недостаточным, поэтому мы использовали аппарат Илизарова. При контрольной рентгенографии смещение костных отломков не наблюдались. Осложнений, связанных с оперативными вмешательствами, не наблюдалось. Средний койко-день составил 3 дня.

Заключение. Операция должна выполняться в кратчайшие сроки после получения травмы, до нарастания значительного отека. Это облегчает техническое выполнение вмешательства и снижает риск развития осложнений, таких как нарушение периферического кровообращения, невриты и парезы нервов. Соблюдение данных условий позволяет свести к минимуму развитие послеоперационных осложнений.

ИНТРАМЕДУЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Ш.Т. Каримбоев, Л.Д. Маллабоев, И.П. Назаров

Наманганский филиал РНЦЭМП

Актуальность. При лечении детей с переломами длинных трубчатых костей со смещением многие десятилетия предпочтение отдавалось консервативным способам, в особенности скелетному вытяжению, реже аппаратам внешней фиксации. Однако данные виды лечения требуют длительной госпитализации, обездвиживания ребенка в пределах постели и постоянного ухода родителей. Нерешенные вопросы, касающиеся детской травматологии и зоны перелома, привели к значительному увеличению использования внутреннего остеосинтеза при лечении диафизарных переломов у детей.

Цель работы. Улучшение результатов лечения детей с диафизарными переломами длинных трубчатых костей с применением интрамедуллярного остеосинтеза.

Материал и методы. В отделении хирургии детских повреждений Наманганского филиала РНЦЭМП с 2020 года применяется методика интрамедуллярного остеосинтеза стержнями «ChM» (эластичный, стабильный) под контролем электронно-оптического преобразователя (ЭОП) без вскрытия зоны перелома. Для этой цели мы использовали стержень ООО «Osteosintez – ChM» (Польша) диаметром от 1,5 до 4 мм. Данный вид остеосинтеза применяли у детей в возрасте от 5 до 15 лет при переломах большеберцовой и плечевой костей. В каждый сегмент, согласно методике, вводили по два стержня, которые перед введением подбирали и моделировали в соответствии с имеющимся переломом и диаметром костномозгового канала кости. Внешнюю иммобилизацию после выполнения остеосинтеза стержнем «ChM» не применяли.

По данной методике остеосинтез большеберцовой кости выполняли у 4 детей, плечевой кости – у 2. Осложнений, связанных с остеосинтезом, не наблюдали. Средний койко-день составил 3,5 суток.

Обсуждение и результаты. Активные движения в смежных с оперированным сегментом суставах больные начинали в ближайшие дни после операции по стиханию болевого синдрома. К моменту вертикализации у большинства детей достигался полный объем движений. Во всех случаях отмечена своевременная консолидация переломов в оптимальные сроки.

Заключение. Использование интрамедуллярного остеосинтеза гибкими стержнями «ChM» позволяет оставлять интактными ростковые зоны поврежденных сегментов. Выполнение остеосинтеза без вскрытия зоны перелома обеспечивает благоприятные условия формирования костной мозоли, позволяет достичь консолидации в обычные сроки, без какой-либо внешней (дополнительной) иммобилизации.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ИНДИКАТОРЫ ОСЛОЖНЕНИЙ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Р.К. Каримов, Т.Я. Мусоев

Бухарский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Разработка иммунологических индикаторов осложнений хирургических заболеваний кишечника у детей.

Материалы и методы исследования. Для разработки информативных индикаторов осложнений хирургических заболеваний кишечника у детей, больных распределили на 3 группы: 1 группа (контрольная) состоит из 30 здоровых детей; 2 группа – 31 больного с кишечной непроходимостью; 3 группа – 30 больных детей с хроническим запором. Изучен клеточный и гуморальный иммунитет, цитокины и фактор роста эндотелина. Корреляционный анализ проводили по методу Спирмана.

Результаты исследования. При хирургических заболеваниях кишечника (ХЗК) у детей установлен дефицит клеточного иммунитета, снижение относительного числа CD3, CD4 и CD8-лимфоцитов. В основной группе больных уровень относительных значений CD23+-клеток был достоверно повышенным в 2,3 раза (P<0,001). При ХЗК отмечается снижение IgG в 3,2 раза на фоне повышения IgM. Наблюдается достоверное увеличение экспрессии активационных маркеров ранней активации – CD25+-клеток до 20,4 ± 0,28% у пациентов 2-й группы и до 25,2 ± 0,62% у пациентов 3-й группы обследования, против контрольных значений – 18,0 ± 0,41%, P<0,05. При ХЗК отмечается активация хемотаксиса с участием фактора роста эндотелия, повышение ИЛ-8 в 1,33 раза, TNF-α – в 2,4 раза, MCP-1 – в 1,3 раза, ПКТ – в 7,25 раза на фоне активации хемотаксиса с участием фактора роста эндотелия VEGF-A. Установлена заметная положительная взаимосвязь между INF-α и CD8–r=0,34, между INF-α CD23–r=0,38, между INF-α и IgA–r=0,39, между INF-α и ПКТ–r=0,36. При этом ПКТ имеет заметную отрицательную взаимосвязь с CD16–r=–0,31 и с CD8–r=–0,31 на фоне заметной положительной связи с IgG–r=0,32 и INF–α–r=0,36.

Заключение. Среди всех изученных иммунологических показателей определили, что наиболее информативными индикаторами выступают INF-α и ПКТ с заметной корреляционной зависимостью. Как показатель иммунитета INF-α имеет наиболее заметную положительную связь с CD23, с IgA и ПКТ. По уровню INF-α получается возможность прогноза исхода послеоперационного периода. АПКТ – как показатель активности воспаления и бактериальной инфекции, благодаря заметным связям с изученными иммунологическими показателями крови выступает в роли индикатора для показания антибактериальной терапии, и её эффективности. Полученные результаты иммунологического исследования свидетельствуют об активации защитной системы организма при ХЗК у детей и позволяют прогнозировать исход хирургических коррекций и послеоперационных осложнений. Следовательно, для профилактики послеоперационных осложнений при ХЗК важен учет иммунного статуса.

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

К.А. Ким, Р.Т. Ахмедова

Ферганский Филиал РНЦЭМП

Судорожный синдром – патологический синдром, проявляющийся внезапными, частыми, непроизвольными сокращениями мышц, нередко сопровождающийся расстройством сознания. Немедленное купирование этого синдрома является важной задачей, стоящей перед врачами. В течение одного года с эпилепсией поступило детей – 31 (1,2%) от всех поступивших больных в отделение. Со спазмофилиями – 42 (1,7%) больных. С фебрильными судорогами – 167 (6,9%). На основании многолетнего опыта работы и оказания больным с судорожным синдромом и изучения таких статей, как «Тактика педиатра при судорожном синдроме» – Е.Н. Сибилева, Л.А. Зубов, С.Л. Кобелева, Г.П. Смирнова; «Принципы оказания неотложной помощи при судорожном синдроме» – А.И. Ван, Л.А. Блажко, Н.Н. Бекаева, Б.У. Тукенов., Е.Г. Хорунжий; «Диагностика и лечение неотложных состояний у детей» – С.Я. Долецкий., Л.М. Рошаль, нами разработан алгоритм лечения судорожного синдрома у детей в экстренной службе.

Независимо от причины судорожного синдрома экстренную помощь начинают с общих мероприятий: обеспечение доступа свежего воздуха, аспирация слизи из верхних дыхательных путей, предот-

вращение западения языка, физические методы охлаждения при гипертермии, достаточная оксигенация, восстановление дыхательной и сердечной деятельности. Для купирования судорожного синдрома применяют седуксен (реланиум, диазепам, сибазон, валиум) внутримышечно или внутривенно в 10% растворе глюкозы или изотоническом растворе хлорида натрия в дозе 0,3–0,5 мг/кг, в тяжелых случаях до 2,5–5,0 мг/кг. Разовая доза для детей в возрасте до 3 мес. составляет 0,5 мл 0,5% раствора, в возрасте от 3 мес. до 1 года – 0,5–1,0 мл, от 3 до 6 лет – 1,0–1,5 мл, для детей школьного возраста – 2–3 мл. При некупирующихся судорогах введение препарата в той же дозе можно повторить через 2–3 ч. Седуксен можно комбинировать с натрия оксибутиратом в дозе 70–100–150 мг/кг внутривенно струйно или капельно в изотоническом растворе натрия хлорида или 5% растворе глюкозы. При некупирующихся судорогах показано проведение барбитурового наркоза: гексенал или натрий тиопентал (0,5–1,0%)вводят внутривенно медленно в 5% растворе глюкозы по 3–5–10 мл (40–50 мг/год жизни). Возможно введение миорелаксантов (листенон, тубарин) с последующим переводом на ИВЛ. Обязательным условием при судорожном синдроме является проведение дегидратационной терапии: сульфат магния вводится внутримышечно в виде 25 % раствора из расчета 1 мл на год жизни ребенка; лазикс (фуросемид) вводят внутривенно или внутримышечно в дозе 3–5 мг/кг массы тела в сутки; осмодиуретики (маннитол, сорбитол) вводят из расчета 5–10 мл/кг.

Дополнительно назначают фенобарбитал в дозе 1 мг/кг 3 раза в сутки либо комбинацию фенобарбитала с дифенином в суммарной дозе 1 мг/кг 3 раза в день, которые при невозможности глотания вводят через зонд. Если эти мероприятия безуспешны, производят люмбальную пункцию с медленным выведением 5–10 мл цереброспинальной жидкости. При тонических судорогах и стволовой симптоматике, из-за угрозы вклинивания ствола мозга в большое затылочное отверстие, люмбальная пункция противопоказана. При судорожном статусе дополнительно назначают глюкокортикоиды (преднизолон в дозе до 10 мг/кг), оксигенотерапию, гипербарическую оксигенацию, проводят коррекцию метаболических нарушений, восстанавливают гемодинамику. В послеприступный период показан пирацетам в больших дозах внутривенно или через рот: детям до 3 лет – 3 г, старше 5 лет – до 5–10 г в сутки. Ребенок с судорожным синдромом длительное время должен наблюдаться педиатром и невропатологом.

Прогноз. От длительности судорожного синдрома зависят ближайший и отдаленный периоды заболевания. В грудном возрасте велика опасность летального исхода, если судороги носят тяжелый характер и имеют непрерывно рецидивирующее течение.

Вывод. На основании разработанного алгоритма врачи экстренной помощи могут квалифицированно оказывать помощь детям с судорожными синдромами.

ПАРЕНХИМАТОЗНЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ В ГОЛОВНОЙ МОЗГ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

В.Е. Кочетов

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

Актуальность темы. Паренхиматозные кровоизлияния (ПК) в головной мозг являются тяжёлыми и стойкими нарушениями мозгового кровообращения. Наиболее часто ПК возникают при рождении и в течение первого года жизни ребенка. Основными причинами их развития являются гипоксическо-ишемическое поражение головного мозга (47%), аномалии и дисплазии сосудов головного мозга (28%), поражение нервной системы инфекционного генеза (септические состояния) (13%), наследственные болезни (2%), ДВС синдром и различные заболевания крови (10%) [2]. Исход кровоизлияний зависит от их объёма и локализации. Летальность до настоящего времени остается высокой. В острый период заболевания она достигает в среднем 30–35% и увеличивается еще на 12–15% к концу первого года после кровоизлияния [1].

Цель исследования. Изучить частоту и локализацию ПК, их связь с возрастом, полом и причинами развития.

Материалы и методы исследования. Изучены результаты вскрытий 179 детей, находившихся на лечении в детском корпусе РНЦЭМП в 2018–2022 гг. Использованы макроскопический и микроскопический методы исследования, статистический анализ полученных данных.

Результаты исследования. Паренхиматозные кровоизлияния в головной мозг выявлены в 11 (6,1%) вскрытиях у детей первого года жизни. Из них 9 (81,8%) мальчиков и 2 (18,2%) девочки. В возрасте 1 месяца умер 1 (9,1%) ребёнок, 1,5 месяцев – 4 (36,3%), 2-х месяцев – 3 (27,3%), 2,5 месяцев – 1 (9,1%), 6 месяцев – 1 (9,1%) и 1 года – 1 (9,1%).

На секции установлена различная локализация кровоизлияний. В 5 случаях кровоизлияния располагались в правом полушарии мозга: в теменной доле (2), лобно-теменной (1) и лобно-теменно-височной (1) областях; в 3-х случаях – в левом полушарии: в лобной доле (1), лобно-теменной (1) и теменно-височной (1) областях. Также в 1 случае отмечалось одновременное кровоизлияние в правой лобно-теменной области и правой гемисфере

мозжечка, 1 случай кровоизлияния в ствол мозга и 2 случая – в гимесферы мозжечка. Одновременно с паренхиматозными кровоизлияниями в 3-х случаях имели место внутрижелудочковые кровоизлияния, в 4-х – кровоизлияния под твёрдую, в 2-х – под мягкую мозговую оболочку и в 3-х – под обе оболочки.

Среди причин, вызвавших развитие ПК, выявлены пневмонии (7 (63,6%) случаев): интерстициальные (2), вирусные (2) и вирусно-бактериальные (3). При этом патогенетическими механизмами развития кровоизлияния послужили цитотоксическое и гипоксическое повреждение стенок сосудов и ДВС синдром. В 2-х (18,2%) случаях артериовенозных мальформаций и в 1 (9,1%) случае кавернозной гемангиомы кровоизлияние произошло из-за разрыва патологически изменённых стенок сосудов. В последнем случае причиной ПК послужил мезангиопролиферативный гломерулонефрит.

Непосредственной причиной смерти явились энцефаломаляция (9 (81,8%) случаев) и дислокация ствола мозга. Последняя развилась при отёке (1 (9,1%) случай), либо набухании (1 (9,1%) случай) головного мозга.

Заключение. Проведённый анализ показал, что в наших наблюдениях ПК у мальчиков встречались в 4,5 раза чаще, чем у девочек. Пик заболевания пришёлся на 1,5 и 2 месяца. Большинство кровоизлияний локализовалось в правом полушарии головного мозга. Непосредственно причиной смерти в подавляющем большинстве случаев явилось размягчение головного мозга. Из причин, вызывающих развитие внутричерепных кровоизлияний на первом месте находились пневмонии, на втором – артериовенозные мальформации. Таким образом, распознание причин развития внутримозговых кровоизлияний является весьма сложной задачей, так как верно выявленный этиологический фактор определяет дальнейшую тактику лечения с максимально благоприятным исходом.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ОСТЕОПОРОЗА И ОСТЕОПЕНИИ

З.М. Матанов, Ф.Х. Умаров

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии» МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. К факторам, которые влияют на формирование пика костной массы у детей относят генетические и средовые: пол, раса, особенности физической активности, диета в период пубертатного роста [Yang X., Zhai Y., 2020].

На формирование костной массы влияют генетические факторы в тесном взаимодействии с экологическими и образом жизни ребенка (питание и физическая активность) [Lopez-Gonzalez D. et al., 2021].

Цель исследования. Повысить эффективность диагностики и лечения переломов длинных костей у детей, возникших на фоне низкой минеральной плотности кости.

Материалы и способы. Всего было обследовано 299 детей, из них 264 ребенка с низкоэнергетическими переломами длинных костей и 35 практически здоровых детей из группы риска развития остеопении (дети с малой двигательной активностью).

Из 264 детей с переломами в контрольную группу включили 91 ребенка. У них по разным причинам не применяли фармкорректоры остеопении. В основную группу включили 173 ребенка, у них проводили фармакокоррекцию остеопении препаратами на основе кальция и витамина D.

Результаты и их обсуждение. Минеральную плотность кости (МПК) оценивали методом ДРА при поступлении и через 9–10 месяцев после лечения на костном денситометре DMS STRATOS с применением евразийской нормативной базы данных. У больных и здоровых лиц проведены лабораторные исследования маркеров костного метаболизма в первые 2–4 дня после поступления, через 6 и 9 месяцев после завершения лечения.

У практически здоровых детей, как и у травмированных детей, определяли уровень витамина D, маркеров костного метаболизма и осуществляли денситометрию. С целью выявления большего числа детей с остеопенией отбор проводился из групп риска по развитию остеопении, при этом критериями включения детей в исследуемую группу были низкая физическая активность и умеренная физическая активность ребенка.

Возрастной показатель пострадавших и обследованных практически здоровых детей колебался от 6 до 18 лет. Средний возраст больных составил 10,2±0,2 года. Средний возраст практически здоровых лиц составил 10,0±0,6 года. В контрольной группе из 91 ребенка средний возраст составил 10,1±0,3 года, в основной группе из 173 детей средний возраст составил 10,3±0,2 года.

Среди обследованных практически здоровых детей преобладала группа 5–9 лет – 20 (57,1%), затем группа 10–14 лет – 12 (34,3%), меньше всего было детей в возрасте 15–18 лет – 3 (8,6%). Среди травмированных детей преобладали дети возрастные группы 5–9 и 10–14 лет – по 120 (45,5%) детей в каждой, детей в возрасте 15–18 лет было 24 (9,0%). В контрольной группе детей в возрасте 5–9, 10–14 и 15–18 лет распределили следующим образом – 40 (44,0%), 48 (52,7%) и 3 (3,3%) соответственно. В основной группе распределение детей по группам было: 80 (46,2%), 72 (41,6%) и 21 (12,2%).

Из всех 264 травмированных детей мальчиков было 201 (76,1%), девочек – 63 (23,9%), то есть в

группе травмированных детей мальчики преобладали над девочками в соотношении примерно 3:1, что характерно в целом для травм у детей. В контрольной группе из 91 ребенка мальчиков было 66 (72,5%), девочек – 25 (27,5%), в основной группе из 173 детей мальчиков было 135 (78,0%), девочек – 38 (22,0%). Распределение по половозрастным группам у 201 мальчика с переломами было следующим: 5–9 лет – 88 (43,8%), 10–14 лет – 92 (45,8%), 15–18 лет – 21 (10,4%). Распределение по половозрастным группам у 63 девочек с переломами: 5–9 лет – 32 (50,8%), 10–14 лет – 28 (44,4%), 15–18 лет – 3 (4,8%). У всех травмированных детей было выявлено 3 возрастных пика – 6–8, 11 и 13 лет. Наибольшее число переломов отмечено по костям верхних конечностей – 224 из 264, или 84,8%, у 40 или 15,2% детей отмечены переломы костей нижних конечностей. Из костей верхних конечностей чаще всего поражались проксимальные отделы – плечевые кости: 118 или 44,7%; почти с такой же частотой поражались кости предплечья – 106 или 40,2%. Интересно отметить, что при поражении костей предплечья чаще всего ломались обе кости: лучевая и локтевая – 83 или 31,4%. Что касается костей нижних конечностей, то в этих зонах чаще отмечались переломы дистальных отделов – кости голени у 30 или 11,4% детей. Во всех случаях переломы отмечены сразу в обеих костях голени. Переломы бедренных костей отмечены у 10 или 3,8% детей.

При консервативном лечении проводилась закрытая репозиция отломков и фиксация гипсовой лонгетой, таких больных было 130 (49,2%). В контрольной группе из 91 ребенка 45 (49,5%) лечились консервативно, 46 (50,5%) лечились оперативно. В основной группе из 173 детей 85 (49,1%) лечились консервативно, 88 (50,9%) лечились оперативно. Оперативное лечение проведено 134 детям (50,8%). Осуществлялось несколько видов оперативных вмешательств, включая различные виды закрытых и открытых репозиций с остеосинтезом различных видов.

Заключение. Таким образом, проведенное исследование популяции детей г. Ташкента показало, что низкоэнергетические переломы сегментов верхних и нижних конечностей присутствовали у детей различных возрастных групп, но различались частотой в зависимости от возраста и пола. Выявлено преобладание переломов у мальчиков в 3 раза чаще по сравнению с девочками. Установлено, что у детей и подростков с высокой частотой обнаруживаются переломы в сегментах верхней конечности, по сравнению с нижней конечностью. Особенностью переломов в области голени является одновременный перелом большеберцовой и малоберцовой костей. Высокая частота переломов выявлена у мальчиков и девочек в возрасте 6–11 лет. У девочек частота развития переломов после 12–13 лет резко снижается, а у мальчиков с 13 лет отмечается второй пик встречаемости переломов.

Известно, что основным фактором риска перелома рассматривают особенности организации костной ткани, при этом низкие показатели МПК выступают как предиктор перелома. В следующей главе будет изучена МПК у детей и подростков с низкоэнергетическими переломами.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ МПК У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИМ ПЕРЕЛОМОМ, ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

З.М. Матанов, Ф.Х. Умаров

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии» МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Значимым фактором является витамин D, его недостаточность и дефицит которого влияют на метаболизм кальция, формирование пика костной массы, мышечный тонус и склонность к падениям. Имеются данные о показателях недостаточности витамина D в сыворотке крови (менее 20 нг/мл) у 48,8 % детей препубертатного возраста 6–10 лет (Rajakumar K., 2005).

Цель исследования. Улучшить диагностику и лечение низкоэнергетических переломов длинных костей у детей и подростков с нарушением МПК.

Материалы и способы. Исследованы показатели костной денситометрии, витамина D, кальция, фосфора и щелочной фосфатазы у 230 детей и подростков (173 мальчика и 57 девочек) с переломами длинных костей в возрасте от 6 до 17 лет, которые находились на лечении.

Результаты и их обсуждение. На основе проведенных исследований нами разработан алгоритм дифференциальной диагностики остеопении и остеопороза на основе данных костной денситометрии, анамнеза и лабораторного обследования детей и подростков. Низкоэнергетические переломы могут происходить на фоне низких показателей МПК. В связи с этим важным шагом в исследовании состояния костной ткани для последующего определения тактики лечения является оценка МПК, которая проводится на костных денситометрах. На основе показателей костной денситометрии дети и подростки с переломом могут быть разделены на две группы – с показателями нормы МПК и со сниженными показателями, которые на костном денситометре классифицируют как «низкие показатели МПК (остеопения) от 1 до 2» и «остеопороз – 2 и присутствие клинически значимого перелома». При подозрении на остеопороз на основе осмотра ребенка и анамнестических данных возможно предположить первичный остеопороз. В этом слу-

чае ребенка необходимо направить на консультацию к врачу-генетику для подтверждения или исключения диагноза. Вторичный остеопороз вызывается множеством факторов (с характерными жалобами, присутствием соматической патологии или неясной причины возникновения). В этом случае необходимо расширенное лабораторное обследование ребенка с целью исключения заболеваний ЖКТ, почек и др. Если ребенок направлен первично или он лечился у специалиста, необходимо, чтобы он продолжал лечение, так как без лечения основного заболевания эффективность остеотропной терапии будет низкой. Кроме того, особое внимание следует уделять пациентам, страдающим от хронических заболеваний и получающих лечение препаратами, например глюкокортикоиды, которые могут способствовать развитию вторичного остеопороза. Алиментарный остеопороз – это наиболее распространенный остеопороз, при своевременном выявлении и адекватном лечении он может быть купирован. Следующий этап – необходимые биохимические исследования сыворотки крови, которые назначают детям с низкоэнергетическим переломом как с нормальными показателями МПК, так и низкими показателями. Данные биохимических исследований необходимо интерпретировать на основе таких факторов, как возраст, пол, скорость роста, питание, стадия полового созревания и др. Основной блок исследований включает анализ витамина D, кальций-фосфорного обмена, общей щелочной фосфатазы. По данным проведенного нами исследования в Республике Узбекистан, несмотря на большое количество солнечных дней, у детей обнаружена недостаточность витамина D в большом проценте случаев. Учитывая его значение для костной ткани как фактора риска низкой МПК, участие в регенерации кости, на этот показатель необходимо обратить внимание для дальнейшего выбора медикаментозной терапии. Важным звеном нашего исследования, согласно лабораторным данным, явилось то, что у детей с низким статусом витамина D нарушаются показатели уровня кальция в крови при нормальных показателях фосфора, то есть изменяется физиологическое соотношение, что, соответственно, требует коррекции. Серьезное внимание нужно обратить на детей с повышенными показателями кальция (в нашем исследовании – у 4 детей из 230). Так как показатель гиперкальциемии может быть отражением серьезных нарушений в организме (гиперпаратиреоз и др.), необходима консультация эндокринолога. При алиментарном остеопорозе без перелома обычно показатели щелочной фосфатазы в норме. У нас при обследовании детей у 93% мальчиков и у 89,5% девочек выявлены повышенные показатели, что может отражать воспаление и повышенный биосинез щелочной фосфатазы остеобластами в условиях перелома и регенерации. Этот показатель нуждается в мониторировании. Если при первичном остеопорозе назначают препараты антирезорбенты (бисфосфонаты и др.), то при алиментарном остеопорозе (этот тип остеопороза выявлен у обследованных нами детей и подростков) препаратом выбора являются кальций и витамин D, назначаемый в дозировках, адекватных для возраста. Кроме того, комбинированные препараты на основе кальция и витамина D являются предметом выбора при лечении пациентов с переломом. Необходима дополнительная консультация по питанию детей и подростков с низкой МПК и остеопорозом.

Заключение. Таким образом, на основе данных проведенного исследования и дополненных информацией из научной литературы мы предлагаем алгоритмизированную схему обследования пациентов с показателями низкой МПК и остеопорозом.

БОЛАЛАРДА ЖИСМОНИЙ ТАРБИЯ МАШҒУЛОТЛАРИДА ШИКАСТЛАНИШЛАРНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ МУАММОЛАРИ

Маҳмудов Н.И., Акбарова М.Н., Тўйчиева М.Н.

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти

2018–2022 йиллар давомида Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Фарғона филиали қабул-диагностика бўлимига жисмоний тарбия машғулотлари пайтида турли даражадаги шикастланишлар туфайли 204 нафар бемор болалар мурожаат этишган. Бу беморларнинг 151 нафарига (74%) амбулатор ёрдам кўрсатилган, 53 тасининг (26%) шикастланиш ҳолатлари ўрта ва оғир даражада бўлганлиги сабабли стационар бўлимларига даволаниш учун ётқизилганлар. Шикастланиш турлари ва характери турлича бўлиб, юмшоқ тўқималарнинг лат ейиши 62 (30,4%) беморларда, боғламлар чўзилиши 45 (22%), боғламлар узилиши, мускуллар гематомаси, лат ейиши 32 (15,6%), юмшоқ тўқималарнинг турли даражадаги жароҳатлари 20 (9,8%), бўғимлар чиқиши 17 (8,3%), суяклар синиши 16 (7,8 %), бош мия чайқалиши 9 (4,4%), бош мия лат ейиши 3 (1,8 %) беморда кузатилган. Бизнинг статистик маълумотларимизга кўра, 78% беморларда юмшоқ тўқималар лат ейиши, боғламлар чўзилиши, тери ва тери ости тўқималарининг юза жароҳатлари каби шикастланишлар, 22% ҳолатларда эса ўрта ва оғир турдаги шикастланишлар: бўғимлар чиқиши, суяклар синиши, чуқур жароҳатлар, бош мия чайқалиши, бош мия лат ейиши каби шикастланишлар учраган.

Жисмоний тарбия ўтказиш пайтида шикастланишларнинг сабабларини таҳлил қилинганда кўп ҳолатларда ўқув машғулотларини ташкил этишда бир қатор камчиликларга йўл қўйилганлиги аниқланди. Айниқса машғулот ўтказувчи бир ўқитувчи-мураббийга ўқувчилар сони норма-

дан кўп бўлиши, назоратнинг сусайиши ёки машғулотларнинг мураббийсиз ўтказилиши, машғулотлар, мусобақалар дастурининг нотўғри тузилиши, изоҳланиш тадбир-чоралари қўлланилмаслиги каби ҳолатлар аниқланди.

Болаларда спортга алоқадор шикастланишларнинг олдини олиш учун бир қанча тадбир-чораларни ишлаб чиқиш керак бўлади. Энг аввало жисмоний тарбия машғулотлари, мусобақаларини ўтказиш режа-дастурларининг методик-ташкилий жиҳатдан талаб даражасида тузилиши, машғулотларни тўғри ташкил этиш, ҳар бир ўқувчига индивудал ёндашиб, юкламалар бериб бориш керак бўлади. Жисмоний тарбия машғулотлари ўтказиладиган жойлар санитария-гигиеник талабларига жавоб берадиган даражада бўлиши ҳамда болалар организми функционал кўрсаткичлари бўйича шифокор тавсияларига тўла амал қилиниши лозим.

ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЧРЕЗМЫЩЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМАХ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СОСУДИСТО-НЕРВНОГО ПУЧКА

Ф.А. Машарипов, О.Н. Низов, А.Б. Сайдалиходжаев, Р.А. Шералиев

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП), Ташкент, Узбекистан

Введение. Обследование состояния конечности на предмет сосудистых нарушений и нарушений периферических нервов при чрезмыщелковых переломах плечевой кости у детей является очень важным фактором предупреждения тяжелых исходов лечения. Чрезмыщелковые переломы плечевой кости у детей от 2–14% случаев могут осложняться повреждениями сосудисто-нервного пучка, что вызывает развитие ишемии конечности и расстройства функции периферических нервов, вследствие чего ребенок может остаться на всю жизнь инвалидом.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения осложненных чрезмыщелковых переломов плечевой кости у детей путем использования разработанной тактики.

Материал и методы. За период с 2011 по 2022 г. в отделении детской травматологии РНЦЭМП находились на лечении 979 больных с чрезмыщелковыми переломами плечевой кости со смещением костных отломков. Наибольшее количество переломов отмечено в возрасте от 4 до 10 лет. В 164 случаях (16,8%) наблюдалось повреждение сосудисто-нервного пучка. Из них у 101 (10,3%) выявлены признаки нарушения кровообращения, у 63 (6,5%) отмечены повреждения периферических нервов.

Нами разработана программа для диагностики и выбора лечения чрезмыщелковых переломов плечевой кости у детей (№ DGU 02169 ГПВ РУз, от 29.03.11 г.). По программе проводили поэтапные меры диагностики: по совокупности клинических признаков интерпозиции сосудисто-нервного пучка, степени повреждения мягких тканей области локтевого сустава и вида смещения костных отломков определяли тактику лечения. Для диагностики нарушения кровообращения применяли современные инструментальные методы исследования, такие как пульсоксиметрия, цветовое дуплексное сканирование, мультиспиральная компьютерная томография с контрастной ангиографией и пункционное ангиографическое исследование плечевой артерии. Для выявления повреждений периферических нервов основывались на исследовании клинических признаков выпадения чувствительных и двигательных функций исследуемых нервов при выполнении больными функциональных проб. Хирургическое лечение при чрезмыщелковых переломах плечевой кости, осложненных повреждением сосудисто-нервного пучка, заключалось в следующем: под контролем электронно-оптического преобразователя произвели стабилизацию костных отломков методом внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза с использованием устройства, разработанного нашей клиникой (№ FAP 00772 от 30.11.2012г). После этого выполнили ревизию сосудисто-нервного пучка в области перелома стандартным передне-медиальным доступом в нижней трети плеча с переходом на область локтевого сгиба. Наличие устройства позволило интраоперационно, в процессе освобождения ущемленных артерий и нерва, дозировано смещать концы костных отломков без риска вторичного повреждения выделяемых структур.

Результаты и обсуждение. В 65 случаях произвели ревизию плечевой артерии в области перелома. В 33-х случаях во время операции обнаружена интерпозиция плечевой артерии и срединного нерва между отломками плечевой кости. В этих случаях выполнен артериолиз плечевой артерии, невролиз срединного нерва. В 7 случаях выполнены тромбэктомия и боковой шов плечевой артерии. В 8 случаях обнаружен заворот интимы плечевой артерии на уровне перелома: в этих случаях произведена резекция сосуда и анастомоз «конец в конец». В двух случаях выполнена операция – аутовенозное протезирование поврежденной плечевой артерии. В 15 случаях причинами нарушения кровообращения были сдавления плечевой артерии острым концом центрального отломка плечевой кости. При лечении чрез- и надмыщелковых переломов плечевой кости, осложненных повреждением сосудисто-нервного пучка, во всех случаях получены хорошие результаты.

Выводы. Результаты лечения чрезмыщелковых переломов плечевой кости у детей с ослож-

ненным повреждением плечевой артерии и (или) периферических нервов зависят от качества своевременной диагностики и оптимального выбора хирургической тактики. Своевременное применение высокотехнологических методов диагностики и лечения при чрезмыщелковых переломах плечевой кости у детей с осложненными повреждениями сосудисто-нервного пучка обусловливают улучшение достижения наиболее благоприятных результатов.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ОТКРЫТЫХ ТРАКЦИОННО-РАЗДАВЛИВАЮЩИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КИСТИ И ПАЛЬЦЕВ ВИНТАМИ ЭЛЕКТРОМЯСОРУБКИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Ф.А. Машарипов, О.Н. Низов, С.Ю. Наврузов, Д.А. Худойназаров, А.Б. Сайдалиходжаев, Р.А. Шералиев

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Введение. Лечение повреждений кисти и пальцев винтами электромясорубки у детей представляет собой серьёзную проблему, что обусловлено не столько частотой их встречаемости, сколько сложностью и полиморфизмом самих травм, поскольку в этих случаях сочетаются раздавливающий, тракционный и рубленый механизмы повреждения. При раздавливании в сочетании с тракцией в зоне травмы возникают полные и неполные разрывы магистральных сосудов или надрывы их интимы с вворачиванием ее в просвет, что приводит к быстрому нарушению кровообращения в сегменте до уровня декомпенсации. Характерными также являются обширная отслойка кожных покровов, разрывы мышц и сухожилий, контузия и разрывы нервов с образованием их дефектов, а нередко полные или неполные отчленения целых фрагментов кисти. Для подобных травм характерны полные и неполные разрывы структур, как правило, на нескольких уровнях, и выходящие, что важно, далеко за границы основной раны. Повреждения сухожилий и мышц обычно проявляются в виде их отрывов от мест прикрепления. Для костей характерны множественные открытые оскольчатые переломы и вывихи. Рубленый механизм повреждения обусловливает дополнительное появление множественных ран на различных уровнях. Характерной особенностью является возраст детей от 1 года до 5 лет, так как диаметр горловины цилиндра бытовой электромясорубки обычно бывает около 50 мм. У подростков и взрослых случаются попадание конечности в тубус промышленных электромясорубок, обычно на предприятиях общественного питания диаметр горловины цилиндра которых значительно больше.

Материал и методы. За период с 2009 по 2023 год в РНЦЭМП было пролечено 22 ребенка, получивших открытые травмы кисти и пальцев винтами электромясорубки, из которых 21 (95,5%) обратились в РНЦЭМП в течение 1–3 часов; 1 (4,5%) ребёнок поступил через 4 дня после травмы: больная из Навоийской области была направлена в центр хирургии кисти ТМА, откуда была перенаправлена в ТашПМИ, а оттуда её перенаправили в РНЦЭМП.

По возрасту пострадавшие дети были распределены следующим образом: в возрасте 1 года – 1 (4,5%), 2-х лет – 11 (50%), 3-х лет – 3 (27,3%), 4-х лет – 3 (27,3%), 5 лет – 2 (9,1%), 14 лет – 2 (9,1). Девочек было 10 (45,5%), мальчиков – 12 (54,5%). Повреждение правой кисти в 12 (54,5%), левой – в 10 (45,5%) случаях. Кроме этого, отмечалось поступление 2-х подростков в возрасте 15–16 лет, когда травма была получена при попадании верхней конечности в промышленные электромясорубки при нарушении правил техники безопасности.

Результаты и обсуждение. Все пострадавшие поступили в экстренном порядке и были оперированы под общим обезболиванием в течение 2-х часов после поступления, за исключением 1-й девочки, поступившей на 4-е сутки. 18 (81,8%) пострадавших поступили с тубусом (цилиндром) электромясорубки и только 4 (9,2%) без него. Этап оперативного лечения включал в себя на фоне обезболивания и комбинированного (эндотрахеального) наркоза снятие сотрудниками МЧС тубуса (цилиндра) электромясорубки, после чего клинически оценивалось состояние тканей, производилась Р-графия (на месте в операционной). Как правило, имелись повреждения на 2-х уровнях – у 10 детей (45,5%),на 3-х уровнях –у 7 детей (31,8%)и на 4-х уровнях –у 5 детей (22,7%)**:** 1 уровень – располагался на уровне дистальных и средних фаланг, 2 – на уровне пястно-фаланговых сочленений, 3 – на уровне запястно-пястных сочленений, 4 – на уровне лучезапястного сустава. Решающим для определения жизнеспособности тканей при этом являлось сохранение кровообращения в дистальных фрагментах, которое сразу определить не представлялось возможным и приходилось определять границы жизнеспособных тканей условно. Всегда имелись повреждения костей, особенно на 1 и 2 уровнях, в сочетании с повреждениями сухожилий и повреждениями собственно пальцевых артерий и нервов. Степень нарушения кровообращения сегментов определялась как по клиническим признакам (окраска кожи, местная температура, капиллярная реакция), так и по данным пульсоксиметрии, которая выполнена у всех пострадавших**.**

Исход оперативного лечения зависел от степени и количества уровней повреждения пальцев и кисти. У 3-х (13,6%)пострадавших (в том числе у обоих подростков) из-за размозжения тканей по экстренным показаниям выполнено формирование ампутационных культей на уровне пальцев. В 17 (77,3%) случаях были выполнены реконструктив-

ные операции, включающие остеосинтез фаланг пальцев инъекционными иглами и пястных костей спицами Киршнера, а также восстановление, по возможности, прерванных структур. Основной проблемой было закрытие ран местными тканями с сохраненным кровообращением – в 29 (90,9%) случаях; определить степень жизнеспособности тканей при этом не всегда представлялось возможным. Кожная пластика свободными полнослойными аутотрансплантатами выполнена только в 1 (4,5%) случае. Попытки наложения сосудистого анастомоза, особенно при многоуровневых повреждениях, проводились в 2-х (9,1%) случаях, но к успеху не приводили из-за повреждения отслойки и разрывов интимы на протяжении.

Гладкое течение раннего послеоперационного периода, то есть заживление ран первичным натяжением с явлениями краевого кожного некроза отмечено только в 15 (68,2%) случаях. Во всех случаях в последующем развились стойкие кожно-рубцовые и суставные контрактуры пальцев. Следует отметить, что выполнение формирования ампутационных культей в большинстве случаев давало гладкий послеоперационный период.

Основной причиной ранних послеоперационных осложнений является, прежде всего, нарушение кровообращения сегментов, обусловленное самим механизмом повреждения, и, как следствие, присоединение вторичной инфекции.

При этом в 5 (22,7%) случаях после 1-й операции развился некроз дистальных фрагментов, в 3-х (13,6%)случаях – некроз кисти на уровне запястья и пястья, что потребовало в дальнейшем выполнения некрэктомии и реампутации.

Таким образом, травмы кисти и пальцев у детей и подростков винтами электромясорубок сопровождаются значительной травматизацией покровных тканей и всех структур, как правило, с нарушением кровообращения, что обусловливает высокий процент потери фрагментов кисти и развитие в последующем стойких контрактур.

Проблемы восстановления кровообращения и адекватного закрытия послеоперационных ран при таких повреждениях являются приоритетными.

Показаниями к первичной ампутации и формированию культей следует считать обширное размозжение тканей и отсутствие условия для выполнения реконструктивной операции.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У ДЕТЕЙ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Ф.А. Машарипов, А.Б. Сайдалиходжаев, Н.Н. Толипов, Р.А. Шералиев

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Сравнительное изучение методов хирургического лечения переломов костей у детей показало, что наиболее физиологичным и наименее травматичным из них является интрамедуллярный остеосинтез. Раннее восстановление анатомической целостности поврежденных костей позволяет осуществлять активный уход за больным и эффективное лечение других поврежденных органов, гарантирует анатомическую репозицию и возможность раннего восстановления функции, а также короткое время госпитализации больного.

Проведение интрамедуллярных стержней имеет некоторые преимущества: наименьшую травматизацию конечности, малоинвазивность операции, стабильность костей, наименьшее количество дней пребывания больного в стационаре, что является важным для общего состояния больного и для экономики государства.

Цель. Оценка эффективности хирургического лечения и возрастные аспекты диафизарных переломов длинных костей конечностей у детей с применением эластичных стержней.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в отделении детской травматологии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи МЗ РУз в 2022 г. были оперированы 27 больных в возрасте от 1 до 18 лет с переломами костей голени. Среди пострадавших мальчиков было 22 (81,4%). В возрасте 3–11 лет было 12 (44,3%) больных, 12–18 лет – 15 (55,7%). В сроки до 2-х часов после травмы были доставлены 20 (74%) пострадавших, от 2-х до 6 часов – 7 (26%).

Травмы в результате дорожно-транспортных происшествий получили 12 (44,4%) пострадавших, бытовые травмы были у 6 (22,2%), уличные – у 7 (31%), в результате падения с высоты – у 2 (2,3%). По уровню перелома: переломы верхней трети у 8 (29,6%), средней трети – (51,8%), нижней трети – у 5 (18,5%).

Методика закрытого интрамедуллярного остеосинтеза эластичными стержнями заключается в следующем: больному под рентгеновским контролем, с использованием электронно-оптического преобразователя (ЭОП), производится ручная репозиция костных отломков длинной кости. Затем делается разрез кожи от 1,0 до 2,0 см в зависимости от толщины мягких тканей по внутреннему и наружному боковых поверхностей сегмента на уров-

не метафиза. Подлежащие мягкие ткани раздвигаются тупым способом. С помощью шила формируется вход в костномозговой канал, через который вводят эластичный стержень, диаметр которого зависит от диаметра внутрикостного канала. Стержень продвигают медленно по каналу дистального отломка в проксимальный при переломах бедренной кости, а при переломах большеберцовой кости – по каналу проксимального отломка в дистальный под контролем ЭОП. Проверяют стабильность фиксации, при недостаточной стабильности дополнительно производят иммобилизацию конечности гипсовой лонгетой сроком на 2–3 недели.

Результаты и обсуждение. Результаты лечения оценивали по трехбалльной системе. Хорошими считали результаты при полной консолидации перелома в сроках 3–6 месяца после операции в зависимости от возраста пациента при полном восстановлении функции поврежденной конечности (полный объем движений в суставах и опороспособность). Удовлетворительными результатами считали замедленную консолидацию перелома – от 6 до 9 месяцев после операции в зависимости от возраста больного с восстановлением опороспособности и с некоторым ограничением функций суставов конечности. К неудовлетворительным результатам отнесли случаи, когда имело место медленное сращение или несращение перелома в сроках более 9–10 месяцев с явным ограничением функции поврежденной конечности и наличием укорочения сегмента. Эластичные стержни удаляли после достижения полной опороспособности поврежденной конечности. Результаты лечения были прослежены у 18 пациентов. Хорошие результаты отмечались у 14, удовлетворительные – у 4. Неудовлетворительных результатов нет.

Вывод. Таким образом, закрытый интрамедуллярный остеосинтез эластичными стержнями обеспечивает возможность лечения диафизарных переломов длинных костей конечностей у детей, так как является биологическим, минимально инвазивным и при наличии опыта дает низкий процент осложнений. Малоинвазивность, небольшая продолжительность вмешательства, достаточная фиксация, приводящая к отказу от традиционного лечения скелетным вытяжением, иммобилизации гипсовыми повязками позволяют считать остеосинтез эластичными стержнями основным альтернативным методом лечения переломов длинных трубчатых костей у детей. Остеосинтез эластичными стержнями предоставляет большие преимущества для ребенка и семьи: короткое время госпитализации, ранняя активизация ребенка, лучшая гигиена, короткое время отсутствия в школе и т.д.

МЕСТО МАЛОИНВАЗИВНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Ф.А. Машарипов, С.Ю. Наврузов, Н.Н. Толипов, А.Б. Сайдалиходжаев, Р.А. Шералиев, К.Ш. Салиев

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Несмотря на успехи в плане диагностики и лечения переломов конечностей у детей, многие вопросы оказания экстренной помощи при сочетанной травме нуждаются в научном обосновании. Малоинвазивный остеосинтез в практике неотложной детской травматологической помощи в последнее время занял прочные обоснованные позиции. Его преимуществами являются минимальный хирургический доступ, адекватная фиксация места перелома, возможность сокращения сроков стационарного лечения более ранней активизации пострадавших детей. Однако его применение имеет целый ряд необходимых условий: наличие технической возможности (оборудование для визуализации миниинвазивных вмешательств – ЭОП, или специальные экраны для рентгеноскопии, а также специально оборудованная или приспособленная операционная, наличие специального инструментария и расходных материалов – спиц, эластичных стержней и т.п.), правильная организация медпланирования (распределение времени работы, постановка показаний и планирование объёма и характера оперативного вмешательства, а также времени его выполнения), последующее его выполнение, и затем контроль результатов на этапах лечения (время иммобилизации, время удаления металлических конструкций, этапы восстановления функций повреждённой конечности). Невыполнение одного из вышеупомянутых условий может привести к неуспеху результата лечения.

В отделении детской травматологии РНЦЭМП в период с 2010 по 2022 г. лечилось 157 пострадавших детей с открытыми переломами длинных трубчатых костей. Больные разделялись по полу: мальчиков – 112 (71,3%), девочек – 45 (28,7%), по сегментам: предплечье – 67 (42,7%), плечо –22 (14%), голень – 64 (40,8%), бедро – 4 (2,5%). Возраст пострадавших детей был: 0–3 года – 7 (4,5%), 4–7 лет – 16 (10,2%), 8–11 лет –39 (24,8%), 12–15 лет – 55 (35%), 15–18 лет – 40 (25,5%). Консервативное лечение применено у 28 (17,8%) детей, в которое входило: туалет раны, под местной анестезией закрытая репозиция костных отломков и наложение гипсовой повязки. Выбор способа оперативного лечения зависел от степени повреждения мягких тканей поврежденных конечностей. Придерживаясь активной хирургической тактики лечения,

миниинвазивный остеосинтез был применён у 129 (82,2%) детей. Применяли туалет раны у 30 детей и первичную хирургическую обработку раны у 56 больных в сочетании с миниинвазивным остеосинтезом. Оперативное лечение проводили под общим обезболиванием в неотложном порядке, остеосинтез выполняли спицами Киршнера или Илизарова, стержнями под контролем электронно-оптического преобразователя. Профилактику и лечение раневой инфекции проводили с применением столбнячного анатоксина и назначением антибактериальных средств. Во всех случаях использовали внешнюю иммобилизацию гипсовыми лонгетными повязками или иммобилизирующими шинами.

Результаты лечения оценивались после полной консолидации и удаления металлоконструкций комплексно на основании осмотра и данных Р-логического исследования. По нашим наблюдениям, хорошие результаты были у 144 (91,7%) больных, удовлетворительные – у 10 (6,4%) и неудовлетворительные – у 3-х (1,9%).

Таким образом, малоинвазивный остеосинтез занимает обоснованное место в арсенале специализированной помощи оказания пострадавшим детям с травмами конечностей. Данный метод может широко применяться в специализированных травматологических отделениях при наличии необходимого технического обеспечения, наличии обученного персонала, правильном планировании и организации работы для оказания помощи пострадавшим.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Ф.А. Машарипов, Н.Н. Толипов, С.Ю. Наврузов, А.Б. Сайдалиходжаев, Р.А. Шералиев, Ф.Б. Хужамкулов, К.Ш. Салиев

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

В последнее десятилетие в практике детской травматологии произошли существенные изменения в тактике лечения переломов. Появилась новая терминология: «малоинвазивный», «минимально-инвазивный», «биологический», «функциональный» виды закрытого остеосинтеза, отражающая концептуальные изменения в подходах к оперативному лечению переломов. Сравнительное изучение методов хирургического лечения переломов костей у детей показало, что наиболее физиологичным и наименее травматичным из них является интрамедуллярный остеосинтез эластичными стержнями.

Цель. Оценка эффективности хирургического лечения с применением эластичных стержней при диафизарных переломах бедренной кости у детей младшего возраста.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в отделении детской травматологии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи МЗ РУз с 2020 года по 2023 год были оперированы 27 больных в возрасте от 3 до 7 лет с переломами бедренной кости. Среди пострадавших мальчиков было 22 (81,4%). В сроки до 2 часов после травмы были доставлены 20 (74%) пострадавших, от 2 до 6 часов –7 (26%).

Травмы в результате дорожно-транспортных происшествий получили 12 (44,4%) пострадавших, бытовые травмы были у 6 (22,2%), уличные – у 7 (26%), в результате падения с высоты – у 2 (7,4%). По уровню перелома: переломы верхней трети у 8 (29,6%), средней трети – у 14 (51,8%), нижней трети – у 5 (18,6%). По характеру перелома: винтообразные – 8 (29,6%), короткие косые – 7 (26%), поперечные – 9 (33,3%), оскольчатые – 3 (11,1%).

Методика закрытого интрамедуллярного остеосинтеза эластичными стержнями заключается в следующем: больному под рентгеновским контролем, с использованием электронно-оптического преобразователя (ЭОП), производится ручная репозиция костных отломков бедренной кости. Затем делается разрез кожи от 0,5 см до 1,0 см в зависимости от толщины мягких тканей по внутреннему и наружному боковых поверхностей на уровне дистального метафиза бедра. Подлежащие мягкие ткани раздвигаются тупым способом. С помощью шила формируется вход в костномозговой канал, через который вводят эластичный стержень, диаметр которого зависит от диаметра внутрикостного канала. Стержень продвигают медленно по каналу дистального отломка в проксимальный под контролем ЭОП. Проверяют стабильность фиксации, при недостаточной стабильности дополнительно производят иммобилизацию конечности гипсовой лонгетой сроком на 2–3 недели.

Результаты и обсуждение. Результаты лечения оценивали по трехбалльной системе. Хорошими считали результаты при полной консолидации перелома в сроках 3–6 месяца после операции в зависимости от возраста пациента при полном восстановлении функции поврежденной конечности (полный объем движений в суставах и опороспособность). Удовлетворительными результатами считали замедленную консолидацию перелома – от 6 до 9 месяцев после операции в зависимости от возраста больного с восстановлением опороспособности и с некоторым ограничением функций суставов конечности. К неудовлетворительным результатам отнесли случаи, когда имело место медленное сращение поврежденной конечности и наличие допустимого укорочения сегмента. Эластичные стержни удаляли после достижения полной опороспособности поврежденной конечности. Результаты лечения были прослежены у всех оперированных детей. Хорошие результаты отмечались у 23,

удовлетворительные – у 4. Неудовлетворительных результатов нет.

Вывод. Таким образом, применение закрытого интрамедуллярного остеосинтеза с эластичными стержнями при диафизарных переломах бедренной кости у детей младшего возраста имеет следующие преимущества: наименьшую травматизацию конечности, малоинвазивность операции, раннее восстановление анатомической целостности поврежденных костей позволяет осуществлять активный уход за больным, а также уменьшает пребывание больного в стационаре, что является важным для общего состояния больного и для экономики государства.

БОЛАЛАРДА ҚИЗИЛЎНГАЧ ЁТ ЖИСМЛАРИНИНГ ЭРТА ДИАГНОСТИКАСИ ВА ЭНДОСКОПИК МУОЛАЖАСИ

Мирзакаримов А.А., Акбаров Ф.С., Абдуманнонов А.Р.

РШТЁИМ Фарғона филиали

Ёт жисмларнинг болалар қизилўнгачига тушиши биринчи навбатда ота-оналар фарзандларини назоратсиз қолдириши, болаларга майда – диаметри 3 см гача бўлган ўйинчоқ қисмларининг берилиши оқибатида юзага келади. Бу ёт жисмлар асосан танга, батарейка, ўйинчоқларнинг пластмасса деталлари, ерёнғоқ мағизлари ва қоғоз плёнкалардир.

Энг хавфли бўлган ёт жисм – бу электрон батарейкалар бўлиб, унинг таркибидаги ишқор моддаси 2–3 соат вақт ичида батарейкадан ажралиб чиқади ва атроф тўқималарни емиради, натижада бу қизилўнгачнинг кимёвий куйишига сабаб бўлади.

2021–2023 йилларда РШТЁИМ Фарғона филиали ҚДБга 66 нафар болалар қизилўнгачга ёт жисмлар тушишига шубҳа билан олиб келинган бўлиб, уларнинг 53 нафари (80%)ни 3 ёшгача бўлган болалар ташкил этади. Ёт жисмларни аниқлашда бемор ва унинг яқин қариндошларидан анамнез йиғиш билан биргаликда, кўкрак қафаси рентгенографияси, ФЭГДС текширувлари замонавий тиббиётнинг энг қулай усули ҳисобланади.

Ёт жисмларни олишда болалар ёши, ёт жисмнинг ўлчами, шакли, қўшни органларга нисбатан хавф даражаси ва асоратига боғлиқ ҳолатда умумий оғриқсизлантириш йўли билан даволаш усули танланади. Болаларда қизилўнгачдан ёт жисмларни олишда эндоскопия методи хавфсиз, қулай, эрта диагностика қилиш ва эндоскопик муолажа ўтказиш учун узоқ вақт талаб қилмайдиган самарали усул ҳисобланади.

Бизнинг марказимизда болалар қизилўнгач ёт жисмларидан: 24 та (36,4%) боладан танга, 20 та (30,3%) боладан батарейка, 10 та (15,2%) боладан ўйинчоқларнинг пластмасса деталлари, 6 та (9,1%) боладан булавка, шуруп, магнит, 5 та (7,6%) боладан ерёнғоқ ва данак мағизлари, 1 та (1,5%) боладан плёнка қоғозлар эндоскопик муолажа йўли билан олинган.

Хулоса:

1. Болаларда қизилўнгач ёт жисмларига шубҳа қилинганда зудлик билан тез тиббий ёрдам бирлашмаларига олиб бориш.

2. Ёт жисмларни эрта диагностика қилишда эндоскопия ва рентген текшируви замонавий тиббиётнинг энг қулай усули ҳисобланади.

3. Қизилўнгачдаги ёт жисмларни эндоскопик усул билан олиб ташлашда умумий оғриқсизлантириш ёт жисмни олишдаги вақтни тежайди ва қўшни аъзолар перфорациясидан сақлайди.

4. Эгилувчан эндоскопларни ишлатиш қизилўнгачдаги ёт жисмларни олишда қулай, чунки бунда қизилўнгачга жароҳат етказиш ва тешиш хавфи камаяди, диагностика қилишда юқори сифатга эришилади.

ДИАГНОСТИКА ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИОРГАННЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ

С.Р. Рахимова, М.Б. Алибекова

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

На сегодняшний день много различных научных работ, посвященных проблеме СПОН, которые характеризуют механизмы развития, этиологические моменты, способы оценки состояния больного и методов коррекции.

До настоящего времени созданы очень много соматических (POSSUM, SAPS, SAPS PE, SOFA, MODS) и неврологических шкал (ШКГ Глазго, шкала А.И. Федина), которые оценивают состояние больного. Данные шкалы в основном предназначены для взрослых, для детского контингента они не пригодны.

Оценка тяжести ПОН в педиатрии сопряжена с особенностями физиологических параметров, которые находятся в зависимости от периодов детского возраста, что необходимо учитывать при создании инструмента оценки тяжести ПОН у детей. Шкала PELOD (Paediatric Logistic Organ Dysfunction) – одна из нескольких наиболее часто используемых шкал для оценки тяжести ПОН у детей.

Цель исследования. Оценка тяжести состояния у детей при синдроме полиорганной недостаточности.

Материал и методы. Под наблюдением находились 26 детей в возрасте от 3 до 14 лет с диагностированной полиорганной недостаточностью, находившихся в отделении анестезиологии и реанимации интенсивной терапии (ОАРИТ) и в педиатрических отделениях РНЦЭМП.

Всем больным проводились общеклиническое обследование, биохимические исследования крови (общий белок, мочевина, креатинин, билирубин, калий, АЛТ, АСТ, уровень лактата, среднемолекулярные пептиды), КЩС крови, инструментальные методы исследования (рентгенография грудной клетки, ЭКГ, по показаниям – ЭХОКГ, КТ-исследования). Кроме этого, всем больным проводили иммунологические исследования.

Результаты обследования. Основными системами органов, вовлеченными в патологический процесс являлись дыхательная, сердечно-сосудистая, центральная нервная системы. Острая дыхательная недостаточность в сочетании с острой сердечной недостаточностью 2-й степени отмечалась у всех 26 (100%) детей, дыхательная, сердечно-сосудистая недостаточность в сочетании с церебральной недостаточностью – у 19 (73%) детей, сердечно-сосудистая недостаточность в сочетании с токсическим поражением печени, почек и синдромом кишечной недостаточности – в 7 (27%) случаях.

Тяжесть состояния детей оценивали по шкале PELOD (Paediatric Logistic Organ Dysfunction). Система оценивает 6 ключевых систем органов: каждую – по одному клиническому или лабораторному критерию. В шкалу входят переменные, оценивающие органные дисфункции центральной нервной системы с помощью шкалы комы Глазго, система кровообращения оценивается с учетом частоты сердечных сокращений и уровня систолического артериального давления, учет параметров производится в зависимости от возраста, система дыхания оценивается на основании респираторного индекса (PaO_2/FiO_2) и парциального давления углекислого газа в артериальной крови ($PaCO_2$), функция почек оценивается на основании уровня креатинина, функция печени – на основании уровня аспартат-трансаминазы (АСТ) и протромбинового индекса (ПТИ), система крови – на основании уровня лейкоцитов и тромбоцитов.

У всех детей отмечалось достоверное увеличение частоты дыхания в среднем до 51,2±3,1 в мин, увеличение частоты сердечных сокращений в среднем до 158,5±4,1 уд. в мин, повышение систолического артериального давления в среднем до 77,2±7,4 мм рт. ст. Показатель сатурации (насыщения капиллярной крови кислородом) составил в среднем 78,5±4,1%.

В анализе крови, в основном, отмечался высокий лейкоцитоз со сдвигом формулы крови влево, токсическая зернистость нейтрофилов (++++), высокая СОЭ, гипохромная анемия. Количество эритроцитов уменьшилось в 2,6 раза, тромбоцитов – в 1,9 раза по сравнению с нормальными величинами. Лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) увеличился в среднем в 6,8 раза, уровень средних молекулярных пептидов – в 5,1 раза в сравнении с нормой, уровень креатинина превышал норму и достигал 2,74±1,9 мкмоль/л, мочевины – 9,9±6,1 ммоль/л.

Клинически наиболее тяжелыми по шкале PELOD были больные с комбинированной и сочетанной травмой, перенесшие экстренные хирургические вмешательства. Наиболее значимыми оказались недостаточность нервной и сердечно-сосудистой системы.

Выводы.

1. Необходимо использовать шкалы, позволяющие оценить тяжесть состояния в динамике, прогнозировать исход патологического процесса и эффективность проводимой терапии.

2. Одним из достоинств систем балльной оценки, используемых в детском возрасте, должна быть их простота, что позволяет использовать их в условиях стационара любого уровня.

3. Шкала PELOD переоценивает риск неблагоприятного исхода, оценка тяжести СПОН по шкале PELOD в динамике увеличивает прогностическую ценность.

БОЛАЛАРДА ИЧАК АНАСТОМОЗ ЕТИШМОВЧИЛИГИНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Улуғмуратов А.А., Маматов С.О., Нормуродов Д.К.

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд филиали

Муаммонинг долзарблиги. Шошилинч болалар хирургиясида ичак анастомозларининг етишмовчилиги сабаблари етарлича ўрганилмаган. Катта ёшдаги беморларнинг ичак деворлари қалинлиги болаларга қараганда анастомоз куйишда қийинчилик туғдирмайди, бироқ болаларда ичак деворларининг юпқалиги, ичакларнинг операциядан кейинги фалажи, ишлатилаётган чоклар бунда асосий ўрин тутади. Операциядан сўнгги ичак анастомоз етишмовчилигидан келиб чиққан перитонитлар бемор боланинг аҳволини оғирлаштириб, ўлим ҳолатига олиб келиши мумкин. Операция пайти ишлатиладиган чоклар ва ичакларни етарлича декомпрессия қилиш операциядан сўнгги етишмовчиликларнинг олдини олади.

Ишнинг мақсади. Операциядан сўнгги даврда ичак анастомозлари етишмовчилигини камайтириш.

Материал ва услублар. Ушбу ишимизда РШТЁИМ СФ болалар жароҳатлари ва хирургияси бўлимида сўнгги 5 йил давомида ичак тутилиши билан ётиб даволанган беморларни таҳлил қилдик. Ичак тутилиш ташхиси билан жами 286 та бемор бўлимга ётқизилган. Ушбу беморлар қабул бўлимида қон-сийдик таҳлили, қорин бўшлиғи аъзолари УТТ, кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзолари умумий рентген тасвири ҳамда барий сульфат эритмаси ичирилиб динамикада рентгенологик текширишлар ўтказилди. Ушбу беморларда

текширув давомида 112 (39,1%) тасида механик ичак тутилиши бўлганлиги сабабли оператив даво ўтказилди. 112 та бемордан 63 (56,2%) тасида ичаклар некрозга учраганлиги сабабли ичак анастомозлари қўйилди. 18 ҳолатда охир-охир, 22 ҳолатда охир-ён ва қолган 23 ҳолатда ёнма-ён анастомозлар шакллантирилди. Ёнбош ичакнинг дистал қисмига қўйилган охир-охир анастомозларга 13 ҳолатда аппендикостома орқали антеград ичак декомпрессияси, қолган анастомозларда ичаклар ва ошқозон Эботт Мюллер усулида назоинтестинал декомпрессия ўтказилиб операция якунланди.

Натижалар. Аппендикостома қўйилган 35% беморларда операциядан сўнг қорин бироз дам бўлиши кузатилди. Меъдани зондлаш ва газ чиқарувчи най ўрнатилган 80% беморларда ичаклар фалажининг 2-даражаси кузатилди. Болаларда фақатгина ошқозонни зондлаш ичак фалажини бартараф қилиб бўлмаслигидан далолат беради. Бу гуруҳлардаги беморларда анастомозлардан кейинги эрта асоратларидан 1 беморда анастомоз етишмаслиги аниқланди. Эботт-Мюллер услубида ичакларни назоинтестинал интубация қилинганда паст босим остида тўпланиб қолган ичак маҳсулотлари ва ҳавони сўриб ташланганда беморларда ичак фалажи натижасида қорин дам бўлиши ҳамда анастомоз етишмаслиги кузатилмади.

Хулосалар. Операция давомида ичакларда тўпланган ичак маҳсулотлари ва ҳавони сўриб, декомпрессияси мақсадида назоинтестенал интубациясини қўллаш ичаклар фалажи, эрта битишмали ичак тутилиши ва перитонит каби асоратлар сонини камайтиришга олиб келди.

ДИАГНОСТИКА И АДЕКВАТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТОВ

Г.Б. Уразова, Г.А. Мамбеткаримова, М.К. Жолдасбаева, Х.А. Калимбетова

Каракалпакский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Внебольничная пневмония – одна из наиболее серьезных и часто встречающихся заболеваний у детей различного возраста, которая при тяжелом течении приводит к летальному исходу. Основные клинические симптомы, позволяющие заподозрить у ребенка пневмонию: одышка, лихорадка, токсикоз, цианоз, кашель, а также типичные физикальные данные (укорочение перкуторного звука над участком поражения легких и локализованные здесь же аускультативные изменения – ослабление или усиление дыхания с последующим появлением крепитирующих или влажнопузырчатых хрипов). Особенно пневмония тяжело протекает у детей с врожденными пороками сердца и иммунодефицитными состояниями.

Цель исследования. Оценка своевременной диагностики и адекватной терапии детей с внебольничной пневмонией различных возрастов в неотложной педиатрии.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 254 ребенка, поступившие в отделение неотложной педиатрии Каракалпакского филиала РНЦЭМП в 2022 году с диагнозом внебольничная пневмония с острым течением. Всем детям проводились стандартные методы обследования, включающиеклинические, лабораторные и рентгенологические исследования.

Результаты. Возраст поступивших и пролеченных детей составил: до 1 года – 109 (42,9%), до 3-х лет – 89 (35,03%), до 5 лет – 36 (14,1%), до 14 лет – 15 (5,9%), до 18 лет – 5 (1,9%). Основную группу детей составили дети до 1 года и до 3-х лет. Всем госпитализированным детям проводилась антибактериальная терапия, антигистаминная терапия, дезинтоксикационная терапия, оксигенотерапия с увлажненным кислородом при выраженной дыхательной недостаточности, небулайзерная терапия, отхаркивающая терапия и лечение сопутствующих заболеваний проводилось детям с пороками сердца, неврологическими и генетическими заболеваниями. Внебольничная пневмония особенно тяжело протекала у детей с врожденным пороком сердца, с TORCH (toxoplasmosis, rubella, cytomegalovirus, herpessimplexvirus) инфекцией и сопутствующими неврологическими состояниями в группе детей до 1 года и до 3-х лет. Анализ на чувствительность антибиотика играли большую роль при лечении бактериальной пневмонии. При анализе на чувствительность к антибиотикам у большинства детей была выявлена на цефтриаксон, амикацин, цефаперазон + сульбактам, ампициллин + сульбактам. Некоторым детям была проведена либо смена антибиотика, либо подключен второй антибиотик. Детям с отягощенным преморбидным фоном назначена иммуномодулирующая терапия.

Выводы. Своевременная диагностика и адекватная терапия помогли избежать осложнений внебольничных пневмоний у детей. Выбор антибактериальных препаратов при внебольничных пневмониях, как при других инфекционно-воспалительных заболеваниях, должен определяться в первую очередь особенностями этиологии заболевания.

ОСТРЫЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ НА ФОНЕ ОРВИ И АТОПИИ У ДЕТЕЙ

Г.Б. Уразова, С.А. Кожаназарова, Б.А. Фазылбекова

Каракалпакский филиал РНЦЭМП

Актуальность. В результате воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды на организм детей неуклонно растет частота случаев развития ОРВИ (острой респираторной вирусной

инфекции) и атопии, следовательно, и обращений за медицинской помощью детей с острыми респираторными инфекциями.

Цель исследования. Выявить особенности течения острого обструктивного бронхита у детей на фоне ОРВИ и атопии с целью дифференцированного подхода диагностики и их осложнений.

Материал и методы. Изучены и проанализированы результаты обследований и наблюдений 712 детей с острым обструктивным бронхитом, госпитализированных в отделение неотложной педиатрии Каракалпакского филиала РНЦЭМП за 2022 год. Из них у 157 (22,05%) детей острый обструктивный бронхит протекал на фоне атопии, 555 (77,95%) детей не имели признаков атопии, у них обструктивный бронхит протекал на фоне ОРВИ. Всем детям проводились стандартные клинические, лабораторные, диагностические методы обследования, а также проведена консультация детского аллерголога.

Результаты. Госпитализация детей проводилась в первые сутки с начала заболевания– 30 (4,21%) случаев, на 2–3 сутки и более 3-х дней– 682 (95,79%). При анализе возраста госпитализированных детей было выявлено, что в основном дети были грудного и младшего возрастов – до 1 года – 321 (45,08%), до 3-х лет – 234 (32,87%), до 5 лет – 73 (10,25%), до 14 лет – 77 (10,81%) и до 18 лет – 7 (0,99%). Острый обструктивный бронхит чаще встречался у детей с ранними сроками перехода на искусственное вскармливание, на фоне атопического дерматита и респираторных инфекций. Клиническое наблюдение показало, что у большинства детей отмечался приступообразный кашель – вначале сухой, через некоторое время влажный, с выделением мокроты, одышка, хриплое затрудненное поверхностное дыхание и повышение температуры тела.

Результаты аллергического анамнеза и обследование детей показывают на повышенную реакцию их иммунной системы, на провоцирующий фактор (триггер) – аллерген. В основном у детей младших возрастных групп чаще всего провоцирующими аллергию являются продукты питания. У детей старших возрастов самыми распространенными триггерами становились домашняя пыль и пыльца растений.

Выводы. Таким образом, острый обструктивный бронхит у детей на фоне ОРВИ и атопии протекали более тяжелее у детей грудного и младшего возрастов, что требует дифференцированного подхода диагностики, лечения и осложнений, а также диспансерного наблюдения и ранней профилактики в первичном звене здравоохранения.

ЗНАЧЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ ПРИ ВЫБОРЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЭКВИНУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ СТОПЫ У БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Ф.Ш. Хамроев, Б.К. Истамов

Республиканская детская психоневрологическая больница им. У.К. Курбанова

Бухарский государственный медицинский институт

Бухарский филиал РНЦЭМП

Введение. В развитии организма человека большое значение имеет состояние мышечного тонуса. В полиморфной картине двигательной патологии больных с детским церебральным параличом выделяются синдромы, обусловленные силовым дисбалансом определенных групп мышц. В целях выявления ведущей деформации, как очага доминирующей патологической афферентной импульсации, применяются диагностические тесты, определяющие тактику реабилитации больных с детским церебральным параличом, в основе которого лежит позовая характеристика суставов конечностей.

Для диагностики эквинусной деформации стоп проводят трицепс-тестирование: больного укладывают на кушетку в положение на спине; сгибают коленный сустав, тем самым отключают активность икроножных мышц и оставляют задействованной только камбаловидную мышцу; если в таком положении эквинусная деформация исчезает, считается, что камбаловидная мышца не участвует в развитии трицепс-синдрома; в данном случае, при разогнутом состоянии коленного сустава эквинус появляется вновь за счет гипертонуса икроножных мышц бедра; отметим, что при гипертонусе только икроножных мышц контрактуру стопы необходимо корригировать путём вмешательства только на напряженных икроножных мышцах – выполняется операция «апоневротическое удлинение икроножных мышц голени»; если при любом положении коленного сустава эквинусная деформация стоп сохраняется, то спастически напряженными считаются все компоненты трехглавой мышцы голени, что является показанием к оперативному удлинению ахиллова сухожилия.

Из всех диагностированных эквинусная деформация стопы (100%) положительный трицепс-тест отмечен в 63,8% случаях, отрицательный – в 36,2%.

Таким образом, анализ 90 больных показал, что двигательные расстройства имели место у всех детей с ДЦП независимо от степени тяжести поражения. У всех обследованных имелись различные степени тяжести двигательных нарушений. Если при детской гемиплегии отмечалось односторон-

нее поражение, то при спастической диплегии деформации нижних конечностей характеризовались симметричностью.

Таким образом, в сложном симптомокомплексе больных с детским церебральным параличом необходимо определять ведущую деформацию, приводящую к нарушению в двигательной сфере. Диагностическое тестирование двигательных синдромов определяет главенствующую тактику в реабилитации больных с детским церебральным параличом. Недостаточная диагностика ведущей деформации всегда сохраняет вероятность рецидива контрактуры суставов нижних конечностей и развития необратимых осложнений.

БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАРДА УЗУН НАЙСИМОН СУЯКЛАРНИНГ СУЯК МИНЕРАЛ ЗИЧЛИГА ФОНИДА СИНИШЛАРИНИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШДА БИЗНИНГ ТАЖРИБАМИЗ

Ходжанов И.Ю., Умаров Ф.Х., Матанов З.М.

ЎзР ССВ «Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий-амалий тиббиёт маркази» ДМ

Муаммонинг долзарблиги. Болаларнинг касалланиш тузилмасида скелетнинг метаболик бузилишлари ижтимоий-иқтисодий ва тиббий аҳамияти борасида ушбу патологиянинг ўсиши кўрсаткичлари бўйича етакчи ўринлардан бирини эгаллайди. Остеопороз одатда қариялар ва кекса одамларнинг касаллиги сифатида қаралган, аммо 1973 йилда C.E. Dent кекса ёшдаги ОП «педиатрик» касаллик эканлигини тахмин қилган [Dent C.E., 1973], L. Hightower эса 2000 йилда остеопорозни «гериатрик оқибатларга олиб келадиган педиатрик касаллик» деб таърифлаган [Hightower L., 2000]. Шуни таъкидлаш жоизки, ҳозирги вақтда болалар жароҳатланишининг кўпайиши қайд этилмоқда. Кам энергияли синишнинг (ўз бўйи баландлигидан йиқилиб тушиш) пайдо бўлишига болалардаги остеопороз ва остеопения маълум ҳисса қўшади. Расмий статистик маълумотларга кўра, болалар ва ўсмирларнинг узун суяклари синиши ҳолатлари сони 1,2 баробарга ошган [Меркулов В.Н., Дорохин А.И., 2005], синишлар эса тахминан 50% ҳолларда суяк минерал зичлиги етишмовчилиги фонида содир бўлади [Меркулов В.Н., Родионова С.С., 2005].

Тадқиқот мақсади. Суяк минерал зичлиги пастлиги фонида юзага келган синишларни ташхислаш усулларини такомиллаштириш орқали болаларда узун суяклар синишларини даволаш самарадорлигини ошириш.

Материал ва текширув усуллари. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий-амалий тиббиёт марказида 2019 йилдан 2022 йилгача бўлган даврда, узун суякларининг кам энергияли синишлари (ўз бўйи баландлигидан кам бўлмаган баландликдан йиқилиб тушиш) билан касалланган 264 нафар бемор болаларни текшириш ва даволашнинг клиник натижалари, шунингдек, остеопения (ўтроқ турмуш тарзи) ривожланиш хавфи бўлган 35 деярли соғлом болаларни текшириш маълумотларини таҳлил қилинган. Жами 299 нафар бола кўрикдан ўтказилган.

Текширув натижалари. Беморлар II гуруҳга бўлинган: I назорат гуруҳи – остеопениянинг фармакологи коррекцияси ўтказилмаган 91 (34,5%) беморлар ва II гуруҳ – 3 ойлик даволаш курсини тайинланган кальций, D витамини ва унинг фаол метаболитлари асосидаги препаратлар билан остеопениянинг фармакологик коррекцияси (профилактикаси ва даволаниши) бажарилган 173 (65,5%) нафар бемор.

Суяк минерал зичлиги Евросиё меъёрий маълумотлар базасидан фойдаланган ҳолда DMSSTRATOS суяк денситометрида икки энергияли рентген абсорбциометрияси усули орқали денсиметрик тарзда баҳоланган. Умуртқа поғонаси бел соҳаси (LI – LV, фронтал проекция) ва сон суяги проксимал бўлими даражасида (Dual Hip дастури: Neck сон бўйинчаси ва бўйинча ости соҳаси даражасида) умуртқалар таналарининг СМЗ даражасини баҳолаш учун педиатрик дастурдан фойдаланилди. ЖССТ тавсияларига кўра, болалар ва ўсмирларда ОП диагностикаси Z-мезони асосида амалга оширилди: +2,5 SD дан ошмайдиган ва –1SD дан паст бўлмаган қийматлар меъёр чегараларида мавжуд. <–1 SD дан –2,0 SD гача бўлган қийматлар паст суяк минерал зичлиги етишмовчилиги ёки остеопения деб ҳисобланади, –2 ва <–2,0 SD қийматлар остеопения деб таснифланади, аммо агар умуртқа танаси, сон бўйинчаси ёки узун суякларнинг камида битта синиши бўлганда, остеопороз деб таснифланади.

Барча 35 нафар деярли соғлом болаларда суяк минерал зичлиги денситометрик тарзда ва остеогенезнинг биокимёвий маркерлари – умумий кальций, фосфор, ишқорий фосфатаза, D витамини текширилди. Қабул қилинганидан кейин 2-4-кунларда жароҳат олган барча 264 болада умумий кальций, фосфор, ишқорий фосфатаза, Д витамини биокимёвий таҳлиллари, улардан 229 нафари, шу жумладан 66 нафари назорат гуруҳидан, 163 нафари асосий гуруҳдан денситометриядан ўтказилди.

Умумий кальций, фосфор ва ишқорий фосфатаза «MINDRAYBS-330» биокимёвий анализаторида аниқланди, D витамини Rochecobase 411 биокимёвий иммунолюминесцентли анализатори ёрдамида аниқланди.

Хулоса. Узун суякларнинг кам энергияли синишлари бўлган болаларда дастлаб 39,3% ҳолларда остеопения ривожланиши билан суяк минерал зичлигининг пасайиши, шу жумладан 13,1% ҳолларда остеопороз ривожланиши аниқланган. Бу остеопения мавжудлиги болада кам энергияли жароҳат

олганида, синишларнинг ривожланишига олиб келувчи омил эканлигини англатади. Узун суякларнинг кам энергияли синишлари бўлган болаларда даволаш ва тикланиш даврида (жароҳатдан кейин 9 ойгача) остеопения ва остеопорознинг частотаси остеопенияни фармакологик тузатишсиз 85,7% гача ҳолларда кўтарилиши ва кальцийнинг комбинацияланган препаратлари ҳамда D витамини тайинланганда эса 21,7% гача ҳолларда камайиши кўрсатилган. Бу даволаш ва тикланиш жараёнида остеопения ва остеопорознинг ривожланиши ва кучайишининг олдини олишда ушбу дориларнинг самарадорлигини исботлайди.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОБОЖЖЕННЫХ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Б.Н. Холмурадов, Ф.О. Темиров

Бухарский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Совершенствование и внедрение инновационных технологий, интенсивного лечения пострадавших с обширными глубокими ожогами позволяет добиться позитивного результата лечения пациентов со сверхкритической термической травмой. Главной задачей при этом является завершение полного восстановления кожного покрова в возможно ранние сроки после травмы, т. е. до того, как успеют развиться тяжелые гнойно-септические осложнения ожоговой болезни и необратимые изменения в организме обожженного. Соответственно, поиск путей сокращения сроков полного заживления ожоговых ран является важнейшим аспектом научных изысканий современной комбустиологии.

В рамках этого на базе проведено клиническое изучение эффективности мазевой атравматичной сетчатой повязки «Бранолинд® Н» для местного лечения ожоговых ран. «Бранолинд® Н» представляет собой мазевую повязку в виде листов размером 10×20 см из крупноячеистой хлопчатобумажной сетки, пропитанную безводной мазевой основой (ланолин, белый вазелин, цетиол, перуанский бальзам).

Цель исследования. Оценка эффективности применения мазевой атравматичной сетчатой повязки «Бранолинд® Н» для лечения ожоговых ран у тяжелообожженных детского возраста.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 94 тяжелообожженных детей, пролеченных за период 2021–2022 гг. в отделении комбустиологии Бухарского филиала РНЦЭМП. Больные были разделены на две группы: 1-я группа – 54 пациента, в местном лечении которых была применена атравматичная сетчатая повязка «Бранолинд® Н»; 2-я группа – 40 тяжелообожженных детей, местное лечение ожоговых ран которых проведено полузакрытым способом с использованием мазей на водорастворимой основе и марлевой повязки. Пациенты обеих групп были сопоставимы по площади и глубине поражения.

Методика применения: с соблюдением правил асептики пластины «Бранолинд® Н» накладывали на раны, фиксируя их сухими стерильными салфетками.

В 32-х случаях однократно наложенные сетчатые повязки «Бранолинд® Н» на поверхностные ожоги II–IIIA степени оставались на раневой поверхности до полной эпителизации, сроки которых составили 14,4±1,4 суток. В 22-х случаях пациентам с глубокими ожогами повязку «Бранолинд® Н» накладывали на 9–12 сутки после травмы, после проведения хирургической некрэктомии. Этим больным в последующем, в сроки 6–8 суток после некрэктомии, произведено окончательное закрытие участков глубоких ожогов путем аутодермопластики расщепленными дерматомными трансплантами. Сроки полного восстановления целостности эпителиального покрова у этих больных составили 29,7±3,1 суток.

У 17 пациентов 2-й группы с поверхностными ожогами, которым проведено традиционное местное лечение ожоговых ран, сроки полной эпителизации составили 21,4±1,8 суток. Срок полного восстановления целостности кожного покрова 13 пациентов этой группы с глубокими ожогами равнялся 35,3±5,4 суток.

Таким образом, на основании проведенного анализа можно сделать следующие выводы: «Бранолинд® Н» прост в применении, не вызывает побочных эффектов, аппликации «Бранолинд® Н» на ожоговые раны защищают их от чрезмерного высыхания, внешнего механического и микробного воздействия, предотвращают травматизацию новообразованного эпителия, стимулируют процессы регенерации, тем самым сокращают сроки полного восстановления целостности кожного покрова у тяжелообожженных детского возраста.

БОЛАЛАРДА ҚОРИН БЎШЛИҒИ ЁПИҚ ЖАРОҲАТИНИНГ ЭРТА ТАШХИСОТИ ВА ДАВОЛАШДА ЭНДОВИЗАЛ ХИРУРГИЯНИНГ РОЛИ

С.С. Худойбердиев, Ш.Н. Соатмуродов, А.А. Яриев, У.Х. Назаров, И.Х. Ашуров, М.Э. Кувондиков

Мавзунинг долзарблиги. Болаларда қорин бўшлиги ёпиқ жароҳатларини ташхислаш ва хирургик даволаш муаммосининг долзарблиги бугунги кунда бир қатор вазиятларга боғлиқ. Дунё тажрибасидан маълумки, қорин бўшлиғи аъзоларининг травматик жароҳатлари оғир механик жароҳатлар сирасига киради ва йўл-транспорт ҳодисалари, баландликдан тушиш, ҳар хил зарбалар, болаларнинг бир-бири билан қўпол муносабати оқибатида юзага келади. Аксарият муаллифлар қайд этганидек,

қориннинг ёпиқ жароҳати билан шикастланган болаларда даволаш натижаси малакали тиббий ёрдам кўрсатиш босқичларини тўғри ташкил этиш билан чамбарчас боғлиқ. Болаларда қорин бўшлиғи ёпиқ жароҳати билан мурожаат этган беморларни динамик кузатув жараёнида шундай ҳолатларни инобатга олиш керакки, ушбу жароҳатларда биринчи босқичда жигар ёки талоқда субкапсуляр гематомалар ҳосил бўлиб, иккинчи босқичда бир неча дақиқадан бир неча соат оралиғида гематома, ёрилиш ва ўткир қон йўқотиш кузатилади. Шу сабабдан болаларда хирургик хизмат самарадорлигини ошириш ва амалиётлардан кейинги асоратлар ривожланишининг олдини олиш, қорин бўшлиғи ёпиқ жароҳати аниқланган беморлар аҳволини яхшилаш бугунги кунда долзарб муаммолардан бири ҳисобланади.

Материаллар ва усуллар. Болаларда қорин бўшлиғи ёпиқ жароҳатини ташхислаш ва даволаш, соғлиқни сақлаш тизимида хирургик даволаш натижаларини яхшилашдан иборат. 2020–2022 йиллар давомида РШТЁИМ СВФ базаси, шошилинч болалар хирургияси ва жароҳатлари бўлимида, янги технологиялар имкониятларидан фойдаланиш ҳамда жигар ва талоқнинг айрим, комбинирланган жароҳатларини ташхислаш ва хирургик даволаш натижалари, касаллик асоратлари ва даво натижаларининг яхшиланишига олиб келинди.

Тадқиқот сифатида Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Сирдарё филиали, шошилинч болалар хирургияси ва жароҳатлари бўлимида 2020–2022 йилда жигар ҳамда талоқ жароҳатлари билан турлича хирургик даво олган 17 нафар боланинг даволаш натижаларидан фойдаланилган.

Шифохонага мурожаат этган беморлардан барча ҳолатда дастлабки босқичда УТТ текшируви ўтказилган ва ўтказилган текширув хулосасига асосан, болалар динамик кузатув назоратига олинган. Кузатув давомида беморлар аҳволи тўсатдан оғирлашиши ва беморга эндовизуал хирургик амалиёти аралашув талаб қилинган.

Кўзда тутилган 17 нафар бемордан 18 ёшгача 12 (70,58) нафар ўғил бола ва 5 (38,46%) нафар қиз бола бўлиб, шулардан 1–5 ёшгача 3 (17,64%) нафар бемор, 6–12 ёшгача 5 (29,41%) нафар бемор, 12–16 ёшгача 7 (41,17%) нафар бемор, 16–18 ёшгача 2 (11,76%) нафар бемор даво муолажаларини олган. 17 нафар бемордан 5 (29,41%) нафар беморда йўл-транспорт ҳодисалари, 7 (41,17%) нафар беморда юқоридан тушиш, 3 (17,64%) нафар беморда ҳар хил зарбалар, 2 (11,76%) нафар беморда болалар билан қўпол муносабат оқибатида юзага келган. Юқорида келтирилган беморлардан 7 нафари замонавий даволаш-ташхислаш мақсадида эндовидеохирургик аралашувдан фойдаланилган ва кўрсатилган беморлардан 5 (71,42%) нафари ўғил бола, 2 (28,57%) нафари қиз болага тўғри келади. Кўзда тутилган беморлардан эндовидеохирургик текширишда, жигар жароҳати билан 2–3 соатда 2 (28,57%) нафар, талоқ жароҳати билан 1,5–2 соатда 3 (42,85%) нафар, комбинирланган жароҳат билан келгандан ярим соат ичида 2 (28,57%) нафар беморга ташхис ва даво муолажалари ўтказилган.

Ҳозирги кунда эндовидеохирургик текшириш ва даволаш усулининг юқори тезлиги ва ташхислаш мезони аниқлиги замонавий тиббиётда муҳим омил ҳисобланади. Эндовидеохирургик жараёнда олинган натижаларга кўра, 7 нафар бемордан 6 (85,71%) нафарда операциядан кейинги давр асоратларсиз ўтди, 1 (17,28%) нафар бемор лапаратомия спленэктомия оператив амалиёти бажарилган. Беморларда ўтказилган эндовидеохирургик амалиётдан сўнг ўлим ҳолати кузатилмаган, асоратлар аниқланмаган.

Натижа. Эндовидеохирургик усул орқали болаларда қорин ёпиқ жароҳатини хирургик даволаш – 17 нафар бемордан 7 (85,71%) нафар беморда бу усул самарадорлиги юқори бўлган ва яхши натижага эришилган, 1 (8,5%) нафар беморда операциядан кейинги чандиқли жараён учраши кузатилган. 2020–2022 йилларда РШТЁИМ СВФ шошилинч болалар хирургияси ва жароҳатлари бўлимида қорин бўшлиғи ёпиқ жароҳати билан ҳар хил хирургик ёрдам босқичларидаги 17 нафар бола умумлаштирилган. Улардан 6 (35,29) ҳолатда эндовидеоскопик ташхисот ва 1 (5,88%) нафар беморда лапаратомия спленэктомия оператив амалиёти ўтказилган, 10 (58,82%) нафар бемор болаларни хирургик даволаш зарурати бўлмаган.

Хулоса. Бемор ҳаётига хавф солувчи ҳолатларни ўз вақтида ташхислаш ва малакали тиббий ёрдам кўрсатиш қорин ёпиқ жароҳатини хирургик даволаш натижаларини яхшилаш, операциядан кейинги асоратлар ва ўлим ҳолатини сезиларли камайтириш, очиқ лапаротомияларни қайта амалга ошириш зарурати ҳамда беморларнинг стационарда қолиш муддатини қисқартириш имконини берди. Ташхислаш ва даволаш лапароскопияси кам инвазивлик билан бирга юқори сезувчанликка эгалиги туфайли аъзонинг шикастланиш даражаси камлиги, ўтказилиши керак бўлган операция ҳажми, кейинги операцион хажмини аниқлаш имкониятини яратади.

A CLINICAL CASE OF FATAL GOODPASTURE SYNDROME IN YOUNG MAN

Sharapov O.

Republican Specialized Scientific Practical Medical Center of Nephrology and Kidney transplantation, Uzbekistan
Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan

A 26-year-old man of Uzbek ethnicity turned to the admission department of our clinic. He complained of a cough with scanty bloody sputum, swelling of the

face, decreased urine, turbid urine, decreased appetite, weakness and general fatigue. In the anamnesis, he considers himself ill during the last 10 days, when the above complaints gradually began to appear. He went to a local hospital, passed tests and received outpatient treatment, which turned out to be ineffective.

On examination in the office of the nephrologist revealed soft swelling on the face, arms and legs. When measuring blood pressure, hypertension is determined to be 170/100 mmHg. During auscultation of the lungs, fine-bubbly wet rales were heard over the entire surface of the lungs. In blood tests, he revealed anemia (hemoglobin 75g / l, erythrocytes 2.7), leukocytosis, increased erythrocyte sedimentation rate. In a biochemical blood test, surprising to the patient, high levels of urea (20.1 mmol/L), creatinine (288.7 μmol/L) were found. eGFR was younger than 25 ml/min. The total protein level was 65g/L. Blood coagulation time remained at the upper limit of normal. Urinalysis determined high proteinuria (3.3 ppm), leukocyturia, erythrocyturia, cylindruria and bacteriuria. In the analysis of sputum revealed macrophages, white blood cells, red blood cells and bacteria. Ultrasound examination determined hepatomegaly and an increase in kidney size and thickness of its parenchyma. A CT scan of the lungs revealed a diffuse bilateral interstitial lesion similar to Goodpaster syndrome.

We started glucocorticoids: methylprednisolone 1 gram daily for 3 days, further in tablets (1 mg per kg). Also, 1-gram cyclophosphamide was prescribed once. Heparin was used at a dosage of 5000 units four times and dipyridamole in a daily dose of 325 mg. Ceftriaxone was prescribed at 2 grams per day and azithromycin at 500 mg per day.

During the treatment, the patient felt better. Swelling decreased, the amount of urine increased, cough and sputum decreased. But azotemia increased, GFR decreased to 17 ml/min. The patient refused a possible replacement therapy - hemodialysis. Within 2 weeks, the patient was under control at home, the condition remained stable. But at 3 weeks after food poisoning and, as a result, diarrhea, the patient entered in a serious condition in the ICU. The patient showed impaired lung function, because of which he was connected to a ventilator. Massive edema appeared and anuria developed.

Acute heart failure developed, followed by a decrease in heart function. Despite the resuscitation measure, it was not possible to save the patient's life. He died due to cardiac arrest.

ДЕТСКАЯ КАТАТРАВМА

Л.Ш. Шевкетова, Д.М. Хакимов, У.Н. Бобаев

Андижанский филиал РНЦЭМП

Решение вопроса, касающегося тяжелой детской кататравмы, занимает особое место, что обусловлено демографическим аспектом проблемы в нашей республике. Удельный вес кататравмы в структуре повреждений составляет 19%, а в структуре смертности при травматизме занимает второе место (до 45%) после смертности от автотравм (до 80%). Структура травматических повреждений у детей имеет возрастные особенности: в младших возрастных группах ведущая причина травматизма и смертности – это кататравма, в старших – автодорожная травма.

Цель исследования. Изучение кататравм у детей в условиях оказания неотложной помощи. Наши исследования основаны на анализе историй болезни 310 больных детей с кататравмой, прошедших комплексное обследование и лечение в отделениях детской анестезиологии – реанимации, детской нейротравмы и нейрореанимации Андижанского филиала РНЦЭМП в 2012–2022 гг.

Из общего числа пострадавших детей 248 (80%) поступили самотёком, 62 ребёнка (20%) были доставлены в АФ РНЦЭМП на скорой помощи. Специализированную медицинскую помощь на догоспитальном этапе оказали 30 (48%) больным из 62 детей. Детям, поступившим самотёком, специализированной помощи на догоспитальном этапе не было оказано. В АФРНЦЭМП в течение «золотого часа» были доставлены 90% детей. Это сыграло решающую роль в своевременном проведении лечебно-диагностических мероприятий. Поздняя госпитализация (дети, доставленные спустя час и более) послужила причиной неблагоприятных исходов. Среди поступивших детей с кататравмой больше оказалось мальчиков – 217 (70%), чем девочек– 93 (30%). Это можно объяснить особенностями воспитания и социализации, а также большей склонностью мальчиков к рискованному поведению и опасным играм. Возрастной диапазон колебался от 1 года до 18 лет. Большее количество детей с кататравмой было в возрасте от 1 года до 5 лет – 120 (38%), от 5 лет до 10 лет – 100 (32%), от 10 до 18 лет – 90 (29%). В большинстве случаев смертельное падение происходило с высоты более 10 метров. В 3-х случаях высота падения не была указана. Почти во всех случаях падения происходили из многоэтажных домов: малолетние дети выпадали из окон собственной квартиры или лестничных площадок жилых домов, подростки с балконов и лоджий, крыш гаражей. В одном случае падение ребёнка произошло из окна второго этажа, оборудованного защитной сеткой. В зависимости от положения тела в момент приземления, приземление на голову боль-

ше наблюдалось у детей до 6 лет, что связано с их анатомо-физиологическими особенностями. В подавляющем большинстве летальных случаев, причиной смерти и явилась сочетанная тупая травма, сопровождающаяся повреждениями внутренних органов с развитием кровотечения. В одном наблюдении, при падении с высоты 2-х метров и приземлении на голову, причиной смерти явилась ЗЧМТ.

Анализ характера кататравмы поступивших пациентов показал, что у 99% травма сопровождалась черепно-мозговой травмой (ЧМТ) различной степени тяжести: ЧМТ легкой степени тяжести – у 60%, средней тяжести – у 30%, тяжелой степени – у 18%.

Тяжелую степень шока имели 93 (30%) ребенка, среднюю степень – 155 (50%) детей, лёгкую – 62 (20%) ребёнка.

Тактика действий при ЧМТ в сочетании с травмой опорно-двигательного аппарата (210 детей) зависела от степени и тяжести повреждений головного мозга. Больных с тяжелой ЧМТ и травмой ОДА с нарушениями жизненных функций, коматозным состоянием, декомпенсированным шоком было 60 (28%). По жизненным показаниям им всем были произведены декомпрессивная трепанация черепа с удалением оболочечных гематом. Больных со средней степенью ЧМТ и травмой ОДА (ушиб головного мозга средней степени в сочетании с переломом одного сегмента, с нарушением сознания по типу сопора) было 100 (47%). Всем им были проведены противошоковые мероприятия и по необходимости – операции по жизненным показаниям по поводу ЧМТ. Детям с легкой степенью ЧМТ и травмой ОДА (ЧМТ средней степени тяжести с нарушением сознания по типу оглушения, без нарушения витальных функций) производилось шинирование конечностей, а затем – оперативное вмешательство. Следует отметить, что применение малоинвазивных оперативных методов стабилизации костей конечностей во всех случаях сочетанных травм у детей является методом выбора. При сочетанной травме с разрывом селезенки у 30 (9%) больных была выполнена спленэктомия. При повреждении кишечника – резекция в 3 (1%) случаях и ушивание разрыва кишечника в 8 (2%) случаях. Нефрэктомия была выполнена у 4-х больных. Имели место травмы грудной клетки, переломы ребер единичные и множественные, с плевролегочными осложнениями (гемо- и пневмотораксом).

Интеграция врачей различных специальностей в процессе лечения жизнеугрожающих состояний позволила оптимизировать комплекс диагностических исследований, выбор тактики лечебных мероприятий согласно лечебно-диагностического алгоритма.

Таким образом, жизнь ребёнка напрямую зависит от того, насколько быстро он был доставлен в стационар после получения кататравмы. В связи с чем уже на догоспитальном этапе детям должна быть оказана необходимая специализированная медицинская помощь. Полидисциплинарный подход к лечению детей с кататравмой в стационаре позволяет оптимизировать диагностику повреждений и определить объем и этапность необходимого лечения. Последовательно и своевременно проведенные оперативные вмешательства на органах грудной клетки, живота и конечностях позволяют достичь хороших результатов.

БОЛАЛАРДА БИЛАК СУЯКЛАРИНИНГ СИНИШЛАРИДА КАМИНВАЗИВ УСУЛЛАРДА ДАВОЛАШНИНГ АФЗАЛЛИГИ

Эрметов А.Т., УсаровХ.Р., Махмуров А.М.

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий-амалий маркази Тошкент вилояти филиали

Кириш. Болаларда билак суякларининг синиши таянч ҳаракат аъзолари шикастланишлари ичида энг кўп учрайдиган шикастланишлардан бири ҳисобланади. Адабиётлардаги маълумотларга кўра, билак суякларининг синиши елка камари синишларининг 65–68% ини ташкил қилади.

Мақсад. Болаларда билак суяклари синишларида каминвазив усулда остеосинтезлашнинг афзалликларини баҳолаш.

Материал ва услублар. Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Тошкент вилояти филиалида 2021–2023 йиллар давомида бизнинг кузатувимизда 122 та бемор болаларда билак суякларининг диафиз қисмидан синишлари билан даволанган ва бу кўрсаткич болалардаги барча суяк синишларининг 35% ини ташкил қилади. Болаларда билак суяклари диафиз қисмидан синишларининг асосий қисми консерватив усулда олиб борилди. Бизга келган беморлардан 28 (82,3%) беморда биринчи куни бир лаҳзали репозиция қониқарсиз бўлганлиги сабабли, 6 (17,7%) беморда эса гипс лонгетада иккиламчи силжишлар кузатилганлиги сабабли остеосинтез операцияси бажарилди. Болалардаги интерпозицион, ротацион, майдаланиб ва энига 3/2 қисмидан кўп бўлган силжишларда оператив давога кўрсатма қилиб олинди. 34 (147%) нафар бемордан 5 (14,6 %) нафар беморда билак суякларининг юқори/3 лигидан, 20 (58,8%) нафар беморда ўрта/3 лигидан ва 9 (26,4%) нафар беморда пастки/3 лигидан синишлар кузатилди. Шундан 29 (85,2%) беморда ёпиқ синишлар, 5 (14,7%) нафар беморда очиқ синишлар кузатилди. Болаларда билак суякларининг диафиз қисмида синишлар – 25 (61,7%) нафар беморда ЭОП (Электрон оптик телерентгеноскопия – С-АРМ) аппарати ёрдамида ёпиқ усулда репозиция қилиниб, Илизаров, Киршнер кегайлари ва эластик стерженлар ёрдамида интрамедулляр остеосинтезлаш, 3 (8,8%) нафар беморда Богданов стерженлари ёрдамида очиқ интрамедулляр остеосинтез, 6 (17,6%) нафар беморда комбинирланган интрамедулляр Илиза-

ров, Киршнер кегайлари ва Илизаров аппаратлари ёрдамида остеосинтезлаш каби оператив даво усуллари қўлланилди.

Натижа. Биз барча беморларни касалхонага ётқизилган куни 1–2 соат ичида клиник-лаборатор, рентгенологик текширувлар, кўрсатма бўйича педиатр ва бошқа тор мутахассислар кўригидан ўтказилди. Шошилинч равишда аксарият беморларда каминвазив оператив даво усулини қўлладик. Чунки болаларда психоэмоционал ҳолатлар, шикастлангандан кейин ўтадиган ҳар бир дақиқа даволаш натижаларини ёмонлаштиради. Билак суяклари диафиз қисмидан синишларини оператив даволаш натижалари 34 (100%) нафар бемордан 33(97%) нафар беморда қониқарли ва бизга қайта мурожаат қилган бемор стационардан ташқари шароитда қайта йиқилиши сабабли 1 (3%) нафар беморда қониқарсиз натижа берди.

Хулоса. Болаларда даволаш тактикаси унинг ёши, жароҳат турлари, суяк синишларининг тури хамда суяк бўлакларининг силжиш юзаларини ҳисобга олган ҳолда каминвазив усулларнинг танланиши муҳим.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

А.Т. Эрметов, А.М. Ходжибаев, Г.А. Максумов

Ташкентский областной филиал РНПЦЭМП

Актуальность проблемы. Инвагинация кишечника – наиболее частый вид приобретенной кишечной непроходимости у детей раннего возраста. Несмотря на достаточно большое количество научных исследований, проблема диагностики и тактики лечения инвагинация остаётся насущной. У детей грудного возраста эта патология развивается на фоне анатомо-физиологических особенностей, к которым относятся подвижность подвздошной и слепой кишки, незрелость Баугиниевой заслонки.

Цель исследования. Улучшить результаты диагностики и хирургического лечения инвагинации кишечника у детей раннего возраста.

Материалы и методы. За период с 2021 по 2022 г. в отделение неотложной детской хирургии ТОФРНЦЭМП поступили 14 (100%) детей с различными формами острой кишечной инвагинации. Из них 8 (57,2%) мальчиков и 6 (42,8%) девочек. Возраст больных варьировал от 3-х месяцев до 14 лет. Самотеком обратились 6 (42,8%) больных, по линии СМП доставлены 5 (35,8%) больных, 3 (21,4%) больных доставлены из других медицинских учреждений. При поступлении в клинику состояние у 10 (71,4%) больных расценено как состояние средней тяжести. 4 (28,6%) больных поступили в стационар в тяжелом состоянии. Тяжелое состояние отмечено у детей, поступивших в стационар в сроки от 12 до 48 часов от начала заболевания.

Результаты исследования. При сборе анамнеза выявлены наличие погрешности в питании у 7 (50%) больных. У 2-х (14,3%) больных инвагинация развилась на фоне кишечной инфекции. У 3-х (21,4%) больных причиной развития инвагинации был дивертикул Меккеля. У 2-х (14,3%) больных причиной развития инвагинации была сопутствующая соматическая патология. Приступообразные боли в животе отмечались у 9 (64,3%) больных. У 3-х (21,4%) больных наблюдалась многократная рвота с кишечным содержимым. В 2-х (28,6%) наблюдениях отмечалось повышение температуры тела до субфебрильных значений. У 5 (35,7%) больных наблюдалось кровянистое выделение из заднего прохода, причем у большинства в виде «малинового желе». Вздутие живота определялось у 6 (42,8%) детей. В 8 (57,1%) случаях инвагинат пальпировался в виде опухолевидного подвижного, умеренно болезненного образования. Наличие симптома Данса отмечалось у 2-х (14,3%) больных. У 8-х (57,2%) больных при пальпации живот был мягким, у 6 (42,8%) больных определялось напряжение мышц передней брюшной стенки. Для дезинвагинации кишечника выполнены следующие пособия и операции: пневмоиригография + дезинвагинация – 6 (42,8%) больных, лапароскопическая дезинвагинация – 2 (14,3%) пациента, лапаротомия + дезинвагинация – 2 (14,3%) пациента, лапаротомия + дезинвагинация + аппендэктомия – 1 (7,1%) больной, лапаротомия + дезинвагинация + клиновидная резекция дивертикула Меккеля – 1 (7,1%) больной, лапаротомия + дезинвагинация + резекция участка тонкой кишки, несущей дивертикул Меккеля, с наложением тонко-тонко кишечного анастомоза бок в бок – 1 (7,1%) больной, лапаротомия + дезинвагинация + резекция подвздошной кишки с наложением илеостомы – 1 (7,1%) больной. Летальный исход при инвагинации кишечника в наших наблюдениях не наблюдался. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечено. Все дети в удовлетворительном состоянии выписаны на амбулаторное наблюдение у хирурга.

Выводы. Таким образом, оперативное лечение целесообразно проводить по строгим абсолютным показаниям, которыми являются наличие клинической картины осложнений инвагинации (перитонит) или неэффективность попытки консервативной дезинвагинации.

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ У ДЕТЕЙ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

М.Л. Юдина, Т.П. Макарова, Ю.С. Мельникова

Казанский государственный медицинский университет, РФ

Введение и актуальность. Нефротический синдром (НС) – симптомокомплекс, который клинически проявляется отеками и снижением диуреза. Лабораторные признаки патологии – протеинурия,

гиперлипидемия, гипоальбуминемия и диспротеинемия. Ежегодно врачами диагностируются 2–7 новых случаев нефротического синдрома на 100 тысяч детского населения, средняя распространенность – 12–16 случаев. Патология не относится к самостоятельным нозологическим единицам, а представляет собой один из синдромов почечных или внепочечных болезней. Несмотря на достаточно высокую распространённость, механизмы развития и эффективные методы лечения нефротического синдрома изучены недостаточно. Исследования последних лет несколько улучшили наше понимание патогенеза гиперлипидемии, ассоциированной с нефротическим синдромом, а также объяснили ее связь с развитием сердечно-сосудистых осложнений.

Актуальность этой проблемы в педиатрической практике обусловлена сложностью терапии и частыми случаями резистентности к лекарствам.

Цель исследования. Изучение липидного профиля у детей с нефротическим синдромом и оценка его прогностического значения.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ 70 историй болезней детей от 1 года до 17 лет с нефротическим синдромом, находившихся на стационарном лечении в нефрологическом отделении ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ».

Результаты. Гиперлипидемия является одним из ключевых признаков нефротического синдрома, а не одним из осложнений, как считалось ранее. Это связано с гипопротеинемией и, как следствием, – низким онкотическим давлением, что приводит к реактивному синтезу белков печенью, в том числе липопротеинов. Параллельно снижение уровня липопротеинкиназы в плазме приводит к снижению катаболизма липидов. Совокупность факторов приводит к классической липидурии, появлению овальных жировых тел и жировых цилиндров в мочевом осадке, так как некоторые из повышенных липопротеинов фильтруются клубочками почек.

Изменения липидного и липопротеинового метаболизма при нефротическом синдроме приводят к «липидной нефротоксичности» и другим осложнениям, таким как атеросклероз, сердечно-сосудистые заболевания и тромбоэмболия.

Характерные отклонения включают повышенные уровни холестерина, триглицеридов и аполипопротеина В, содержащего липопротеины VLDL и IDL; снижение активности липопротеинлипазы в эндотелии, мышечной и жировой тканях; снижение активности печеночной липазы; повышенный уровень фермента PCSK9. Многие классические осложнения, сопровождающие нефротический синдром (повышенный риск атеросклероза и тромбоэмболии), связаны с нарушением регуляции липидного обмена и дислипидемией.

Анализ липидного профиля крови детей с НС показал значительное повышение уровня общего холестерина, триглицеридов, атерогенных фракций липопротеидов (липопротеидов низкой и очень низкой плотности) и снижение содержания антиатерогенных липопротеидов высокой плотности независимо от возраста детей и длительности заболевания. Выявлены различия в зависимости от стадии НС. В период развернутых клинических проявлений повышение уровня ОХС и его фракций отмечено у 92,1% детей (за счет ЛПНП), как в дебюте заболевания, так и при рецидиве НС. У детей в стадии клинико-лабораторной ремиссии НС повышенный уровень ОХС сохранялся у 25,7%. Уровни ОХС крови (r = +0,72) и ЛПНП (r = +0,69) положительно коррелировали с протеинурией. ОХС (r = –0,47) и ЛПНП (r = -0,46) обратно коррелировали с уровнем сывороточного альбумина. Также наблюдалась положительная корреляция между ОХС и ЛПНП (r = +0,92) и ТГ (r = +0,85). Указанные изменения привели к достоверному увеличению коэффициента атерогенности, отражающего соотношение атерогенных и антиатерогенных фракций липопротеидов крови (p менее 0,001).

Исследования последних нескольких лет заметно улучшили наше понимание молекулярного патогенеза дислипидемии, ассоциированной с нефротическим синдромом, а также повысили нашу осведомленность о связанных с этим повышенных рисках сердечно-сосудистых осложнений, прогрессирующего заболевания почек и тромбоэмболии. Несмотря на отсутствие четких рекомендаций относительно лечения, всё чаще используются различные стратегии, включая статины, секвестранты желчных кислот, фибраты, никотиновую кислоту и эзетимиб, а также липидный аферез, которые, по-видимому, также вызывают частичную или полную клиническую ремиссию нефротического синдрома у значительного процента пациентов.

Выводы. Описанный синдромокомплекс находится на стыке кардиологии и нефрологии, что зачастую усложняет выбор диагностического и лечебного алгоритма. Изучение липидного профиля у пациентов с НС выявило нарушение липидного спектра крови в пользу неблагоприятных в прогностическом плане атерогенных фракций. Сохраняющийся высокий уровень ОХС в стадии ремиссии НС можно рассматривать как неиммунный механизм прогрессирования НС. Будущие потенциальные методы лечения, вероятно, также будут включать ингибирование PCSK9 с использованием недавно разработанных моноклональных антител против PCSK9 и малых ингибирующих РНК. Всем пациентам с НС необходим тщательный мониторинг показателей липидного профиля, долгосрочное наблюдение за пациентами как во время ремиссии, так и во время рецидива НС.

ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ФЛОРЫ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Б.А. Янгиев, Д.Ю. Ахмедова, А.А. Махамматов

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Острые респираторные инфекции у детей занимают первое место в структуре инфекционной патологии. До настоящего времени выбор антибактериальной терапии при этих заболеваниях является одним из наиболее сложных вопросов.

Цель исследования. На основании изучения флоры из полости рта и носоглотки разработать алгоритм антибактериальной терапии.

Пациенты и методы. У 236 детей в возрасте до 3-х лет (112 детей первого года жизни) с острыми респираторными инфекциями (ОРИ), находившихся в стационаре в период 2020–2022 гг., до назначения антибактериальных средств проведено бактериологическое исследование отделяемого из полости рта и носоглотки.

Результаты. Установлено, что на фоне сохраняющейся резидентной флоры, представленной, главным образом, А-гемолитическим стрептококком, сапрофитными коринебактериями и Staphylococcus epidermidis, у детей раннего возраста старше 1 года, больных ОРИ, в слизи рото- и носоглотки доминировал Staphylococcus aureus (выделен у 45% больных); у 27% пациентов выделены энтеробактерии, у 3,5% – грибы рода Candida, у 10% – В-гемолитический стрептококк, у 8% – Streptococcus pneumoniae. У детей первого года жизни на 2,5% чаще, по сравнению с детьми старше 1 года, в слизи ротоглотки выявили энтеробактерии (42%). У детей 1–3-х лет энтеропатогенная флора была представлена E. coli (50% случаев, из них единичные штаммы имели гемолитические свойства); Klebsiella pneumonia выделяли в 2,5% случаев; Enterobacter cloacae выделяли в 25% случаев. У 6% больных старше 1 года Staphylococcus aureus оказался чувствителен к пенициллинам; 70,2% штаммов были чувствительны к оксациллину. MRSA-штаммы в 2 раза чаще высевали у детей 1–3 лет по сравнению с детьми первого года жизни. Оказалось, что 40% MRSA-штаммов были устойчивы к эритромицину, 30% – к линкомицину.

Заключение. Динамическое наблюдение за составом микрофлоры ротоглотки позволило выстроить гистограммы резистентности (резистограммы) и рекомендовать практическим врачам стратегию выбора при показаниях к назначению антибиотиков при ОРИ.

СОДЕРЖАНИЕ

I. ПОЛИТРАВМА: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ, РАННЕМ ГОСПИТАЛЬНОМ И СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПАХ

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОЛИТРАВМАХ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ
А.М. Хаджибаев, Д.Б. Туляганов, Д.А. Алимов, Х.Э. Анваров, Б.И. Шукуров ... 46

ПЕРВИЧНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА КАК ЭТАП РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ МЕДИАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ГРУППЫ ПАЦИЕНТОВ
Б.У. Абдурахманов, Э.Ю. Валиев, Ф.Х. Мирджалилов, Ш.Р. Шукуров ... 47

ПОКАЗАНИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГАММА-СТЕРЖНЕМ ПРИ ЧРЕЗ- И ПОДВЕРТЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРЕННОЙ КОСТИ
Б.У. Абдурахманов, Э.Ю. Валиев ... 49

ҚЎШМА БОШ МИЯ ЖАРОҲАТЛАРИДА ГОСПИТАЛГАЧА БЎЛГАН БОСҚИЧДА ДАВОЛАШ-ДИАГНОСТИК ТАДБИРЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ
Абдусаматов Д. М. ... 50

НАШ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АППАРАТА ИЛИЗАРОВА В РАЗНЫХ ЕГО КОМПОНОВКАХ ПРИ СОЧЕТАННЫХ И МНОЖЕСТВЕННЫХ ТРАВМАХ
Л.А. Амонов, И.Ю. Ходжанов, Ф.М. Махсудов, Н.О. Сувонов ... 51

СОН СУЯГИ СИНИШЛАРИДА БИОС МИНИИНВАЗИВ УСУЛЛАР БИЛАН ДАВОЛАШНИ ҚЎЛЛАШ
А.Б. Баратов, Ж.Т. Ярлакабов, М.Б. Рахматов, Ё.О. Камолов, Ж.А. Баратов, Х.У. Юсупов, Д.Т. Хонкелдиев ... 51

ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ
А.В. Бондаренко, М.Н. Талашкевич, И.В. Круглыхин ... 52

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ
И.Н. Бондаренко, О.А. Герасимова, И.А. Плотников, Р.Г. Гусейнов ... 53

РЕЗУЛЬТАТЫ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ С АУГМЕНТАЦИЕЙ КОСТНО-КОЛЛАГЕНОВЫМ АЛЛОТРАНСПЛАНТАТОМ
А.Ю. Ваза, А.М. Файн, Р.С. Титов, Н.В. Боровкова, С.Ф. Гнетецкий, Ю.А. Боголюбский, К.И. Скуратовская, И.Н. Пономарев ... 54

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ОСТЕОСИНТЕЗУ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ
Э.Ю. Валиев, Д.Б. Туляганов, Б.У. Абдурахманов, Ш.Р. Шукуров ... 55

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С НЕСТАБИЛЬНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ТАЗА В УСЛОВИЯХ РНЦЭМП
Э.Ю. Валиев, Д.Б. Туляганов, З.Р. Хасанов, Х.А. Тиляков, А. Яхёев ... 56

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ КОСТНО-СОСУДИСТЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ РНЦЭМП
А.М. Хаджибаев, Э.Ю. Валиев, Ш.М. Муминов, А.Дж. Исмоилов ... 57

ВОПРОСЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ВНУТРИФАСЦИАЛЬНОГО ГИПЕРТЕНЗИОННОГО СИНДРОМА В КОНЕЧНОСТЯХ ПРИ СОЧЕТАННЫХ КОСТНО-СОСУДИСТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
А.М. Хаджибаев, Э.Ю. Валиев, А.Дж. Исмаилов, Д. Жабборов, И. Садыков ... 58

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У БОЛЬНЫХ ПОЛИТРАВМОЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ УНИВЕРСАЛЬНОГО СТЕРЖНЕВОГО АППАРАТА НАРУЖНОЙ ФИКСАЦИИ НА РАННЕМ ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
Э.Ю. Валиев, Б.Р. Каримов, Д.А. Исмаилов, И.Х. Махкамов ... 59

СОДЕРЖАНИЕ

ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ
У БОЛЬНЫХ ПОЛИТРАВМОЙ В УСЛОВИЯХ РНЦЭМП
Э.Ю. Валиев, Б.Р. Каримов 60

НАШ ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ
КОСТЕЙ ТАЗА И ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ
Э.Ю. Валиев, А.С. Яхёев, Т.Я. Мусоев, А.Ш. Муминов 62

ТАКТИКА ВЫБОРА ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА
И ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ
Э.Ю. Валиев, А.С. Яхёев, А.Ш. Муминов 63

КОРРЕКЦИЯ ГИПЕРНАТРИЕМИИ У ПОСТРАДАВШИХ
С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ
А.Х. Валижанов, Ш.Ш. Солижанов,
И.И. Отабоев, А.М. Бокиев 64

БОЛДИРЛАРАРО ДИСТАЛ СИНДЕСМОЗ БОЙЛАМИНИНГ УЗИЛИШИ БИЛАН
КЕЧУВЧИ ТЎПИҚЛАР СИНИШЛАРИНИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШ
Гафуров Ф.А., Ходжанов И.Ю. 65

ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО
ПРОФИЛЯ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19
С.Ф. Гнетецкий, А.М. Файн, А.Ю. Ваза,
Р.С. Титов, Ю.А. Боголюбский, А.Ю. Сергеев,
К.И. Скуратовская, Г.И. Чемянов 66

ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ ДИАФИЗА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ
МЕТОДОМ КОМБИНИРОВАННОГО ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОГО БИЛОКАЛЬНОГО
И БЛОКИРУЮЩЕГО ОСТЕОСИНТЕЗА
Гусейнов Ряшад Гияс-оглы 67

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ
Д.А. Еримбетов, Д.Д. Наубетов, Н.Б. Реймов, С.Д. Наубетов 68

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ
ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА
Д.А. Еримбетов, Д.Д. Наубетов, Н.Б. Реймов, С.Д. Наубетов 69

ТРАВМАТИЧЕСКАЯ КОАГУЛОПАТИЯ У ПОСТРАДАВШИХ
С ПОЛИТРАВМОЙ
А.И. Жуков, П.А. Иванов, Е.В. Клычникова,
А.С. Богданова, Е.В. Тазина, С.А. Бадыгов,
Н.Н. Заднепровский 69

АВТОАВАРИЯЛАРДАН БОШ МИЯНИНГ ЁПИҚ ЖАРОҲАТИ
Жуманиёзов К.Й., Жуманиёзова Г.С.,
Олимова М.М. 70

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОМБИНИРОВАННОЙ ТРАВМЫ
В КРУПНОМ ГОРОДЕ
Н.И. Завсеголов, А.В. Бондаренко,
И.А. Плотников, О.А. Герасимова 71

ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ
ЗАДНЕГО КРАЯ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ
А.К. Исмаилов, Р.С. Кадиров, Ш.Р. Курбонов,
Р.Р. Соипов, О.В. Карабаев 72

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ
Р.С. Кадиров, Р.Р. Соипов, Ш.Р. Курбонов,
Н.А. Ражапов, О.В. Карабаев 73

КОЖНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПАЛЬЦЕВ ПРИ ТРАВМАХ КИСТИ
У.А. Касимов, А.К. Усманов, У.Н. Бобаев,
Д.Р. Низамиддинов 74

СОДЕРЖАНИЕ

ВИДЫ ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОКОЛОСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ
Ш.Р. Курбонов, Р.С. Кодиров, Р.Р. Соипов, А.К. Исмаилов, О.В. Карабаев 74

РАННЯЯ ГЕРМЕТИЗАЦИЯ КОСТНОГО ДЕФЕКТА ЧЕРЕПА ВЛИЯЕТ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ СОЗНАНИЯ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ
К.Э. Махкамов, Ш.Р. Бойменов, А.Б. Салаев, М.К. Махкамов 75

ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СИСТЕМЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ
К.Э. Махкамов, М.К. Махкамов, А.Б. Салаев 75

ОПЫТ В ОКАЗАНИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ НАУЧНОМ ЦЕНТРЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
М.К. Махкамов, К.Э. Махкамов, А.Б. Салаев, Д.У. Исрайилов 76

СТАНДАРТИЗОВАННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОКАЗАНИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ
М.К. Махкамов, К.Э. Махкамов, А.Б. Салаев, Д.У. Исрайилов 77

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ГОЛЕНИ, ОСЛОЖНЕННЫХ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ, НА РАННИХ ПЕРИОДАХ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
Ф.М. Махсудов, Л.А. Амонов, П.К. Худайбердиев 77

ОСТЕОСИНТЕЗ ГРУДИНЫ И РЕБЕР ПОСЛЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ
А.А. Меньшиков, Е.А. Цеймах, А.В. Бондаренко 78

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВНУТРЕННЕГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ
Ш.Х. Мирзаев, З.А. Гаипов, А.М. Дурсунов, А.М. Рахимов, С.С. Сайдиахматхонов, С.К. Кахромонов 79

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АСЕПТИЧЕСКИМ НЕКРОЗОМ ГОЛОВКИ ОБЕИХ БЕДРЕННЫХ КОСТЕЙ
Ш.Х. Мирзаев, С.К. Кахрамонов, А.М. Дурсунов, Б.У. Шодиев, А.М. Рахимов, С.С. Сайдиахматхонов, З.А. Гаипов 80

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ И ПЕРЕЛОМОВЫВИХАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ
Т.Я. Мусоев, С.Ю. Юсупов, А.Ш. Муминов, Ш.К. Хакимов 81

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ БЕДРЕННЫХ КОСТЕЙ ПРИ СОЧЕТАННОЙ И МНОЖЕСТВЕННОЙ СКЕЛЕТНОЙ ТРАВМЕ
Т.Я. Мусоев, Э.Ю. Валиев, Ж.Ю. Жаббаров 81

ДОСТИЖЕНИЯ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ И ОСТРОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В РАМКАХ ОБЪЕДИНЕНИЯ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ НА ПРИМЕРЕ ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ
С.И. Мухин, С.В. Илюхин, М.И. Юдин 82

КУРС СКОРОЙ ПОМОЩИ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ КАК ПЕРСПЕКТИВНЫЙ ИСТОЧНИК КАДРОВ В ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЕ
Н.А. Павлюц, В.М. Теплов 84

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ТАЗА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ
И.А. Плотников, А.В. Бондаренко, И.В. Круглыхин, М.Н. Талашкевич 85

СОДЕРЖАНИЕ

РОЛЬ КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА
С ВВЕДЕНИЕМ КУКУМАЗИМА И КОСТНОГО МОЗГА ПРИ НЕСРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМАХ
И ЛОЖНЫХ СУСТАВАХ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ
А.М. Рахимов, Ш.Х. Мирзаев, А.М. Дурсунов,
С.С. Сайдиахматхонов, З.А. Гаипов, С.К. Кахрамонов 86

ОТ STEMI К OMI: НОВАЯ ПАРАДИГМА В КОНТЕКСТЕ СТОСМП
А.А. Родигин 86

АНАЛИЗ РАННИХ И ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ БЛОКИРУЮЩЕГО
ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ
А.А. Сайпиев, Э.Ю. Валиев 87

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭКСТРЕННОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ
ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ
БЕДРЕННОЙ КОСТИ
А.А. Сайпиев, Ш.С. Отакулов 88

ПРЕИМУЩЕСТВО БЛОКИРУЮЩЕГО ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА
ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ
И МНОЖЕСТВЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ
Н.О. Сувонов, Л.А. Амонов, Ф.М. Махсудов 89

К ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПОСТРАДАВШИМ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ И СОЧЕТАННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ
Ф.Д. Тимербулатов, С.А. Холкин 89

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМ ГРУДО-ПОЯСНИЧНОГО
ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА
Н.Н. Умаров, С.Т. Порманов, Ш.Х. Холбоев 90

ОРГАНИЗАЦИЯ НЕОТЛОЖНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ
В НАВОИЙСКОЙ ОБЛАСТИ
Л.Х. Утаев, А.У. Давронов, О.З. Хамроев 91

НАЙСИМОН СУЯКЛАР ДИАФИЗАР ВА БЎҒИМ
АТРОФИ СИНИШИНИ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ
Ф.Н. Норқўзиев, А.Б. Баратов, Ж.Т. Ярлакабов,
М.Б. Рахматов, Ё.О. Камолов, Ж.А. Баратов 92

RESULTS OF COPMPEX APPLICATION OF ARTROSCOPIC DEBRIDEMENT
AND PROXIMAL FIBULAR OSTEOTOMY AT THE TREATMENT OF DEFORMIC ARTRITIS
OF KNEE WITH ACUTE PAIN SYNDROME
Kh.T. Fozilov, M.E. Irismetov, A.Sh. Muminov 92

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОКОЛОСУСТАВНЫХ
И ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА
ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ
И.Ю. Ходжанов, А.А. Орипов, А.Ш. Муминов,
Ш.К. Хакимов, Ж.Ю. Жабборов, С.Ю. Юсупов 93

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ
С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ ПОЗВОНОЧНИКА
Ш.Х. Холбоев, З.А. Джураев, Б.К. Мустафоев 94

АУТОНЕЙРОПЛАСТИКА ПРИ ОТКРЫТЫХ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ КОНЕЧНОСТЕЙ
С РАЗМОЗЖЕНИЕМ ТКАНЕЙ
Д.А. Худайназаров, Т.Р. Минаев, А.Б. Хакимов, Дж.Х. Давлатов, О.Н. Низов 95

ГИБРИДНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ КАК НОВЫЙ СПОСОБ
ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЛОДЫЖЕК
В.О. Цапенко 96

ПРИМЕНЕНИЕ ИМИТАЦИОННОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ ДЛЯ АНАЛИЗА
ПРОЕКТНЫХ РЕШЕНИЙ СТАЦИОНАРНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
Е.А. Цебровская, В.М. Теплов 97

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОЛИТРАВМОЙ С ДОМИНИРУЮЩИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ГРУДИ
Е.А. Цеймах, А.А. Макин, А.В. Бондаренко, А.А. Меньшиков 97

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТРАВМАХ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПОД КОНТРОЛЕМ ЭЛЕКТРОННО-ОПТИЧЕСКОГО ПРЕОБРАЗОВАТЕЛЯ
А.Т. Эрметов, Д.Р. Алимов, О.В. Карабаев 98

ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ БОЛЬНЫМ С ПОЛИТРАВМАМИ ПО ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ
А.Т. Эрметов, Д.Р. Алимов 99

РАННИЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ
Ф.Ю. Эшбобаев, З.Э. Тангиров, Б.М. Бердикулов 100

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМ СДАВЛЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ПОВРЕЖДЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА
Ш.С. Юлдашев, А.Ш. Шодиев, Р.М. Джалалов, Р.Ж. Ишкобилов 101

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ
Ш.С. Юлдашев, Р.М. Джалалов, З.А. Примов 102

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ В ОБЕСПЕЧЕНИИ ЭТАПНОСТИ И ПРЕЕМСТВЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПОЛИТРАВМОЙ
И.П. Миннуллин, А.И. Махновский, Р.Р. Касимов, Р.И. Миннуллин, И.М. Барсукова, А.Г. Мирошниченко, О.Н. Эргашев 103

II. ОСТРЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ТРАВМЫ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
А.Д. Абдиримова, Х.К. Шейхова 104

ҚЎШМА КЎКРАК МЕХАНИК ЖАРОҲАТЛАРИДА ГОСПИТАЛГАЧА БЎЛГАН БОСҚИЧДА ДАВОЛАШ ТАДБИРЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ
Абдусаматов Д.М. 104

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАУДАЛЬНОЙ И ВНУТРИВЕННОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ МАЛЫХ ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ
В.Е. Аваков, Б.У. Рахманкулов, З.Х. Аралов, А.С. Ачилов, Б.А. Мустафокулов 106

ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА ОРГАНОВ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА: ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК
А.А. Алижанов, Б.Р. Исхаков, Н.Б. Исхаков, Т.С. Мамадумаров 106

РОЛЬ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ
А.А. Алижанов, Б.Р. Исхаков, Н.Б. Исхаков 107

СЛУЧАЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ МНОЖЕСТВЕННОЙ ТРАВМЕ
А.А. Алижанов, Б.Р. Исхаков, Н.Б. Исхаков, Ш.Б. Робиддинов, Ж.Б. Робиддинов 108

СОЧЕТАННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ И СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПАХ
А.А. Алижанов, Б.Р. Исхаков, Х.Х. Устабаев, Н.Б. Исхаков 110

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ
А.А. Алижанов, Б.Р. Исхаков, Н.Б. Исхаков, Ж.Б. Робиддинов, Б.С. Робиддинов 111

СОДЕРЖАНИЕ

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ
Б.К. Алтыев, Б.И. Шукуров,
О.О. Кучкаров, М.Ё. Иброхимов..... 111

ЗНАЧЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ В НЕОТЛОЖНОЙ
АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ
Т.Ш. Асадов, Ю.Р. Маликов, И.Э. Хотамов..... 113

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ
ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ
Ш.К. Атаджанов, А.Л. Мустафаев,
Г.К. Сапарбаева..... 113

ЎН ИККИ БАРМОҚ ИЧАК ТРАВМАТИК ЖАРОҲАТЛАРИДА ХИРУРГИК ДАВО НАТИЖАЛАРИ
Ачилов М.Т., Аҳмедов Ғ.К., Жаббаров З.И., Саттаров Ш.Х.,
Марданов В.Н., Махрамов У.Т., Жулбеков К.И...... 114

SAFRO SORPSIYASIDAN KEYIN TURLI XIL ETIOLOGIYALI OBSTRUKTIV
SARIQLIKDA INTERLEYKIN-6 MIQDORINING O‘ZGARISHINI
QON VA SAFRO TARKIBIDA O‘RGANISH
Babadjanov J.K...... 115

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ
ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ
Р.Т. Бердимуродов, Ю.Р. Маликов, И.Э. Хотамов..... 115

INFLUENCE OF DIFFUSION DISEASES OF THE LIVER ON THE CURRENT
AND FORECAST OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE
Ganjiev F.Kh, Musoyev T.Ya., Khamroyev Kh.N...... 116

ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ВРАЧОМ
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРЕ
В.В. Бурыкина, В.В. Коломойцев, Д.М. Прасол, Е.А. Цебровская,
Н.Д. Архангельский, В.М. Теплов..... 117

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ ТРАВМЫ ГРУДИ
З.К. Гафуров, А.К. Усманов, Н.Н. Назаров,
Ф.К. Убайдуллаев, М.П. Сидиков, Э.Б. Меликузиев..... 118

НОВОЕ УСТРОЙСТВО ДЛЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОРОШКООБРАЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ
А.Б. Ешмуратов, Ф.А. Хаджибаев,
А.Г. Мирзакулов..... 119

ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С МЕТРОРАГИЕЙ
А.О. Жалилов, Б.Р. Исхаков, Н.Б. Исхаков..... 120

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ВИЗУАЛИЗАЦИИ
В ДИАГНОСТИКЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗА
А.А. Имамов, Ж.Р. Асатуллаев,
Ж.Ш. Абдукаримов, Ш.Ш. Шамшиддинов..... 121

ХАРАКТЕР ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ
СИНДРОМА ДИСФАГИИ У БОЛЬНЫХ С НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМИ
СТАДИЯМИ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РАКА
С.И. Исмаилов, Ж.А. Джуманиязов, Р.Е. Лигай,
А.С. Бабаджанов, Р.Р. Омонов, Э.И. Нигматуллин,
О.А. Файзуллаев, Ж.Ж. Жумабаев..... 122

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПОСТРАДАВШИХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ
12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ
Б.Р. Исхаков, А.А. Алижанов, Н.Б. Исхаков..... 122

РОЛЬ ТОРАКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ
СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ
Б.Р. Исхаков, Э.Т. Жалилов, Н.Б. Исхаков,
И.Р. Хужамбердиев, Б.А. Худойбердиев, Б.С. Робиддинов..... 123

СОДЕРЖАНИЕ

ПУНКЦИОННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ
Н.Б. Исхаков, Б.Р. Исхаков, А.А. Алижанов, А.О. Жалилов 124

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ
С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ
Н.Б. Исхаков, Б.Р. Исхаков, Ш.Б. Исабаев,
Ш.М. Саидметов, Б.Н. Курбанбаев 125

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ
ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА
Р.Н. Кадиров 125

ПРОТЕЗИРОВАНИЕ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ИЗ Т-ОБРАЗНОГО
МИНИСТЕРНОТОМНОГО ДОСТУПА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)
А.Б. Каипов, А.А. Абдурахманов, Д.Б. Тохтарбаев,
С.А. Турсунов, Ф.А. Маматалиев 127

ЛАПАРОСКОПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА
С.Ж. Камолов, Б.А. Янгиев, Ф.Ш. Мавлянов 127

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ И МСКТ-ИССЛЕДОВАНИЯ
В ВЫЯВЛЕНИИ АТИПИЧНЫХ И РЕДКИХ ФОРМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА
Д.Р. Каримов, Ф.А. Хаджибаев,
Р.З. Мадиев, Ш.Э. Баймурадов 128

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ ПОДХОДОВ
В ХИРУРГИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА
М.Р. Каримов, Ж.Р. Асатуллаев,
Ж.Ш. Абдукаримов, Ш.Ш. Шамшиддинов 129

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ
ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ
А.М. Карлыбаев, Е.К. Калмурзаев,
М.Н. Медетбеков 130

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ
И ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ
К.С. Маматов, А.А. Азимов, Ю.Р. Маликов 131

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЧЕК
У.М. Маткаримов, Н.И. Махмудов, И.М. Акбаров 131

IMPROVEMENT OF DIAGNOSIS AND TREATMENT TACTICS IN ACUTE PANCREATITIS ON
THE BACKGROUND OF CHRONIC DIFFUSED
LIVER DISEASES
Mirzaev V.I., Ganjiev F.Kh, Khamroyev Kh.N. 132

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО
ВОЗРАСТА С ДЕСТРУКТИВНОМ ХОЛЕЦИСТИТОМ
Т.Я. Мусоев, Л.Р. Кенжаев, Ш.М. Абдурахманов 132

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭРПХГ И ЭПСТ У БОЛЬНЫХ
С СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ
Т.Я. Мусоев, У.О. Абидов,
А.А. Хайдаров, Л.Р. Кенжаев 133

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ
КРОВОТЕЧЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ
Т.Я. Мусоев, Ш.М. Абдурахманов,
Л.Р. Кенжаев, У.М. Эгамов 134

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА
С ПРИМЕНЕНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
Т.Я. Мусоев, Б.М. Аюбов 135

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ
ЛЕЧЕНИЮ ПАНКРЕОНЕКРОЗА
Т.Я. Мусоев, Б.М. Аюбов 136

СОДЕРЖАНИЕ

ТРАВМА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: РЕАЛЬНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ
А.Л. Мустафаев ... 136

ОПЫТ СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ ЯТРОГЕННОЙ ПЕРФОРАЦИИ ПИЩЕВОДА У БОЛЬНОГО С КАРДИОСПАЗМОМ III СТАДИИ
З.М. Низамходжаев, Р.Е. Лигай, А.О. Цой, К.Б. Бабажанов, Э.И. Нигматуллин, А.Д. Абдукаримов, Ю. Мадиев ... 137

ПРИЧИНЫ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ БУЖИРОВАНИЯ ПО СТРУНЕ У БОЛЬНЫХ С РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ПИЩЕВОДА
З.М. Низамходжаев, Р.Е. Лигай, Ж.А. Хаджибаев, Д.С. Абдуллаев, А.О. Цой, А.Д. Абдукаримов ... 138

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ
Ф.Н. Норкузиев, М.П. Тожибоев, М.Х. Абдулахатов, М.Х. Юлдошев, Х.Э. Ахмедов, Б.Ф. Холмурзаев ... 139

ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ ЛИТОТРИПСИЯ
Ф.Н. Норкузиев, Г.У. Убайдуллаев, Б.Ш. Исматов, У.А. Мамадиев, Ш.О. Туйчиев, Н.А. Сайфуллаев ... 140

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ
Д.Т. Пулатов, Б.И. Шукуров, Т.Т. Мансуров, Ж.Б. Яров, М.Ё. Иброхимов ... 140

НЕИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ ОЦЕНКИ ОБЪЕМА ГЕМОПЕРИТОНЕУМА ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА
М.М. Пулатов, Р.П. Туляков, К.С. Элмуродов, Б.И. Шукуров, Ш.К. Элмуродов ... 141

НАРУЖНАЯ ФИКСАЦИЯ КОСТНЫХ ОТЛОМКОВ ФЛОТИРУЮЩИХ ПЕРЕЛОМОВ РЕБЕР ПОД КОНТРОЛЕМ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ
М.М. Пулатов, Б.И. Шукуров, Р.О. Рахмонов, К.С. Элмуродов ... 142

ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ЭНДОУРОЛОГИИ В ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЕ ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ
М.М. Рашидов, Р.Н. Ахмедов ... 143

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УРОЛИТИАЗА
Ш.Р. Сайидов, У.У. Рахматов ... 143

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ АНТИОКСИДАНТНЫХ ФЕРМЕНТОВ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ
Г.К. Сапарбаева ... 144

ОПЕРАЦИЯ «COMMANDO» В РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИЯХ
С.А. Стефанов, Д.Н. Ковальчук ... 145

ЭКСТРЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ
Б.Д. Тлеумуратов, Р.Ю. Садыков, Р.И. Тураев ... 146

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ ПРИ ТРАНСПОЗИЦИИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ
Б.Д. Тлеумуратов, С.М. Бегалиев ... 146

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕТРОГРАДНОЙ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИИ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ
Д.Б. Туляганов, Ш.К. Атаджанов, Б.А. Алиев ... 147

НОВЫЙ ПОДХОД К ДООПЕРАЦИОННОЙ ОЦЕНКЕ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ УЩЕМЛЕННОЙ КИШКИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ
Д.Б. Туляганов, Д.Т. Пулатов, Б.И. Шукуров, Ж.Б. Яров, М.Х. Абдулахатов ... 148

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА
Д.Б. Туляганов, Б.Т. Гулямов, Б.И. Шукуров, Ж.Б. Яров ... 148

СОДЕРЖАНИЕ

THE IMPORTANCE OF OBJECTIVE EXAMINATION IN THE DIAGNOSIS OF STRANGULATED HERNIAS COMPLICATED BY ACUTE SMALL BOWEL OBSTRUCTION
Tulyaganov D.B., Khoshimov D.E., Pulatov D.T. ... 149

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH VOLVULUS OF THE SIGMOID COLON ON THE BASIS OF A NEW METHOD OF RSCEM
Tulyaganov D.B., Abdulakhatov M.Kh., Pulatov D.T., Khoshimov D.E. ... 149

ҚОРИН БЎШЛИҒИ ЎТКИР ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАРИ ДИАГНОСТИКАСИДА ЛАПАРОСКОПИЯНИНГ АҲАМИЯТИ
А.Ю. Тухтақулов, Н.И. Махмудов, Б.А. Туйчиев ... 150

ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С КАМНЯМИ ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА
Г.У. Убайдуллаев, Б.Ш. Исматов, Н.А. Сайфуллаев, У.А. Мамадиев, Ш.О. Туйчиев ... 151

ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ГРУДИ И ЖИВОТА
А.М. Хаджибаев, М.М. Пулатов, Б.Т. Гулямов, Б.И. Шукуров, К.С. Элмуродов ... 152

ХАРАКТЕР И ЧАСТОТА ФАТАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И ЖИВОТА ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ
А.М. Хаджибаев, К.С. Элмуродов , З.М. Рузиева , Б.И. Шукуров, Ш.К. Элмуродов ... 153

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА У ПОСТРАДАВШИХ С РАНЕНИЕМ СЕРДЦА
Ф.А. Хаджибаев, М.А. Мирсидиков, А.Г. Мирзакулов, У.А. Абдуганиев ... 154

ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА ПОЧКИ (ДИАГНОСТИКА НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ)
Ф.А. Хаджибаев, А.Т. Эрметов, О.Ж. Ашуров ... 155

ДИАГНОСТИКА АТИПИЧНЫХ И РЕДКИХ ФОРМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАПАРОСКОПИИ
Ф.А. Хаджибаев, Д.Р. Каримов, Ш.Э. Баймурадов, Р.З. Мадиев ... 155

ПРОГРАММА «DAMAGE CONTROL» У БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ
Д.М. Хакимов, Ф.П. Касимов, У.Н. Бобаев ... 156

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ
М.Ш. Хакимов, А.А. Имамов, М.Р. Каримов ... 157

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПИЩЕВОДНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ
М.Ш. Хакимов, Ш.Э. Ашуров, Г.Р. Кодирова ... 158

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ХИРУРГИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ
М.Ш. Хакимов, У.Б. Беркинов, О.Т. Сатторов ... 159

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ
М.Ш. Хакимов, С.Я. Камалова ... 161

РОЛЬ ИРРИГОГРАФИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА
М.Ш. Хакимов, М.Р. Каримов, С.П. Халиков, Ш.Э. Ашуров ... 161

ВОЗМОЖНОСТИ РЕТРОГРАДНЫХ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА
М.А. Хашимов, А.Б. Ешмуратов, А.Г. Мирзакулов ... 162

СОДЕРЖАНИЕ

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ПРИ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
М.Т. Хусанходжаева, Д.С. Шодманова, Ф.Т. Исмаилова 162

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТРАВМЕ СЕРДЦА
Е.А. Цеймах, П.Н. Булдаков, А.А. Макин, Н.Ю. Ручейкин, В.М. Каркавин, С.А. Дорохина, А.А. Аверкина 163

ИЗУЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОТИПОВ ГЕНА COL1A1 RS1800012 И TNFα-308G/A ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
Д.С. Шадманова, М.Т. Хусанходжаева, Ф.Т. Исмаилова, Ш.С. Носирова 164

ҚЎШМА КЛАПАНЛИ ЮРАК НУҚСОНИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТИ ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШНИНГ САМАРАЛИ НАТИЖАЛАРИ
Шакаров Ш.Б., Абдурахманов А.А., Каипов А.Б., Атажанов Ш.Д. 165

ПРИЧИНЫ И ФАКТОРЫ РИСКА ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ И ЖИВОТА
К.С. Элмуродов, З.М. Рузиева, М.М. Пулатов, Б.И. Шукуров, Ш.К. Элмуродов 165

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ И ЖИВОТА
А.Т. Эрметов, А.М. Ходжибоев, М.О. Кобилов, Б.Б. Хакимов, О.В. Карабаев 167

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ
А.Т. Эшбоев, Х.Р. Девонов, Б.Б. Уроков 168

РОЛЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕНЗОДИНАМОМЕТРИИ ПРИ ВЫБОРЕ МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ ФОРМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ
О.Д. Эшонходжаев, Н.А. Дёмин 168

СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА МЭЛЛОРИ–ВЕЙССА
Ф.Р. Якубов, Х.Н. Бекчанов, Э.А. Эрниязов 169

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИБС У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА
А.А. Абдурахманов, Н.М. Рахимов, М.А. Обейд, С.А. Турсунов, О.А. Машрапов, И.А. Абдухалимов 170

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННОЙ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Д.Б. Тохтарбаев, А.А. Абдурахманов, С.А. Турсунов, Ш.У. Буронов 170

ENHANCING CARDIOVASCULAR CURGEONS' TRAINING THROUGH THE USE OF AORTIC CANNULATION SIMULATOR: EVIDENCE FROM A STUDY AT THE REPUBLICAN RESEARCH CENTER OF EMERGENCY MEDICINE
Abdurakhmanov A.A., Tokhtarbaev D.B., Buronov Sh.U.,Tursunov S.A. 171

КОРРЕКЦИЯ ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ПОСРЕДСТВОМ ПЕРЕДНЕБОКОВОЙ ПРАВОЙ ТОРАКОТОМИИ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ
С.А. Турсунов, А.А. Абдурахманов, Д.Р. Зинатулина, Ф.А. Маматалиев, Ш.Ш. Адилов 171

ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ
Ф.А. Хаджибаев, П.К. Султанов, Д.Н. Эргашев, Р.К. Садиков, Ж.А. Джураев, Н.Б. Исхаков, А.А. Исматов 172

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У РЕЦИПИЕНТА С ТРАНСПЛАНТИРОВАННОЙ ПОЧКОЙ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ
Ф.А. Хаджибаев, П.К. Султанов, Д.Н. Эргашев, Р.К. Садиков, Н.Б. Исхаков, Ж.А. Джураев, А.А. Исматов 173

ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН.
ПРОБЛЕМЫ ДОНОРСТВА
Ф.А. Хаджибаев, П.К. Султанов, Д.Н. Эргашев, Р.К. Садиков,
Ж.А. Джураев, Н.Б. Исхаков, А.А. Исматов 174

III. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ И КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

ПЕРИОПЕРАЦИОННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕВОСИМЕНДАНА У ПАЦИЕНТОВ
С ТЯЖЕЛОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ,
ПЕРЕНОСЯЩИХ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ МИОКАРДА
Ш.А. Абдуганиев, А.А. Абдурахманов, М.А. Обейд,
О.А. Машрапов, Ф.А. Маматалиев 175

ОЦЕНКА МАРШРУТИЗАЦИИ И РЕПЕРФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ
ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В ГОРОДЕ ТАШКЕНТЕ
Д.А. Алимов, Б.Ф. Мухамедова, Р.А. Рахимова,
Х.М. Турсунов, М.Х. Назарова., Б.О. Казаков 176

ST ЭЛЕВАЦИЯЛИ МИОКАРД ИНФАРКТИДА ШИФОХОНАГАЧА ТРОМБОЛИЗИСНИНГ
УЧ ОЙДАН КЕЙИНГИ БЕМОРЛАРНИ КЛИНИК ҲОЛАТИГА ТАЪСИРИ
Алавий А.Л., Кенжаев С.Р. 176

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМ ДИСТАНЦИОННОЙ
И АВТОМАТИЧЕСКОЙ ИНТЕРПРЕТАЦИИ ЭКГ В ДОГОСПИТАЛЬНОМ
И ГОСПИТАЛЬНОМ ПЕРИОДАХ
Н.Д. Архангельский, В.М. Теплов, Д.М. Прасол 177

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА И
ЭНДОГЕННОЙ СОСУДИСТОЙ РЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОТРАВЛЕНИЯМИ ГИПОТЕНЗИВНЫМИ
И АНТИАРИТМИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ ДО 60 ЛЕТ И СТАРШЕ
М.В. Белова, К.К. Ильяшенко, М.М. Поцхверия,
А.Ю. Симонова, Г.Н. Суходолова, Е.В. Клычникова 178

THE COMBINATION OF ZINC AND ALPHA-LIPOIC ACID MEDICINES IN
THE TREATMENT OF DYSLIPIDEMIA IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE
Boboyev B.M., Kairov A.K., Azimov A.A. 179

DYNAMIC CHANGES OF QT INTERVAL IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY
DISEASE AFTER THE STENTING OPERATION
Boboyev B.M., Kairov A.K., Azimov A.A. 179

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИСХОДОВ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА
Б.З. Жалолов, С.Р. Курбонов, К.К. Нуъмонов 180

ОБЪЕМНАЯ КТ-ПЕРФУЗИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ
С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
А.И. Икрамов, Н.М. Джураева, Л.Н. Турсунова 181

ФАКТОРЫ РИСКА И ТЕЧЕНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
М.Х. Исмайлов, М.Ш. Нуратдинова 182

ST ЭЛЕВАЦИЯЛИ МИОКАРД ИНФАРКТИДА ШИФОХОНАГАЧА ТРОМБОЛИЗИСНИНГ
РЕМОДЕЛЛАНИШ КЎРСАТКИЧЛАРИГА ТАЪСИРИ
Кенжаев С.Р. 182

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
А.К. Койиров, А.А. Азимов, К.Р. Мирхайдаров,
У.Ш. Яхшибоев, М.Р. Шомуродов 183

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ
А.К. Койиров, С.Р. Кенжаев, У.Ш. Ганиев,
А.А. Азимов, К.Р. Мирхайдаров, У.Ш. Яхшибоев 183

СОДЕРЖАНИЕ

ДИСФУНКЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ
ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
А.К. Койиров, Х.И. Саттаров, Ф.У. Махмудов, Э.Б. Болтаев, У.Ш. Яхшибоев..... 184

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН
ПРИ РАЗНЫХ ИСХОДАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ
С.С. Косимов, Г.Т. Эгамбердиева, С.С. Ганиев..... 185

ГИПЕРТОНИК КРИЗ ПРОФИЛАКТИКАСИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК АСОСЛАРИ
Мамасолиев Н.С., Холикова Н.А.,
Каландаров Д.М., Бобаев У.Н...... 185

ГИПЕРТОНИК КРИЗНИНГ ФАРҒОНА ВОДИЙСИ ИҚЛИМИЙ
ШАРОИТИДА ШАКЛЛАНИШИ ВА КЕЧИШИ ХУСУСИЯТЛАРИ
Мамасолиев Н.С., Курбонова Р.Р.,
Соипова Г.А., Бобаев У.Н...... 186

АНТИГИПЕРТЕНЗИВ УРГЕНТ СТРАТЕГИЯНИ ГИПЕРТОНИК КРИЗДА
ОПТИМИЗАЦИЯЛАШТИРИШ ЙЎЛЛАРИ
Мамасолиев Н.С., Усманов Б.У.,
Каландаров Д.М., Холикова Н.А...... 186

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СУТОЧНОЙ ИНФУЗИИ ГЕПАРИНА С БОЛЯРНЫМ ОСТРЫМ
ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОГО ФИЛИАЛА РНЦЭМП
Н.И. Махмудов, С.С. Косимов, А.Ш. Хомидов..... 187

НОСТАБИЛ СТЕНОКАРДИЯНИНГ СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ
БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ШАКЛЛАРИДА КОМБИНИРЛАНГАН ГИПОТЕНЗИВ
ҲАМДА КАРДИОПРОТЕКТИВ ДОРИ ВОСИТАЛАРИ
ҚЎЛЛАНИЛИШИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ
Мухитдинов У.Х., Турниёзов А.А., Курбонов С.Р.,
Азимов О.О., Зарипов С.З...... 188

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ КАРДИОДИЛАТАЦИИ
У БОЛЬНЫХ С КАРДИОСПАЗМОМ И АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ
З.М. Низамходжаев, Р.Е. Лигай, А.О. Цой, Ж.А. Хаджибаев,
Х.Н. Бекчанов, О.А. Файзуллаев, К.Б. Бабажанов, Ж. Авалбаев..... 188

ВНЕЗАПНАЯ СЕРДЕЧНАЯ СМЕРТЬ – ОПЫТ 5 ЛЕТ РАБОТЫ
ЦЕНТРА ПО ЛЕЧЕНИЮ ВСС
Д.М. Прасол, В.М. Теплов, Е.А. Цебровская..... 189

ПРОТИВОАРИТМИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ АТФ У БОЛЬНЫХ
С ПРИСТУПАМИ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ
ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ
Т.Н. Прудскова, Н.З. Мамиров, А.С. Ачилов,
З.Х. Аралов, И.М. Элибоев, В.В. Хайдаркулов,
А. Каримов, М. Аллашев, Г.Р. Арифходхаева..... 189

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СТРЕПТОКИНАЗЫ У БОЛЬНЫХ
С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА
Т.Н. Прудскова, З.Н. Мамиров, В.Х. Маматкулов,
В.В. Хайдаркулов, В.Н. Жумаев, А.С. Ачилов,
З.Х. Аралов 190

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ВАРИАБЕЛЬНОСТИ
РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Ш.Х. Пулатова, Ж.С. Алиев,
З.К. Хасанова, И.Р. Тоиров..... 191

РОЛЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ВГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ
ПОКАЗАТЕЛЯХ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА
Ш.Х. Пулатова, Н.Ш. Сафаров, М.М. Бабаева 191

ОСОБЕННОСТИ ДИСЛИПИДЕМИИ И ЧАСТОТА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ
СОБЫТИЙ ПРИ ПЕРВИЧНОМ БИЛИАРНОМ ХОЛАНГИТЕ
В.И. Решетняк, И.В. Маев..... 192

СОДЕРЖАНИЕ

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА
А.М. Сергеева, В.М. Луфт, А.В. Лапицкий, Б.Р. Кельбетова ... 193

СОЗДАНИЕ МОДЕЛИ-ТРАНСФОРМЕРА ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОГНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ, ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ
Е.Г. Скородумова ... 194

ЎТКИР ГИПЕРТЕНЗИВ ҲОЛАТЛАРНИ БАРВАҚТ АНИҚЛАШ, ПРОГНОЗЛАШ ВА ОЛДИНИ ОЛИШНИНГ ИЛМИЙ АСОСЛАРИ
Соипова Г.А., Мамасолиев Н.С., Усмонов Б.У., Холиқова Н.А. ... 195

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ
В.У. Убайдуллаева, Б.А. Магрупов ... 195

РШТЁИМСФ ДА 2021–2022 ЙИЛЛАР ДАВОМИДА МИОКАРД ИНФАРКТИДАН ВАФОТ ЭТГАН БЕМОРЛАРНИНГ ЎСИШИНИ ҚИЁСИЙ ТАҚҚОСЛАШ
Урақов Н.А., Умаров Ш.Б., Муқимов А.А. ... 196

УГРОЖАЮЩИЕ ЖИЗНИ АРИТМИИ ПРИ ХОЛТЕР-ЭКГ МОНИТОРИРОВАНИИ У БОЛЬНЫХ ИБС
Х.Х. Устабаев, Г.Н. Ибрагимова, Д.Т. Гиесов, А.С. Исомиддинов ... 197

ГИПЕРТОНИК КРИЗ ШАКЛЛАНИШИНИНГ МАТЕМАТИК МОДЕЛИ ВА УНДАН ШОШИЛИНЧ ТЕЗ ТИББИЙ ЁРДАМ ШАРОИТИДА ФОЙДАЛАНИШ ЖИҲАТЛАРИ
Холикова Н.А., Мамасолиев Н.С., Каландаров Д.М., Соипова Г.А. ... 198

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ РИТМА И БЛОКАД СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА
У.О. Холикова, С.А. Хайдарова ... 198

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭКССУДАТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА, ПРОЯВЛЯЮЩЕГОСЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
А.Т. Эрметов, М.О. Кобилов, Д.К. Адамбаева, О.В. Карабаев ... 199

КЕКСА ВА ҚАРИЯ ЁШДАГИ КУЙГАН БЕМОРЛАРДА ЮРАК-ҚОН ТОМИР ТИЗИМИНИНГ ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИ
Б. А. Янгиев, Э.А. Хакимов, У.Х. Хайитов, К.Э. Ярматов, М.Э. Абдихалилов, Ш.Б. Умаров ... 199

COVID-19 DAN KEYIN FEMUR BOSHI ASEPTIK NEKROZI DASTLABKI BOSQICHINING KLINIK-RADIOLOGIK XUSUSIYATLARI
Aliaxunova M.Y. ... 200

COVID-19 DAN KEYIN BEMORLARDA O‘TKIR KORONAR SINDROMNING KECHISHI
Koyirov A.K., Kenjayev S.R., Azimov A.A., Shomurodov M.R. ... 201

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОСТРЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19
Д.Г. Бурибаев, Д.Б. Туляганов, Х.Э. Анваров, А.О. Курбанов ... 202

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА, СОЧЕТАЮЩЕГОСЯ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (SARS-COV-2)
Ш.Х. Пулатова, Т.Я. Мусоев ... 203

КАРДИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА
Е.А. Скородумова, В.А. Костенко, Е.Г. Скородумова, А.В. Сиверина ... 204

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ COVID-19 У БОЛЬНЫХ С ИБС И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
А.Ю. Хайдарова, С.Н. Абибуллаев, Ш.А. Норкулов, А.М. Сайфуллаев ... 205

ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНЫХ И ВНУТРИЛЕГОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ НА ФОНЕ COVID-19 АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ
Б.А. Худойбердиев, И.Р. Хужамбердиев, Б.Р. Исхаков, Н.Б. Исхаков, Д.А. Рашидов, Б.С. Робиддинов ... 205

COVID-19 БИЛАН ОҒРИГАН ОҒИР БЕМОРЛАРДА ПАРЕНТЕРАЛ ОЗИҚЛАНТИРИШНИНГ ЎРНИ
М.Й. Эралиев, А.А. Алижанов, Н.Б. Исҳоқов, Б.Р. Исҳоқов, М.М. Рафиков ... 206

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
Д.А. Алимов, Р.П. Туляков, А.К. Эргашев ... 207

IV. СОВРЕМЕННЫЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫЕ И ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЛИОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ИНТРАТУМОРАЛЬНЫМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ
Н.К. Абдуллаев, Р.Б. Хазраткулов ... 209

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПУТЕЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ С 2018 ПО 2022 ГОД
М.М. Бахадирханов, Х.М. Турсунов, Ж.А. Назарова, А.А. Анваров ... 210

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПУТЕЙ ОБРАЩЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В РНЦЭМП ЗА 2018–2022 ГГ.
М.М. Бахадирханов, Х.М. Турсунов, Ж.А. Назарова, А.А. Анваров ... 210

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ВИНПОЦЕТИН У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ
С.М. Бегалиев, Х.А. Азимов, П.Н. Сейтмуратов, М.М. Абдикаримова ... 211

МИНИПТЕРИОНАЛЬНАЯ КРАНИОТОМИЯ В ХИРУРГИИ АНЕВРИЗМ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА ВИЛЛИЗИЕВА КРУГА
М.И. Бурнашев, М.М. Рузикулов, Р.Б. Хазраткулов, Н.К. Абдуллаев, Ш.О. Расулов, А.А. Ким ... 212

СИНДРОМ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИНСУЛЬТОМ
А.Х. Валижанов, А.М. Бокиев, И.И. Отабоев, Н.А. Рахмонов, Д.Б. Атамирзаев, Ш.Ш. Солижанов ... 213

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИИ В НЕОТЛОЖНОЙ НЕВРОЛОГИИ
Г.А. Изюмова, Д.П. Изюмов ... 213

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА ДИАГНОСТИКИ НЕЙРОКОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В ОСТРЕЙШЕМ ПЕРИОДЕ КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА
Г.А. Изюмова, Д.П. Изюмов ... 214

ОСОБЕННОСТИ И ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕЧИ ПРИ ОСТРОМ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ
Г.А. Изюмова, Д.П. Изюмов ... 215

ВКЛАД КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РАЗВИТИЕ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ИНФАРКТЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯХ (ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ)
В.А. Ильина, С.А. Повзун, М.М. Ермолаева ... 215

НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОСТРОЙ ТРАНЗИТОРНОЙ ФОРМЫ ГИДРОЦЕФАЛИИ
Г.М. Кариев, М.Д. Муминов ... 216

ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ ВНУТРИМОЗГОВЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
Л.Б. Максудова, Б.Г. Гафуров, М.К. Махкамов ... 217

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ ВНУТРИМОЗГОВЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ
Л.Б. Максудова, Б.Г. Гафуров ... 218

СОДЕРЖАНИЕ

МОНИТОРИНГ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ
К.Э. Махкамов, А.Б. Салаев ... 220

ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОПУХОЛЯХ ХИАЗМАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ
К.Э. Махкамов, М.К. Махкамов, А.Б. Салаев,
Ю.Н. Жумаев, М.А. Алиакбаров ... 220

ОЦЕНКА ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ
К.Э. Махкамов, А.Б. Салаев, М.К. Махкамов ... 221

НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕЙРОНАВИГАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ В ЭКСТРЕННОЙ НЕЙРОХИРУРГИИ
К.Э. Махкамов, В.Д. Тен, М.К. Махкамов,
А.Б. Салаев, Д.У. Исрайилов, Ш.Р. Бойменов ... 222

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ БОЛЕЗНИ МОЙЯ-МОЙЯ
К.Э. Махкамов, М.К. Махкамов, М.А. Алиакбаров, С.Т. Насимов ... 222

КРАНИОЦЕРЕБРАЛЬНАЯ ГИПОТЕРМИЯ В ТЕРАПИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА
Э.М. Менгисту, И.Н. Колбаскина, М.В. Петрова,
О.А. Шевелев, Р.Н. Акалаев ... 223

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ОНМК ПО ИНДЕКСУ СООТНОШЕНИЯ НЕЙТРОФИЛОВ К ЛИМФОЦИТАМ
Т.Я. Мусоев, А.Р. Ярашев, О.Ш. Эшонов ... 225

ВЛИЯНИЕ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ ОТЁКА МОЗГА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ
Т.Я. Мусоев, О.Ш. Эшонов, А.Р. Ярашев ... 225

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИДА БОШ МИЯ ГЕМОДИНАМИКАСИНИНГ РЕОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ ТЕКШИРУВИДАГИ ХУСУСИЯТЛАРИНИ АНИҚЛАШ
Мусоев Т.Я., Хайриева М.Ф., Жураев Б.П. ... 226

ГЕМОРРАГИК ИНСУЛЬТДА ИККИЛАМЧИ ИШЕМИЯ КЕЛИБ ЧИҚИШИ, АСОРАТЛАРИ ВА ОҚИБАТЛАРИ
Нарзиев Ф.Э., Шамуродов А.Б. ... 227

МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С БОЛЬШИМИ И ГИГАНТСКИМИ АРТЕРИАЛЬНЫМИ АНЕВРИЗМАМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ
М.М. Рузикулов, Г.М. Кариев, Р.Б. Хазраткулов,
Ш.О. Расулов, А.А. Ким, Н.К. Абдуллаев ... 227

ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ
Д.М. Сабиров, А.Л. Росстальная, Х.Х. Дадаев ... 228

ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ
А.Б. Салаев, К.Э. Махкамов, М.К. Махкамов ... 229

НЕЙРОРЕАНИМАЦИЯ БЎЛИМИДАГИ БЕМОРЛАРДА НАФАС ЙЎЛЛАРИ ЎТКАЗУВЧАНЛИГИНИ ТАЪМИНЛАШ УСУЛЛАРИНИ ТАНЛАШ
Солижанов Ш.Ш., Отабаев И.И., Валижанов А.Х., Рахимов Н.Н. ... 229

СТАЦИОНАРГАЧА ТЕЗ ТИББИЙ ЁРДАМНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШНИНГ ИНСУЛЬТ КАСАЛЛИГИ ПРОГНОЗИГА ИЖОБИЙ ТАЪСИРИ
Солижанов Ш.Ш., Отабоев И.И., Бокиев А.М., Рахимов Н.Н. ... 230

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ
Х.М. Турсунов, М.М. Бахадирханов, Ж.А. Назарова, А.А. Анваров ... 231

МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С НЕРАЗОРВАВШИМИСЯ БЕССИМПТОМНЫМИ АНЕВРИЗМАМИ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА
Р.Б. Хазраткулов, М.М. Рузикулов, Г.М. Кариев, М.И. Бурнашев, Н.К. Абдуллаев ... 232

РАННИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ОТЕКА ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ
С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ
ПРОТИВООТЕЧНОЙ ТЕРАПИИ
А.У. Хасуева, В.Д. Слепушкин..... 232

ПРИМЕНЕНИЕ СЕМАКСА У БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ
Н.А. Ходжаева, М.М. Равшанова..... 233

ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП ПРИ ИНСУЛЬТАХ
Н.А. Ходжаева, М.К. Тешаева..... 234

ИССЛЕДОВАНИЕ НЕЙРОПРОТЕКТОРА СЕМАКС У ПАЦИЕНТОВ
С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ
Н.А. Ходжаева..... 235

ТРАНЗИТОР ИШЕМИК АТАКА БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИНГ ИШЕМИК ИНСУЛЬТГА
ЎТИШИНИНГ РШТЁИМ НАВОИЙ ВИЛОЯТ ФИЛИАЛИ БЎЙИЧА КЎРСАТКИЧЛАРИ
Шамурадов А.Б., Нарзиев Ф.Э...... 235

К ВОПРОСУ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ
НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ИНСУЛЬТАХ НА ЭТАПЕ ТРАНСПОРТИРОВКИ В СТАЦИОНАР
А.Т. Эрметов, О.В. Карабаев, Ж.Х. Умаров..... 236

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛИМФОТРОПНОЙ ПРОТИВООТЕЧНОЙ ТЕРАПИИ
ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ
О.Ш. Эшонов, А.Р. Ярашев, Х.Ш. Шомуродов,
А.Т. Чулиев, С.С. Саидов..... 237

ШКАЛА ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ И ПРОГНОЗА НЕЙРОРЕАНИМАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ
О.Ш. Эшонов, А.Р. Ярашев..... 238

V. ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫЕ И ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО
СОСТОЯНИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ
С СОЧЕТАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ И КАРОТИДНЫХ АРТЕРИЙ
Д.А. Алимов, Р.А. Рахимова, Н.Г.
Дадамьянц, Р.К. Джамалдинова..... 240

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СОЧЕТАННОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ
И КАРОТИДНЫХ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ
Д.А. Алимов, Р.А. Рахимова, Н.Г.
Дадамьянц, Ш.Н. Салахитдинов..... 241

ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ОИМ
ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ
Д.А. Алимов, Ш.Н. Салахитдинов, Х.Ф. Мирзакаримов, С.Б. Турсунов,
Б.Ш. Алимханов, Л.Б. Гиёзсода, М.И Хайдаров,
Ш.Ш. Аскаров, С.М. Джафаров..... 241

ИНТЕРВЕНЦИОННОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО В СТВОЛЕ ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ
АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ
Д.А. Алимов, Ш.Н. Салахитдинов, Л.Б. Гиёзсода, С.Б. Турсунов,
Х.Ф. Мирзакаримов, Б.Ш. Алимханов, С.М. Джафаров,
Ш.Ш. Аскаров, М.И. Хайдаров..... 242

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ БИМАММАРНО-КОРОНАРНОГО
ШУНТИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
Ш.Д. Атажанов, А.А. Абдурахманов, С.А. Турсунов,
Д.Р. Зинатулина, Ф.А. Маматалиев..... 243

МУЛЬТИСЛАЙСНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ ОТДАЛЕННЫХ
РЕЗУЛЬТАТОВ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ
Ш.У. Буранов, Т.Я. Мусаев, А.А. Абдурахманов..... 243

СОДЕРЖАНИЕ

ИЗМЕРЕНИЕ СКОРОСТИ КРОВОТОКА В ОЦЕНКЕ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ
Ш.У. Буронов 244

БЕМОР ҲУШИНИНГ БУЗИЛИШИ БИЛАН КЕЧАДИГАН ЎТКИР ИНСУЛЬТ ВА ҚАНДЛИ ДИАБЕТ КАСАЛЛИКЛАРИДА ПАТОЛОГИК ПАЙ РЕФЛЕКСЛАРИ НАМОЁН БЎЛИШИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ
Жўраев М.И. 244

БАЛЛОННАЯ МИТРАЛЬНАЯ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКА СТЕНОЗА МИТРАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ ПО ТЕХНИКЕ INOUE У БОЛЬНЫХ С НЕОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМОЙ ПОРОКА
М.М. Зуфаров, Ш.Н. Салахитдинов, М.И. Хайдаров 245

НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ БАЛЛОННОЙ МИТРАЛЬНОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКИ БЕЗ ПРИМЕНЕНИЯ РЕНТГЕНОСКОПИИ. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ
М.М. Зуфаров, В.М. Им, С.К. Хамдамов 245

РЕЗУЛЬТАТЫ БАЛЛОННОЙ МИТРАЛЬНОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКИ СТЕНОЗА МИТРАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ, ОСЛОЖНЕННОГО ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ
М.М. Зуфаров, В.М. Им, С.К. Хамдамов 246

РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЁМА СЕГМЕНТА ST ПРИ МНОГОСОСУДИСТОМ ПОРАЖЕНИИ
М.М. Зуфаров, С.А. Бабаджанов, М.М. Умаров, В.М. Им 247

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПОСТОЯННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ ПРИ ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ
В.М. Им, С.А. Бабаджанов, С.К. Хамдамов,
М.М. Умаров, А.А. Худойбердиев 248

ТУМАНЛАРАРО ҚЎШМА ШИКАСТЛАНИШЛАР ВА ЎТКИР ҚОН-ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИ МАРКАЗЛАРИНИНГ ТАШКИЛ ҚИЛИНИШИ АНДИЖОН ВИЛОЯТИ МИСОЛИДА
Исраилов Ш.Ш., Абдувалиева Ч.М., Усмонов Ш.М.,
Аккузиев И.К., Абдулазизов Ж.Г., Курбонов Х.Т. 249

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ТРОМБОЗОМ ГЛУБОКИХ ВЕН В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА
Ш.М. Юлдашев, Х.Д. Мамадалиев, Н.И. Махмудов 249

ВРЕМЕННАЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИЯ В НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИИ
С.Р. Курбанов, А.А. Турниязов, С.З. Зарипов 250

ЭНЕРГОТРАТЫ И ПОТЕРИ АЗОТА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ (ОНМК)
А.В. Лапицкий, В.М. Луфт, П.А. Дубикайтис,
М.В. Наниева, А.М. Сергеева, Б. Кельбетова 250

РОЛЬ МСКТ В ДИАГНОСТИКЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ СТЕНОЗАХ СОННЫХ АРТЕРИЙ И ПОДБОРЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ
Ф.А. Маматалиев, А.А. Абдурахманов,
С.А. Турсунов, Д.Р. Зинатулина, Ш.У. Буронов 251

РАЗРАБОТКА РАССАСЫВАЮЩЕЙСЯ КАВА-КЛИПСЫ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТЭЛА ПРИ ТРОМБОЗАХ ИЛИОКАВАЛЬНОГО СЕГМЕНТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ
Ш.М. Муминов, Д.Л. Ким, Б.П. Хамидов,
А.Б. Хакимов, Т.А.Вервекина, Д.Д. Алимухамедов 252

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ ЧКВ С АНГИОПЛАСТИКОЙ АРТЕРИЙ
Т.Я. Мусаев, Э.Э. Хамраев, С.С. Болтаев, У.Р. Мухидов 253

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ХИРУРГИИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СКОРОПОМОЩНОГО СТАНЦИОНАРА
В.Е. Парфенов, С.А. Платонов, М.А. Киселев 253

ПЕРВИЧНЫЙ ДИСТАЛЬНЫЙ ДОСТУП ПРИ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ
У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
С.А. Платонов, В.Н. Жигало, М.А. Киселев,
К.Ш. Исаев, К.Н. Фомин, Д.В. Кандыба 255

ЧРЕСКОЖНЫЕ КОРОНАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ
СИНДРОМЕ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ
Ш.Н. Салахитдинов, Д.А. Алимов, Л.Б. Гиёзсода, С.Б. Турсунов, Х.Ф. Мирзакаримов,
Б.Ш. Алимханов, С.М. Джафаров, М.И. Хайдаров, Ш.Ш. Аскаров 255

КОРРЕКЦИЯ ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ПОСРЕДСТВОМ
ПЕРЕДНЕБОКОВОЙ ПРАВОЙ ТОРАКОТОМИИ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ
С.А. Турсунов, А.А. Абдурахманов, Д.Р. Зинатулина,
Ш.Б. Шакаров, Ф.А. Маматалиев 256

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ НЕГИЗИДА ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА
РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯДАН КЕЙИН ЧАП ҚОРИНЧА ФУНКЦИЯСИНИ БАҲОЛАШДА
ГЛОБАЛ БЎЙЛАМА ДЕФОРМАЦИЯНИНГ АҲАМИЯТИ
Убайдуллаева Ш.М., Алавий Б.А. 256

ОНКО-АССОЦИИРОВАННЫЕ ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ
И.Б. Хомиджонов, Ф.Х. Мадаминов,
Б.Р. Мамадалиев, И.И. Бойматов 257

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭМБОЛООПАСНЫМИ
ТРОМБОЗАМИ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
И.Б. Хомиджонов, Н.И. Махмудов,
Б.Р. Мамадалиев, Ф.Х. Мадаминов 258

ИССЛЕДОВАНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА И ПОВРЕЖДЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ
МЫШЦЫ ПРИ КАРДИОРАФИИ УЗЛОВЫМ ШВОМ РАНЕНИЙ СЕРДЦА С ПРИМЕНЕНИЕМ
СОВРЕМЕННОГО ШОВНОГО МАТЕРИАЛА У ЛАБОРАТОРНЫХ СВИНЕЙ ЧЕРЕЗ 1 НЕДЕЛЮ
Е.А. Цеймах, И.П. Бобров, Н.Ю. Ручейкин,
В.И. Ручейкина, Д.В. Волженин, В.А. Соколов,
А.С. Михайлов, Д.В. Дергунов, В.В. Дергунова 258

ОПЫТ НАБЛЮДЕНИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ
С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
А.Т. Эрметов, М.М. Ишанходжаев, Д.А. Азизханов,
А.И. Икромов, О.В. Карабаев 259

VI. ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ, ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ И ЭНДОТОКСИКОЗАХ

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ТОКСИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ
ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ И ЭНДОТОКСИКОЗАХ
Р.Н. Акалаев, А.М. Хаджибаев, Д.Б. Туляганов, А.А. Стопницкий,
М.К. Саидова, А.Д. Фаязов, У.Р. Камилов 261

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ТОКСИКОЛОГИК ЎЗ ЖОНИГА ҚАСД ҚИЛГАН
БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШГА ЙЎНАЛТИРИШ (МАРШРУТЛАШ АЛГОРИТМИ)
Акалаева А.А., Хонбабаева Р.Х., Акалаев Р.Н. 262

ФОРМИРОВАНИЕ ЭНДОТОКСИКОЗА ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ
НЕЙРОТРОПНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ
Х.В. Батоцыренова, О.Л. Балабанова, С.В. Кузнецов 263

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ТОКСИЧНОСТИ ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОМ
ВВЕДЕНИИ НАНОПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО СОРБЕНТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ
У.Н. Бобаев, Н.А. Касимов, Г.Э. Мирзабаев,
Б.Т. Умматалиев 263

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ ПЛАЗМОСОРБЦИИ
С НАНОПОРИСТЫМ УГЛЕРОДНЫМ ГЕМОСОРБЕНТОМ
У.Н. Бобаев, Н.А. Касимов, Д.М. Хакимов 264

СОДЕРЖАНИЕ

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО НАНОПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО СОРБЕНТА
У.Н. Бобаев, Н.А. Касимов, Г.Э. Мирзабаев, Б.Т. Умматалиев, Б.А. Эгамбердиев 265

ДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФИБРИНОГЕНА И D-ДИМЕРА У БОЛЬНЫХ ОТРАВЛЕНИЯМИ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ
З.Х. Куватов, Т.Я. Мусоев 266

МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ И СИНДРОМА СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ
З.Х. Куватов, Т.Я. Мусоев..... 266

РОЛЬ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ И ИНФОРМАТИВНОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРНЫХ МАРКЕРОВ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ, ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОТРАВЛЕНИЯМИ УК
З.Х. Куватов, Т.Я. Мусоев 267

КОЛЛОИДНО-ОСМОТИЧЕСКИЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ТОКСИКОГИПОКСИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ
А.Н. Лодягин, Ч.Б. Батоцыренов, Х.С. Ихаев, А.Г. Синенченко, И.А. Шикалова..... 268

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ТРАНСПОРТА КИСЛОРОДА И СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ В РАННЕЙ СТАДИИ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТОКСИКОГИПОКСИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА
А.Н. Лодягин, Б.В. Батоцыренов, А.Г. Синенченко, С.В. Кузнецов 269

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАЗМОФЕРЕЗА ПРИ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ
Д.Х. Ли 269

КАЛИФОРНИЯ ЧУВАЛЧАНГИДАН ОЛИНГАН ЭКСТРАКТНИНГ ИММУН ТИЗИМИГА ТАЪСИРИ
Маматова Гулсара Қулсохатовна..... 270

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ ЭТАНОЛОМ
Ш.У. Муминов, К.С. Кенжемуратова, Ф.О. Мизамов 271

TREND OF SEDATIVE-HYPNOTIC, ANTIEPILEPTIC, AND ANTI-PARKINSONISM POISONING IN TEHRAN, DURING THE LAST FOUR DECADES; A RETROSPECTIVE STUDY
Mahsa Sadeghi, Hossein Vatanpour, Hossein Hassanian-Moghaddam..... 272

ОТРАВЛЕНИЯ ПАРАЦЕТАМОЛОМ: ПОКАЗАН ЛИ ГЕМОДИАЛИЗ?
В.Г. Сенцов , К.Ю. Гусев, А.В. Чекмарев, Л.В. Соломатина, Н.С. Давыдова 272

ОТРАВЛЕНИЕ ПАРАЦЕТАМОЛОМ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ МНОГОЦЕНТРОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ ЕКАТЕРИНБУРГА, ИРКУТСКА, НОВОСИБИРСКА, ВОЛГОГРАДА, ИЖЕВСКА, КАЗАНИ, ТЮМЕНИ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СООБЩЕНИЕ)
В.Г. Сенцов, К.Ю. Гусев, Ю.В. Зобнин, Д.Ю. Колойда, С.С. Ларионов, А.В. Мартынов, А.В. Мокрушин , А.Р. Насибулина, Л.В. Соломатина, А.Б. Третьяков, И.Л. Чайковская, А.В. Чекмарев..... 273

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ОСТРЫХ ХИМИЧЕСКИХ ОТРАВЛЕНИЙ У ЛИЦ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА
А.Ю. Симонова, К.К. Ильяшенко, М.В. Белова, М.М. Поцхверия, Л.Р. Асанова..... 274

КОМПЛЕКСНАЯ ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ
А.А. Стопницкий, Р.Н. Акалаев..... 275

ОТРАВЛЕНИЕ ПАРАЦЕТАМОЛОМ
М.Ф. Умарий, Л.Е. Мигина 276

СОДЕРЖАНИЕ

ПРИЧИНЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ОТРАВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ
Ш.Ф. Хабибуллаев, Ю.М. Рустамова,
Д.Ю. Ахмедова, Д.К. Шамсутдинова 276

АНАЛИЗ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА СИСТЕМ ЦИТОХРОМ Р-450 И
ГЛУТАТИОН-S-ТРАНСФЕРАЗЫ (GSTS) КАК ФАКТОРА РИСКА
И ТЯЖЕСТИ РАЗВИТИЯ ТОКСИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ
А.М. Хаджибаев, Д.Б. Туляганов, Р.Н. Акалаев,
А.А. Стопницкий, М.К. Саидова, А.Д. Фаязов,
У.Р. Камилов 277

СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА У ПАЦИЕНТОВ С ТОКСИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ
А.М. Хаджибаев, Д.Б. Тулаганов, М.Р. Рузибакиева,
Р.Н. Акалаев, А.А. Стопницкий, Г.К. Сапарбаева,
А.Д. Фаязов, У.Р. Камилов 278

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ
ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОМ ВВЕДЕНИИ НОВОГО УГЛЕРОДНОГО ГЕМОСОРБЕНТА
Д.М. Хакимов, Н.А. Касимов, Б.А. Эгамбердиев, У.Н. Бобаев 279

ЗНАЧИМОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ
НОВОГО УГЛЕРОДНОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО ГЕМОСОРБЕНТА
Д.М. Хакимов, У.Н. Бобаев, Н.А. Касимов,
Б.А. Эгамбердиев, Н.Ю. Миноваров 280

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОВОГО НАНОПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО СОРБЕНТА
И ОЦЕНКА ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ ПРИ ВНУТРИЖЕЛУДОЧНОМ ВВЕДЕНИИ
Д.М. Хакимов, У.Н. Бобаев, Н.А. Касимов 281

ШОШИЛИНЧ НЕВРОЛОГИЯДА «МУРАККАБ БЕМОРЛАР»
Хонбабаева Р.Х., Қаюмхўжаева Б.Б., Акалаева А.А.,
Бахадирхонов М.М., Эрметов А.Т., Акалаев Р.Н. 281

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ
С.С. Худайбердиев, Б.М. Узоков 282

АНАЛИЗ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ
С ОСТРОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ
С.С. Худайбердиев, Б.М. Узоков 283

СПИРТЛИ ИЧИМЛИКЛАР БИЛАН ЗАҲАРЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ
РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ МАСАЛАЛАРИ
Хусенов О.Н., Мусаев Т.Я., Стопницкий А.А. 284

СУРУНКАЛИ АЛКОГОЛИЗМ КАСАЛЛИГИДА ЖИГАРНИНГ МОРФОМЕТРИК
ПАРАМЕТРЛАРИ ЎЗГАРИШИНИ АНИҚЛАШ
Ҳамроев Х. Н., Хасанова Д.А., Мусоев Т.Я., Ганжиев Ф.Х. 284

ЎЗ ЖОНИГА ҚАСД ҚИЛИШ ХАТТИ-ҲАРАКАТЛАРИНИНГ ШАКЛЛАНИШИДА
РУҲИЙ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ
Шоумаров Г.Б., Акалаев Р.Н., Хонбабаева Р.Х., Акалаева А.А. 285

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ МИАСТЕНИЧЕСКОМ КРИЗЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ
ПЛАЗМОФЕРЕЗА В СОЧЕТАНИИ С ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИЕЙ
А.Т. Эрметов, Н.Т. Салиханов, М.М. Маматов, Г.Т. Абдусаматова 286

VII. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ, ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПОЛИТРАВМАХ И КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ

ACUTE PELVIC PAIN IN NONPREGNANT ADULT FEMALES
Dr. Robert Theiss 288

ПРИМЕНЕНИЕ ИСКУССТВЕННЫХ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ В СОЧЕТАНИИ
С РАСТВОРОМ ПОВИДОН-ЙОДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВ III АБ СТЕПЕНИ
Ш.Ш. Алимов, П.С. Косимов 288

СОДЕРЖАНИЕ

КОМБИНИРОВАННАЯ ПРОЛОНГИРОВАННАЯ ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ
С НЕПРЕРЫВНОЙ ИНФУЗИЕЙ НПВП ДЛЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ
ПРИ ХИРУРГИИ ПИЩЕВОДА
А.Ш. Арифжанов, С.Х. Ибрагимов, Р.А. Ибадов 289

ОЦЕНКА ВЕРОЯТНОСТИ РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ДЕЛИРИЯ
У РЕАНИМАЦИОННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ШКАЛЫ КЛИНИЧЕСКОЙ
ОЦЕНКИ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ
Н.В. Белявский, А.А. Александрова 289

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ
АРТРОПЛАСТИКИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА
З.М. Гасиев, В.Д. Слепушкин 290

ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ САНАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ
У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ПЕРИТОНИТОМ
Б.Р. Жаббаров, Б.Р. Исхаков, Н.Б. Исхаков,
М.Й. Эралиев, Д.Т. Кулдашев, У.Х. Ёкубжонов 291

ОСОБЕННОСТИ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ
С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Р.А. Ибадов, С.Х. Ибрагимов 291

ОСОБЕННОСТИ СЕДАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ
НА ДЛИТЕЛЬНОЙ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ
Р.А. Ибадов, С.Х. Ибрагимов, Г.М. Азизова 292

СЕДАЦИЯ И ОБЕЗБОЛИВАНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ
ОСЛОЖНЕНИЯМИ, СВЯЗАННЫМИ С COVID-19
С.Х. Ибрагимов, Р.Р. Ибадов 292

МНОГОФАКТОРНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ
У.Р. Камилов, А.Д. Фаязов, А.А. Стопницкий,
С.И. Шукуров, А.А. Шоабсаров 293

ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБШИРНЫХ ОЖОГОВЫХ РАН
Ж.Ш. Карабаев, Б.М. Шакиров 294

МЕТОДИКИ И СРЕДСТВА СОЗДАНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ
ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ МЕДРАБОТНИКОВ СТАЦИОНАРА
ПО АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЦЕССА ЛЕКАРСТВЕННОГО
ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ
М.К. Карабаев, Н.И. Махмудов, Р.А. Алиев, А.А. Хасанов 294

АЛЛЕРГИК АНАМНЕЗЛИ ЎТКИР ЛАРИНГОТРАХЕИТЛАРНИНГ КЕЧИШИ ВА ДАВОЛАНИШИ
К.А. Ким, Р. Рахмонов 295

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЙ
ТРАНСПЛАНТАЦИИ КЛЕТОЧНЫХ КУЛЬТУР ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСТРАДАВШИХ
С ОЖОГАМИ КОЖИ
Д.В. Костяков, Е.В. Зиновьев 296

ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЕ И БЕЛКОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПРИ СЕПСИСЕ
В.М. Луфт, А.В. Лапицкий, Г.А. Пичугина,
П.А. Дубикайтис, А.М. Сергеева, Б.Р. Кельбетова 297

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ДАТЧИКОВ ИЗМЕРЕНИЯ
ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПОСТРАДАВШИХ
С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ
К.Э. Махкамов, А.Б. Салаев 298

ФОРМИРОВАНИЕ ОПТИМАЛЬНОГО КОСТНОГО ОКНА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ
ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ
К.Э. Махкамов, А.Б. Салаев 298

ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ
ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ
К.Э. Махкамов, А.Б. Салаев 299

СОДЕРЖАНИЕ

БЛОКАДА СЕДАЛИЩНОГО НЕРВА В СОЧЕТАНИИ С ДЕКСМЕДЕТОМИДИНОМ
ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ
Х.А. Махмудов, А.А. Абдулхамидов 300

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА БЛОКАДЫ БЕДРЕННОГО НЕРВА С ФЕНТАНИЛОМ
ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ПОЗИЦИОНИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ
Х.А. Махмудов, А.А. Абдулхамидов, М.Х. Мирахмедов 300

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОПОФОЛА, КЕТАМИНА В СОСТАВЕ МНОГОКОМПОНЕТНОЙ АНЕСТЕЗИИ
КАК ВЫБОР ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ СОЧЕТАННЫМИ
ОТКРЫТЫМИ ТРАВМАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
Х.А. Махмудов, Г.Х. Аббосхонов, Д.Р. Умаров 301

АКСИЛЛЯРНАЯ БЛОКАДА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ,
ДИСТАЛЬНЕЕ СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ПЛЕЧА В УСЛОВИЯХ ФФ РНЦЭМП
Х.А. Махмудов, С.Э. Хаджиматов, В.Х. Кобилов 302

РЕЗУЛЬТАТЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ
Ш.У. Муминов, К.С. Кенжемуратова, Ф.О. Мизамов 303

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АУТОДЕРМОПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ
ГЛУБОКИХ И ОБШИРНЫХ ОЖОГОВ
Р.Г. Порсахонов, Ш.М. Абдуллаев, Х.Ш. Султонов,
Д.И. Жулбекова, Р.Т. Нахалбоев, Д.Х. Яхшиликов 304

ПРИМЕНЕНИЕ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ
С ЦЕЛЬЮ ОПТИМИЗАЦИИ ПОДХОДОВ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ
Р.Э. Якубцевич, Н.В. Белявский, А.И. Хмарик 304

ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СТАТУСА В УСЛОВИЯХ
РЕАНИМАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ
Р.К. Раджабов, А.А. Хамидов, Т.Я. Мусоев 305

РЕАНИМАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШИМ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ
И НАРУШЕННЫМ КАРКАСОМ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ
Д.М. Сабиров, А.Л. Росстальная, Х.Х. Дадаев, Р.О. Рахманов 306

ФАСЦИАЛЬНАЯ БЛОКАДА НЕРВОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ КАК МЕТОД ВЫБОРА
ПРИ ОБЕЗБОЛИВАНИИ БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ РЕБЕР
В.Х. Шарипова, И.В. Фокин 307

ПРИЧИНЫ СМЕРТИ И ЛЕТАЛЬНОСТЬ БОЛЬНЫХ
С ТЯЖЕЛОЙ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ
Ф.О. Темиров, Б.Н. Холмуродов, Д.И. Тогбоев 307

МЕТОД РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОЖОГАМИ ЛИЦА И ШЕИ
У.Т. Тоирова, В.К. Халиков, У.Н. Бобаев 308

ВЫСЕВАЕМОСТЬ PNEUMOCOCCUSS AERUGINOSA
В ХИРУРГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ ФФ РНЦЭМП
М.У. Турсунова, Н.И. Махмудов, А.Н. Мемджанова 309

ПРЕИМУЩЕСТВО АВТОМАТИЗАЦИИ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА
НА ПРИМЕРЕ ДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОНИИ СМЕШАННОГО ГЕНЕЗА
В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
М.У. Турсунова, А.Н. Мемджанова 310

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ
ПОЛИМЕРНОЙ ПЛЕНКИ С НАНОЧАСТИЦАМИ СЕРЕБРА
В ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ
В.У. Убайдуллаева, А.Д. Фаязов, М.М. Мирхайдаров, У.Р. Камилов 310

БЛОКАДА ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ ПОД УЗИ-НАВИГАЦИЕЙ
ПРИ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЯХ
В УСЛОВИЯХ ФФ РНЦЭМП
Д.Р. Умаров, У.О. Кодиров, Н.И. Махмудов, С.Э. Хаджиматов 311

АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РАННЕЙ ИВЛ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА ШОКОВОГО ЛЕГКОГО В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОГО ФИЛИАЛА РНЦЭМП
Х.А. Усмонов, У.О. Кодиров ... 312

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ РЕКОМБИНАНТНЫМ ТРОМБОПОЭТИНОМ ЧЕЛОВЕКА – РЕВОЛЕЙДОМ
Н.И. Файзуллаева ... 313

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЖОГОВЫХ РАН С ПРИМЕНЕНИЕМ ВРЕМЕННЫХ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ
А.Д. Фаязов, Д.А. Рузимуратов, У.Р. Камилов ... 314

ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ОЖОГОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ
А.М. Хаджибаев, Д.Б. Туляганов, А.Д. Фаязов, Т.А. Вервекина, Н.А. Циферова, У.Р. Камилов, О.С. Чарышникова, Д.А. Рузимуратов ... 315

АНАЛИЗ НЕДОСТАТКОВ, ПРЕПЯТСТВИЙ И ПРОБЛЕМ В ПРАКТИКЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ В УЗБЕКИСТАНЕ
В.Х. Шарипова, А.Т. Эшбоев ... 316

АЛГОРИТМ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
В.Х. Шарипова, А.Т. Эшбоев ... 317

КОНТРОЛЬ ИСТОЧНИКА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ СЕПСИСЕ
С.А. Шляпников, И.М. Батыршин, Н.Р. Насер, Д.С. Склизков ... 318

МОНИТОРИНГ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ОТЁКА МОЗГА У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЁЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ
О.Ш. Эшонов, А.Р. Ярашев, Ж.К. Шабаев, С.С. Тиллаев ... 318

ВЛИЯНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА ТЕЧЕНИЕ ОТЁКА МОЗГА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ
О.Ш. Эшонов, А.Р. Ярашев, С.С. Тиллаев, С.С. Саидов, А.А. Турдиев ... 320

СЕПТИКОТОКСЕМИЯ ДАВРИДА КУЙГАНЛАРДА МИОКАРДНИНГ МОРФОЛОГИК ТАВСИФИ
Б.А. Янгиев, Э.А. Хакимов, У.Х.Хайитов, К.Э. Ярматов, М.Э. Абдихалилов, Ш.Б. Умаров ... 320

VIII. ОСОБЕННОСТИ И СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ У ДЕТЕЙ

ВЫБОР АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
М.Б. Алибекова, Г.Х. Исмагилова ... 322

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАЗМАФЕРЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ
М.Б. Алибекова, А.А. Мустакимов ... 323

ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ
С.Н. Аметов, М.Р. Артыкниязов ... 323

ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ У ДЕТЕЙ
С.Н. Аметов., М.Р. Артыкниязов ... 324

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ТАКТИКА ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ
Ф.Б. Гибадуллина,М.П. Шокурова, Р.Ф. Умурзакова ... 325

СОДЕРЖАНИЕ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ
Б.Р. Исхаков, А.А. Алижанов, Н.Б. Исхаков, Т.С. Мамадумаров, Б. Н. Курбанбаев ... 326

ПОВРЕЖДЕНИЕ СЕЛЕЗЕНКИ В СТРУКТУРЕ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ
Б.Р. Исхаков, Н.Б. Исхаков, Б.Н. Курбанбаев, А.М. Зуфарханов ... 327

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ
Ш.М. Юлдашев, А.А. Эшонкулов, Н.Н. Мамажонов ... 328

ЗАКРЫТЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ЧРЕЗМЫЩЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМАХ У ДЕТЕЙ
Ш.Т. Каримбоев, Л.Д. Маллабоев, И.П. Назаров ... 329

ИНТРАМЕДУЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ
Ш.Т. Каримбоев, Л.Д. Маллабоев, И.П. Назаров ... 329

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ИНДИКАТОРЫ ОСЛОЖНЕНИЙ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ
Р.К. Каримов, Т.Я. Мусоев ... 330

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ
К.А. Ким, Р.Т. Ахмедова ... 330

ПАРЕНХИМАТОЗНЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ В ГОЛОВНОЙ МОЗГ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ
В.Е. Кочетов ... 331

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ОСТЕОПОРОЗА И ОСТЕОПЕНИИ
З.М. Матанов, Ф.Х. Умаров ... 332

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ МПК У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИМ ПЕРЕЛОМОМ, ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ
З.М. Матанов, Ф.Х. Умаров ... 333

БОЛАЛАРДА ЖИСМОНИЙ ТАРБИЯ МАШҒУЛОТЛАРИДА ШИКАСТЛАНИШЛАРНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ МУАММОЛАРИ
Маҳмудов Н.И., Акбарова М.Н., Тўйчиева М.Н. ... 334

ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЧРЕЗМЫЩЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМАХ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СОСУДИСТО-НЕРВНОГО ПУЧКА
Ф.А. Машарипов, О.Н. Низов, А.Б. Сайдалиходжаев, Р.А. Шералиев ... 335

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ОТКРЫТЫХ ТРАКЦИОННО-РАЗДАВЛИВАЮЩИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КИСТИ И ПАЛЬЦЕВ ВИНТАМИ ЭЛЕКТРОМЯСОРУБКИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
Ф.А. Машарипов, О.Н. Низов, С.Ю. Наврузов, Д.А. Худойназаров, А.Б. Сайдалиходжаев, Р.А. Шералиев ... 336

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У ДЕТЕЙ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ
Ф.А. Машарипов, А.Б. Сайдалиходжаев, Н.Н. Толипов, Р.А. Шералиев ... 337

МЕСТО МАЛОИНВАЗИВНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМО В КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ
Ф.А. Машарипов, С.Ю. Наврузов, Н.Н. Толипов, А.Б. Сайдалиходжаев, Р.А. Шералиев, К.Ш. Салиев ... 338

СОДЕРЖАНИЕ

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ
У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА
Ф.А. Машарипов, Н.Н. Толипов, С.Ю. Наврузов, А.Б. Сайдалиходжаев,
Р.А. Шералиев, Ф.Б. Хужамкулов, К.Ш. Салиев 339

БОЛАЛАРДА ҚИЗИЛЎНГАЧ ЁТ ЖИСМЛАРИНИНГ ЭРТА ДИАГНОСТИКАСИ
ВА ЭНДОСКОПИК МУОЛАЖАСИ
Мирзакаримов А.А., Акбаров Ф.С., Абдуманнонов А.Р. 340

ДИАГНОСТИКА ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ
ПОЛИОРГАННЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ
С.Р. Рахимова, М.Б. Алибекова 340

БОЛАЛАРДА ИЧАК АНАСТОМОЗ ЕТИШМОВЧИЛИГИНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ
Улуғмуратов А.А., Маматов С.О., Нормуродов Д.К. 341

ДИАГНОСТИКА И АДЕКВАТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ
У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТОВ
Г.Б. Уразова, Г.А. Мамбеткаримова,
М.К. Жолдасбаева, Х.А. Калимбетова 342

ОСТРЫЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ НА ФОНЕ ОРВИ И АТОПИИ У ДЕТЕЙ
Г.Б. Уразова, С.А. Кожаназарова, Б.А. Фазылбекова 342

ЗНАЧЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ ПРИ ВЫБОРЕ МЕТОДА
ЛЕЧЕНИЯ ЭКВИНУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ СТОПЫ У БОЛЬНЫХ
С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ
Ф.Ш. Хамроев, Б.К. Истамов 343

БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАРДА УЗУН НАЙСИМОН СУЯКЛАРНИНГ
СУЯК МИНЕРАЛ ЗИЧЛИГА ФОНИДА СИНИШЛАРИНИ ДИАГНОСТИКАСИ
ВА ДАВОЛАШДА БИЗНИНГ ТАЖРИБАМИЗ
Ходжанов И.Ю., Умаров Ф.Х., Матанов З.М. 344

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОБОЖЖЕННЫХ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА
Б.Н. Холмурадов, Ф.О. Темиров 345

БОЛАЛАРДА ҚОРИН БЎШЛИҒИ ЁПИҚ ЖАРОҲАТИНИНГ ЭРТА ТАШХИСОТИ
ВА ДАВОЛАШДА ЭНДОВИЗАЛ ХИРУРГИЯНИНГ РОЛИ
С.С. Худойбердиев, Ш.Н. Соатмуродов, А.А. Яриев,
У.Х. Назаров, И.Х. Ашуров, М.Э. Кувондиков 345

A CLINICAL CASE OF FATAL GOODPASTURE SYNDROME IN YOUNG MAN
Sharapov O. 346

ДЕТСКАЯ КАТАТРАВМА
Л.Ш. Шевкетова, Д.М. Хакимов, У.Н. Бобаев 347

БОЛАЛАРДА БИЛАК СУЯКЛАРИНИНГ СИНИШЛАРИДА КАМИНВАЗИВ
УСУЛЛАРДА ДАВОЛАШНИНГ АФЗАЛЛИГИ
Эрметов А.Т., УсаровХ.Р., Махмуров А.М. 348

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИИ
У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
А.Т. Эрметов, А.М. Ходжибаев, Г.А. Максумов 349

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ
У ДЕТЕЙ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
М.Л. Юдина, Т.П. Макарова, Ю.С. Мельникова 349

ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ФЛОРЫ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ
У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЯХ
Б.А. Янгиев, Д.Ю. Ахмедова, А.А. Махамматов 351