Министерство здравоохранения Республики Узбекистан
Ассоциация врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана

SHOSHILINCH TIBBIYOT AXBOROTNOMASI

Ilmiy-amaliy jurnal

2016, IX (2)

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

Рецензируемый научно-практический журнал

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

включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ)

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

Главный редактор: ХАДЖИБАЕВ Абдухаким Муминович, профессор, д.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ (Ташкент):

М.Ж. АЗИЗОВ, Р.Н. АКАЛАЕВ, Х.А. АКИЛОВ, А.В. АЛИМОВ, Б.К. АЛТЫЕВ, А.И. ИКРАМОВ, Ш.И. КАРИМОВ, К.Э. МАХКАМОВ, Ф.Г. НАЗЫРОВ, З.М. НИЗАМХОДЖАЕВ, К.С. РИЗАЕВ (зам. главного редактора), ДЖ.М. САБИРОВ, Б.И. ШУКУРОВ (ответственный секретарь)

МЕЖДУНАРОДНЫЙ РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

В.Е. Аваков (Ташкент)
Р.М. Агаев (Баку, Азербайджан)
М.М. Акбаров (Ташкент)
Ф.А. Акилов (Ташкент)
Ф.Б. Алиджанов (Ташкент)
Д.А. Алимов (Ташкент)
Х.П. Алимова (Ташкент)
А.Л. Аляви (Ташкент)
Ш.К. Атаджанов (Ургенч)
Д.И. Ахмедова (Ташкент)
С.Ф. Багненко (С.-Петербург)
С.М. Бегалиев (Нукус)
Е.М. Борисова (Ташкент)
Н. Гаджиев (Баку)
Victoria Garib (Vienna, Austria)
Б.Г. Гафуров (Ташкент)
Б.Т. Даминов (Ташкент)
С.А. Кабанова (Москва)
Г.М. Кариев (Ташкент)
М.Л. Кенжаев (Ташкент)
Р.Д. Курбанов (Ташкент)
Б.А. Магрупов (Ташкент)
Ю.Р. Маликов (Навои)
И.П. Миннуллин (С.-Петербург)
А.Г. Мирошниченко (С.-Петербург)
Jannicke Mellin-Olsen (Rud, Norway)
В.В. Мороз (Москва)
О.Б. Оспанов (Астана)
В.Е. Парфенов (С.-Петербург)
Ю.С. Полушин (С.-Петербург)
Э.А. Сатвалдиева (Ташкент)
Ш.Б. Тогаев (Карши)
А.Д. Фаязов (Ташкент)
Juha Hernesniemi (Helsinki, Finland)
М.Ш. Хубутия (Москва)
В.Х. Шарипова (Ташкент)
А.М. Шарипов (Ташкент)
А.Ф.Черноусов (Москва)
А.Т. Эрметов (Наманган)

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

Адрес редакции: 100115, Узбекистан, Ташкент, ул. Фархадская, 2. Тел.: (99871) 1504600, 1504601. E-mail: shta@minzdrav.uz

ISSN 2010-9881 Индекс подписки 1214

Тираж 3600. Формат 60x84 1/8. Усл.печ.л. 29,76. Заказ № 16-337.

Отпечатано в издательско-полиграфическом творческом доме «O'zbekiston»

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

Ислам Каримов

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

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: ҚОН-ТОМИР ТИЗИМИНИНИНГ ЎТКИР КАСАЛИКЛАРИ ВА ШИКАСТЛАНИШЛАРИДА ДИАГНОСТИКА, ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКА МАСАЛАЛАРИ»

13-Республика илмий-амалий анжуманнинг материаллари

(Тошкент, 2016 й. 27 май)

Материалы

13-й Республиканской научно-практической конференции

«Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: ОСТРЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ТРАВМЫ СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ – ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ»

(Ташкент, 27 мая 2016 г.)

Ташкент – 2016

Генеральный спонсор

EVER NEURO PHARMA

Главный спонсор

ARTERIUM

Спонсоры

БЕРЛИН-ХЕМИ МЕНАРИНИ

ООО "MODERN MEDICINE ALLIANCE"

SAM pharmaceuticals

NOBEL

TURBO PHARM
ОСОБЕННАЯ ФАРМАЦЕВТИКА

JURABEK Laboratories Ltd

НИЖФАРМ
ГРУППА КОМПАНИЙ SIADA

Takeda

Medial

CPH Ташкент
BV CHEMIE PHARMACIE HOLLAND
Представительство в Узбекистане

Фармак

I. ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ТРАВМАХ СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ТРАВМАХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В УЗБЕКИСТАНЕ

Хаджибаев А.М., Юлдашев А.А., Алимов Д.А., Шукуров Б.И.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В Республике Узбекистан охрана здоровья населения, формирование гармонично развитого здорового поколения являются стратегической целью государства, условием его национальной безопасности и важной составляющей поддержания здорового трудового потенциала страны. За годы независимости в Узбекистане по инициативе главы государства осуществляются широкомасштабные реформы, направленные на предоставление народу качественной и надежной медицинской помощи, совершенствование работы лечебных учреждений в соответствии с современными стандартами, подготовке высококвалифицированных кадров с высоким профессиональным потенциалом. Достигнуты весомые результаты в оказании экстренных медицинских услуг на уровне мировых стандартов, активно развивается отечественная фарминдустрия, создана мощная и эффективная система предотвращения опасных инфекционных заболеваний, повсеместно создаются региональные высокотехнологичные диагностические центры, активно работают специализированные медицинские центры, оснащенные современным оборудованием.

Особо следует подчеркнуть весомые результаты, достигнутые в оказании экстренных медицинских услуг. Как известно, основой создания Службы экстренной медицинской помощи Республики Узбекистан стал Указ Президента УП №2107 от 10.11.1998 «О Государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан». Основными ее задачами были определены оказание гарантированной государством бесплатной, доступной и качественной неотложной медицинской помощи во всех регионах и для всех слоев населения страны.

В настоящее время в Узбекистане создана уникальная, не имеющая аналогов в мире, организационная структура службы экстренной медицинской помощи, состоящей из головного многопрофильного центра экстренной медицинской помощи в городе Ташкенте и его 12 филиалов в каждом регионе страны. Кроме того, в 172 населенных пунктах страны созданы отделения экстренной медицинской помощи при районных медицинских объединениях. В состав службы экстренной медицинской помощи входят также Служба скорой помощи «103» и медицинские подразделения защиты населения при чрезвычайных ситуациях.

В стационарах СЭМП развернуто 8300 коек, что составляет 8% от всех коек системы здравоохранения Узбекистана, однако на этих койках ежегодно обслуживаются 17% всех стационарных больных страны – это свыше 2 миллионов пролеченных больных ежегодно. Еще около 7 млн граждан обращаются в скорую медицинскую помощь. В системе работают около 60 тысяч сотрудников, из них более 8 тыс. – врачи различных специальностей.

В современных условиях все более значимое место в системе оказания экстренной медицинской помощи занимают заболевания и травмы сердечно-сосудистой системы. В стационарных подразделениях СЭМП для оказания высокотехнологичной экстренной медицинской помощи развернуто 3825 специализированных коек, из них кардиологических – 285, ангиохирургических – 65, и при РНЦЭМП функционирует 10 кардиохирургических коек. Кроме того, большую часть больных отделений неврологии (на 295 коек) и немалую долю пациентов отделений нейрохирургии (также на 295 коек) составляют лица с ишемическими и геморрагическими нарушениями мозгового кровообращения.

Головное учреждение СЭМП Узбекистана – РНЦЭМП – является учебной базой для подготовки специалистов для региональных подразделений службы. Через институты клинической ординатуры, аспирантуру и докторантуру по наиболее востребованным в региональных подразделениях службы специальностям (хирургия, сосудистая хирургия и микрохирургия, торакальная хирургия, травматология, нейрохирургия, терапия, кардиология, неврология, педиатрия, патологическая анатомия и др.) подготовлены и направлены на работу на места 682 клинических ординатора, в том числе кардиологов – 96, невропатологов – 57, нейрохирургов – 38 и ангиохирургов – 12. По наиболее актуальным проблемам экстренной медицины успешно защитили диссертационные работы 35 аспирантов и 6 докторантов, в том числе по проблемам ургентных сердечно-сосудистых осложнений – 4 ангиохирурга, 6 кардиологов, 3 невропатолога и 1 нейрохирург.

Учитывая специфику и сложность специальности «сердечно-сосудистая хирургия», постдипломная подготовка по данному профилю в республике в настоящее время осуществляется через двухступенчатую систему: первая ступень – трехгодичная магистратура по специальностям «хирургия», затем специализация в форме профессиональной переподготовки по направлению «сердечно-сосудистая хирургия». Схожая двухступенчатая система внедрена для подготовки специалистов по «интервенционной радиологии». На сегодня в СЭМП работают 33 ангиохирурга, 4 кардиохирурга, 16 интервенционных радиологов, 148 кардиологов, 129 неврологов и 136 нейрохирургов, которые

оказывают специализированную высокотехнологичную помощь при различных ургентных заболеваниях и травмах сердечно-сосудистой системы.

Экстренная ангио- и микрохирургическая служба является одной из неотъемлемых составляющих частей всей неотложной медицинской помощи. Одними из наиболее сложных являются больные с открытыми и закрытыми переломами конечностей в сочетании с повреждениями магистральных сосудов. Всего за весь период работы СЭМП ангиохирургическая помощь оказана 5189 пострадавшим. Причем, количество экстренных реконструктивно-восстановительных операций на магистральных сосудах по поводу травм из года в год неуклонно растет. Так, если в 2001 г. их было 267, то в 2015 г. – уже 472 (рост на 176,8%). Кроме того, за указанный период выполнены 360 реплантаций сегментов конечностей по поводу их травматического отчленения с показателем удачных исходов 84%.

Еще одной сложной в плане сохранения поврежденной конечности являются так называемые «перчаточные ампутации», при которых успешно выполнены кожно-костные реконструкции у 57 больных.

Больных с острой артериальной патологией (тромбозами и эмболиями) за все годы работы было пролечено 3415, причем, если в 2002 г. их было 142, то за последний 2015 г. – уже 334 (235,2%).

За последние годы отмечается устойчивая тенденция к росту числа обращений с тромбозами магистральных вен, при которых мы стали широко применять активную хирургическую тактику с применением открытой и катетерной тромбэктомии, пликации и клипирования нижней полой вены, эндоваскулярной имплантации кава-фильтров, направленных на раннее восстановление венозного оттока и профилактику ТЭЛА. С экстренной венозной патологией всего было пролечено 13558 больных.Причем, если в 2002 г. их было 627, то в 2015 г. – уже 1890 (301,4%), с соответствующим ростом оперативной активности с 15,6 до 36,7%.

Одну из наиболее сложных категорий ургентных больных составляют лица с острыми поражениями брюшной аорты и ее ветвей. С 2002 г. по поводу острой окклюзии брюшной аорты, ее ветвей и разрывов аневризм выполнено 393 реконструкции. Ежегодное число реконструктивно-восстановительных операций при указанных состояниях колебалось от 14 (в 2002 г.) до 46 (в 2010 г.), составляя в среднем 26.

Немалую долю экстренных больных занимают пациенты с мозговыми инсультами, которые ежегодно развиваются не менее чем у 5,6–6,6 млн человек в мире, в том числе более чем у 40 тыс. человек в Узбекистане. Среди видов инсульта преобладают ишемические поражения мозга, на долю которых приходится до 80% от всех случаев острого нарушения мозгового кровообращения. Пациенты, поступившие в РНЦЭМП и его филиалы в первые 3 ч заболевания, являются кандидатами на проведение внутривенного тромболизиса. Пациенты, поступившие позднее (упущено «терапевтическое окно»), обследуются на предмет возможности проведения интраартериального тромболизиса (ИАТ) и других методов реперфузии.

В настоящее время РНЦЭМП обладает приоритетом в развитии ургентной хирургии сонных артерий. Всего за 15 лет в РНЦЭМП выполнено 322 вмешательства на сонных артериях у больных с острым неврологическим дефицитом. При этом открытых каротидных эндартерэктомий было сделано 95 (29,5%), из которых с синтетической заплатой 63 и из аутовены у 32. Эверсионных эндартерэктомий произведено 196 (61%), резекций с редрессацией и реплантацией при кинкинге – 11 (3,3%). Накопленный клинический опыт выполнения каротидной эндартерэктомии позволил существенно расширить показания для хирургической реваскуляризации головного мозга при целом ряде клинических ситуаций, таких как повторяющиеся и нарастающие ТИА, острый или повторный инсульт, «инсульт в ходу» — когда клиника усиливается по типу линейной прогрессии, «персистирующая прогрессия инсульта», а также острая окклюзия ВСА.

В республике ежегодно регистрируются почти 76 тыс. случаев нестабильных форм ИБС, из них у более чем 14 тысяч диагностируется ОКС, около 11 тысяч из которых госпитализируются в стационары СЭМП. Согласно утвержденному национальному протоколу обязательным компонентом ведения больных ОКС с подъемом ST является проведение реперфузионной терапии, в первую очередь – тромболитической терапии. Реализация этого протокола стала возможной благодаря централизованному закупу тромболитических препаратов Министерством здравоохранения Республики Узбекистан. В настоящее время уровень охвата тромболитической терапией больных ОКС с подъемом ST в РНЦЭМП и его областных филиалах в среднем составляет 79,9%, что благоприятно отразилось в существенном снижении летальности у этой категории больных с 15,4 до 11,2%, а также сокращении сроков пребывания в стационаре с 7,2 до 5,8 дней.

Согласно лечебно-диагностическим стандартам РНЦЭМП, больные с высоким и средним риском неблагоприятных сердечно-сосудистых событий должны подвергаться экстренной и отсроченной коронарной ангиографии, по результатам которой выполняются ангиопластика, стентирование венечных сосудов или же аортокоронарное шунтирование. Кроме того, в ежедневную практику высокотехнологичной экстренной медицинской помощи внедрены такие современные методы лечения, как баллонная ангиопластика и стентирование периферических артерий с критической ишемией нижних конечностей, установка cava-фильтров с целью профилактики ТЭЛА, освоены методы эндоваскулярной катетерной тромбэктомии и баллонной тромбоэкстракции. В частности, за время функционирования отделения ангиографии РНЦЭМП (с 2007 г.) всего выполнено 7653 коронарографии, в том числе 4063 (53,1%) лечебных интервенционных вмешательств (стентирование коронарных артерий – 2297, баллонная ангиопластика – 2063) с общей госпитальной летальностью 0,37%.

За период с 2010 по 2016 г. в отделении кардиохирургии оперировано 546 больных с ишемической болезнью сердца. В первый период (2010-2013 гг.) 93% больных оперированы в условиях искусственного кровообращения, а в настоящее время 96% АКШ проводятся на работающем сердце. В настоящее время показания к проведению хирургического лечения существенно расширились: практически сняты ограничения по возрасту, величине фракции выброса, наличию осложнений инфаркта миокарда и поражений других сосудистых бассейнов и структур сердца. В 92% случаев (502 больных) операция производилась по экстренным и отсроченно-экстренным показаниям, у 5,6% больных оперативное вмешательство производилось на фоне острого инфаркта миокарда. Индекс шунтирования составил 3,1, госпитальная летальность – 3,3%.

Таким образом, организационная структура СЭМП с разветвленной сетью специализированных отделений ангиохирургии, кардиохирургии, кардиологии, неврологии и нейрохирургии, оснащение службы современным медицинским оборудованием, надлежащее кадровое обеспечение открыли новые перспективы в создании замкнутого цикла специализированной высокотехнологичной помощи больным со всевозможными острыми заболеваниями и травмами сердечно-сосудистой системы во всех регионах страны.

ОСОБЕННОСТИ ТРАНСПОРТИРОВКИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОГО ФИЛИАЛА РНЦЭМП

Аббосхонов Г.Х., Давлатёров М.Р.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Среди всех причин смертности политравма занимает третье место, а в группе лиц моложе 45 лет выходит на первое место. В последнее время структура травматических повреждений претерпела значительные изменения. В связи с увеличением случаев производственного, бытового и дорожного травматизма на первый план вышли тяжелые множественные и сочетанные травмы. Вследствие крайней степени тяжести состояния пациенты с политравмой с места происшествия госпитализируются в ближайшие лечебно-профилактические учреждения, в подавляющем большинстве случаев – в неспециализированные. Отсутствие современных лечебно-диагностических возможностей и квалифицированных кадров обусловливают высокий уровень летальности (до 60%), который почти в три раза выше, чем в многопрофильных специализированных учреждениях (21-22%).

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

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

Материал и методы. В исследование включены 45 пациентов в возрасте от 20 до 61 года (средний возраст 41,5±1,7 года), которые были разделены на две сопоставимые группы: исследуемая группа – 20 пациентов, контрольная – 25. Для определения тяжести травматического шока использовали шоковый индекс Альговера. Все пострадавшие были транспортированы из других неспециализированных лечебных учреждений Ферганской области в первые сутки с момента травмы. Среднее время транспортировки – 70±10 мин.

Нами разработан способ транспортировки пациентов с политравмой с использованием в качестве основного компонента инфузионной терапии гидроксиэтилкрахмала. Пациентам исследуемой группы инфузионная терапия проводилась по разработанной методике. Доза гидроксиэтилкрахмала (от 10 до 35 мл/кг массы тела) зависела от степени выраженности травматического шока. Больным контрольной группы инфузионная терапия проводилась по традиционной методике (кристаллоиды, декстраны). С целью иммобилизации поврежденных сегментов нижних конечностей и таза использовали противошоковые пневматические шины. Всем пациентам перед укладкой в пневматические шины проводилось обезболивание наркотическими анальгетиками (промедол 2% 1 мл в/м или морфин 1% 1 мл в/м). При необходимости во время транспортировки проводили дополнительное обезболивание наркотическими анальгетиками. Интенсивная терапия начиналась с этапа подготовки пациента к транспортировке и продолжалась весь период транспортировки. Во время транспортировки проводился мониторинг АД, ЧСС, ЧД, сатурация O_2, ЭКГ, контроль диуреза.

Результаты. Перед проведением транспортировки достоверных различий по исследуемым показателям центральной гемодинамики не было. В контрольной группе во время второго часа транспортировки и после транспортировки показатели АД, УО были достоверно ниже, чем у пострадавших исследуемой группы. Показатели дыхания, гемодинамики на фоне проводимой терапии увеличились в обеих группах, и хотя достоверных различий по этим показателям не наблюдалось, в исследуемой группе в течение всего периода транспортировки они были выше, чем в контрольной. Показатели сатурации O_2 в исследуемой группе были достоверно выше уже с первого часа транспортировки, причем эта дина-

мика сохранялась до конца транспортировки. Достоверное различие между группами по показателю ЧСС наблюдалось весь период транспортировки, при этом в исследуемой группе этот показатель был ниже. Анализ гемодинамических показателей пациентов обеих групп выявил более быструю их нормализацию в исследуемой группе. Летальных исходов во время транспортировки не было.

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

ОШИБКИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ОТКРЫТЫХ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ КИСТИ И ПРЕДПЛЕЧЬЯ

Амонкулов З.К., Умаров О.М., Усманов Б.С., Эркабоев А.К., Хомиджонов И.Б.
Ферганский филиал РНЦЭМП

В последние десятилетия наблюдается тенденция к повышению тяжести травм, что связано с увеличивающимся уровнем дорожно-транспортного травматизма, распространением на производстве и в быту машин и механизмов, обладающих высокой кинетической энергией (Афанасьев Л.М. и др., 2002; Леменев В.Л. и др., 2005 и др.).

Сложность диагностики и лечения тяжелой травмы верхних конечностей с повреждениями костей, сосудов, нервных стволов, дефектом тканей заключается в том, что абсолютное большинство из них сопровождается шоком, кровопотерей и ишемией дистальных сегментов. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в ангиохирургии и травматологии, сохраняется высокая частота ампутаций конечностей, а также летальности.

Оказание медицинской помощи на месте происшествия не в полном объеме, неадекватное обезболивание, транспортировка пострадавших без качественной иммобилизации приводят к резкому ухудшению их состояния. Неправильное наложение жгута, недоставка отчлененного ампутата, использование для иммобилизации подручных средств доказывает отсутствие у медперсонала необходимой постоянной готовности к оказанию помощи пострадавшим с тяжелой травмой верхних конечностей с повреждением костей, сосудов, нервных стволов и дефектом тканей. Сокращение времени оказания догоспитальной медицинской помощи и транспортировки пострадавшего в специализированный стационар при тяжелой травме верхних конечностей является важным условием сохранения его жизни, дальнейшего течения и исхода повреждения.

За истекшие 10 лет нами оказана помощь 980 больным с травмой предплечья и кисти, из них мужчин было 803 (82%), женщин – 132 (13,5%), детей 45 (4,5%). Средний возраст больных 27 лет.

У 176 (18,0%) из 980 пострадавших были выявлены диагностические и тактические ошибки, допущенные на догоспитальном этапе:

– наложение жгута на конечность при отсутствии необходимости, в частности при повреждении только венозных сосудов, когда гемостаз может быть обеспечен хорошо наложенной давящей повязкой;

– наложение «венозного» жгута опять же при повреждении венозных сосудов, что усиливало кровотечение и приводило к геморрагическому шоку;

– отсутствие или неправильная иммобилизация предплечья и кисти при тяжелых ее повреждениях;

– недоставка или неправильная доставка отчлененных пальцев, сегментов кисти или скальпированной кожи;

– неадекватное обезболивание больных с тяжелой травмой кисти.

У 25 (14%) из 176 больных, при оказании помощи которым на догоспитальном этапе были допущены различные ошибки, отмечалось нагноение послеоперационной раны, у 11 (6,3%) функция кисти не была восстановлена, у 5 (2,7%) имели место стойкие трофические нарушения пальцев.

Выводы. Оказание на догоспитальном этапе помощи пострадавшим с тяжелой травмой нижних конечностей с повреждением костей, сосудов, нервных стволов и дефектом тканей имеет большую актуальность и, несмотря на значительный прогресс клинической медицины, вопросы догоспитальной помощи окончательно не решены. Результаты лечения во многом определяются своевременностью и правильностью оказания помощи данному контингенту больных на догоспитальном этапе.

СТРУКТУРА ЛЕТАЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Артиков Д.Д., Киреева И.В., Марковская Ю.И.
Патологоанатомическое бюро г. Ташкента

Проведен анализ причин больничной летальности детей первого года жизни с хирургической патологией за 3 года (2013-2015 гг.) по клинической детской больнице (ГКДБ) №1 города Ташкента. ГКДБ №1 является многопрофильным стационаром с хирургическим отделением для новорожденных и детей старшего возраста. В отделения новорожденных дети поступают из родильных комплексов города Ташкента.

Из 44899 детей, находившихся на лечении в ГКДБ в этот период, хирургическая патология зарегистрирована у 4277 (9,5%). Детей в возрасте до 1 года было 250 (6%). 182 (73%) из них прооперированы, 68 (27%) не оперированы из-за тяжести состояния, обусловленной множественными врожденными полиорганными аномалиями развития (19%), запоздалой диагностикой патологии, нуждающейся в экстренном хирургическом оперативном вмешательстве. Детей первого года жизни было 12901. Всего умерли 374 ребенка, в том числе в возрасте до 1 года 346 (93%), из них с хирургической патологией 97 (26%). У 56 (58%) детей были врожденные пороки развития (ВПР), по

поводу которых больные по жизненным показаниям нуждались в хирургической коррекции. У 31 (55%) ребенка была врожденная атрезия различных отделов желудочно-кишечного тракта, преимущественно тонкого и толстого кишечника. Изолированные ВПР: кишечная непроходимость вследствие нарушения ротации, физиологической незрелости кишечника с синдромом Ледда встречалась у 11 (12%) детей, болезнь Гиршпрунга – у 3 (3%), атрезия пищевода – у 2 (2%), атрезия желчевыводящих путей – у 2 (2%), спинномозговая грыжа – у 7 (8%), септическое поражение кишечника с язвенно-некротическим энтероколитом – у 23 (24%), инвагинация кишечника – у 3 (3%), эмбриональная грыжа – у 6 (6%), спаечная кишечная непроходимость с врожденными межорганными эмбриональными спайками брюшной полости – у 6 (6%), ятрогенная перфорация желудка – у 3 (3%).

В возрасте от 1 до 7 дней было 9 (9%) детей, от 7 дней до 1 месяца – 52 (54%), от 1 месяца до 1 года – 36 (37%). Высокая летальность детей с хирургической патологией первого месяца жизни (61 случай, 63%) обусловлена сочетанными множественными пороками развития, отягощенными внутриутробными инфекциями. В 27 случаях из них имели место септические поражения желудочно-кишечного тракта, у 34 детей были врожденные аномалии развития желудочно-кишечного тракта. Из 36 умерших детей в возрасте от 1 месяца до 1 года с ВПР было 6 (17%), кишечной непроходимостью (спаечная болезнь, инвагинация кишечника, ущемленные грыжи) – 11 (31%). Септические поражения выявлены в 19 (53%) случаях.

Смертность детей в раннем послеоперационном периоде за 3 года составила 15%. Послеоперационные осложнения (несостоятельность швов, перитонит, эвентрация кишечника и др.) выявлены в 14 (14,4%) случаях.

Таким образом, из полученных данных следует, что 58% смертельных исходов приходится на случаи с врожденными пороками развития. 27% детей не были своевременно прооперированы из-за запоздалой диагностики и тяжелого состояния вследствие развившихся осложнений и присоединения септического полиорганного поражения. Расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов в данной категории зарегистрированы в 4% случаев.

ЧАСТОТА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ ПО ДАННЫМ АУТОПСИИ

Асамов Р.Э., Шукуров Б.И., Йулдошев А.Х., Асамова А.Р., Вервекина Т.А., Мадиев Р.З.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Оказание медицинской помощи больным с острыми венозными тромбозами и тромбофлебитами системы нижней полой вены (НПВ) является актуальным вопросом сосудистой хирургии, что связано с возникающими сложностями своевременной диагностики и, нередко, трагичностью последствий. Ежегодная частота его возникновения составляет 100-160, а фатальная тромбоэмболия 60 случаев на 100000 населения. Смертность от тромбоэмболических осложнений в популяции колеблется от 2,1 до 6,2%.

Оценка показателя прижизненной диагностики ТЭЛА в разрезе различных профильных отделений РНЦЭМП (кардиологии, терапии, неврологии и хирургического корпуса) проводилась путем ретроспективного анализа протоколов вскрытия умерших пациентов. Всего за период 2003-2014 гг. патологоанатомическому исследованию подвергнуто 6166 умерших больных, из них в 517 (8,4%) случаях констатировано наличие ТЭЛА.

ТЭЛА как основная причина смерти констатирована у 345 (66,7%) умерших, у остальных 172 (33,3%) пациентов имело место поражение ветвей легочных артерий на фоне другого сопутствующего фатального заболевания.

Две трети (67,2%) случаев ТЭЛА приходилось на умерших терапевтического профиля – из отделений кардиологии, терапии и неврологи. В хирургическом корпусе основная часть случаев тромбоэмболии выявлена у умерших с экстренной абдоминальной патологией (24,7% от всех вскрытий), а у умерших с сосудистой патологией и заболеваниями органов малого таза тромб в легочной артерии обнаруживали соответственно в 6,2% и 1,4% случаях.

У умерших больных в более чем половине случаев (53,0%) выявляли эмболию легочного ствола и главных легочных артерий, у $^1/_3$ пациентов (32,8%) – поражение на уровне сегментарных артерий и только в каждой шестой аутопсии (14,2%) обнаруживали тромб в просвете промежуточной и долевых артерий.

Массивная ТЭЛА с двусторонней обтурацией легочных артерий констатирована у 136 (26,3%) умерших, изолированное поражение артерий правого и левого легкого встречались примерно с одинаковой частотой – соответственно 39,2% и 34,5%. Интересным представляется зависимость частоты фатальной ТЭЛА (n=321) от погодных условий. По мере похолодания погоды – начиная с октября месяца – заметно уменьшается частота летальных исходов от тромбоэмболического синдрома. С потеплением погоды – с марта месяца, когда температура воздуха в Узбекистане превышает 30°С – увеличивается число фатальной ТЭЛА: 221 (68,8%) случай из 321 с массивной тромбоэмболией приходится на период с марта по сентябрь.

Девятилетнее наблюдение частоты ТЭЛА в условиях РНЦЭМП указывает на почти восьмикратный рост числа этого грозного осложнения. При этом уровень прижизненной диагностики ТЭЛА остается крайне неудовлетворительным, составляя 38,0%. Две трети (67,2%) случаев ТЭЛА приходилось на умерших терапевтического профиля, у больных хирургического профиля тромбоэмболический синдром чаще наблюдается после операций на органах брюшной полости. ТЭЛА в $^3/_4$ случаев имеет фатальный характер, у остальных

$^1/_4$ умерших пациентов имело место поражение ветвей легочных артерий на фоне другого сопутствующего фатального заболевания (нефатальная ТЭЛА).

Сложившаяся ситуация обусловливает необходимость совершенствования организационных и лечебно-диагностических мероприятий по профилактике и раннему выявлению эмболоопасных флеботромбозов, внедрению более радикальных и надежных способов профилактики ТЭЛА.

ВЛИЯНИЕ РЕЗКОКОНТИНЕНТАЛЬНОГО КЛИМАТА И СЕЗОНА ГОДА НА ЧАСТОТУ ОБРАЩАЕМОСТИ ПО ПОВОДУ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Байкузиев У.К., Маматкулов Х.А., Махмудов Н.И.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Известно, что многие заболевания зависят от сезона года, а также от биоритмов и суточных ритмов. Сезонные изменения, метеорологические и суточные изменения значительно влияют на показатели сыворотки крови, зачастую отмечаются колебания показателей общего холестерина, активности коагуляционной системы крови, что в свою очередь влияет на состояние сердечно-сосудистой системы. Климат Узбекистана – резкоконтинентальный, лето в этом регионе жаркое, а зима зачастую холодная. В связи с этим исследования сезонности важны для подготовки к обращению больных с инфарктом миокарда (ИМ), число которых увеличивается на пике температурных перепадов погоды, что имеет особое значение для планирования качественной помощи.

Цель. Изучение сезонной частоты обращаемости населения по поводу инфаркта миокарда.

Материал и методы. В течение 2010-2015 гг. с диагнозом ИМ обратились 1628 больных, средний возраст 53,4±1-2 года. Медиана наблюдения – 60 месяцев (5 лет), конечная точка обращаемости с инфарктом миокарда – январь 2016. Исключены обращения с ОКС с трансформацией на нестабильную и стабильную стенокардию. Статистический анализ проведен на базе архивных данных и отчетности по ИМ ФФ РЦЭНМП за 5 лет.

Результаты. Для выявления связи между сезонностью и частотой обращаемости случаев ИМ при помощи статистических анализов и отчетности вначале изучалась равномерность распределения частот обращения по месяцам, затем по временам года, в результате чего было выявлено, что наблюдаемые частоты обращения с ИМ отличаются от ожидаемых, и изучаемое заболевание имеет сезонный характер. Как показало изучение частоты случаев ИМ по месяцам, максимальный уровень отмечался в мае – 72% от всех зарегистрированных случаев ИМ, минимальный – в феврале 5,5%. Выявлены критические месяцы по максимальному количеству зарегистрированных месяцев случаев ИМ: май и январь, а также помесячная зависимость количества обращения ИМ (май 2010 г. 63%, 2011 г. 60%, 2012 г. 64%, 2013 г. 67%, 2014 г. 64%, 2015 г. 72%, январь 2010 г., 2011 г., 2012 г., 2013 г. 60%, 2014 г. 64%, 2015 г. 67%). При изучении частоты случаев ИМ по сезонам (календарные времена года) достоверных различий не выявлено.

Заключение. Очевидно, что существует корреляционная связь между частотой возникновения ИМ и сезоном года: в определенные месяцы года число случаев ИМ достигает своего максимума. Для выявления критичных месяцев по риску возникновения ИМ необходимо проведение подобного исследования с учетом уровней заболеваемости ИМ.

ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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

Тромболитическая терапия (тромболизис, ТЛТ) – вид фармакологической терапии, направленный на восстановление кровотока за счёт лизиса тромба внутри сосудистого русла. Скорейшее восстановление проходимости сосуда в первые часы и даже минуты развития заболевания – наиболее действенный способ уменьшить риск смерти, неблагоприятных исходов, а также возможность сохранить трудоспособность у больных с инфарктом и инсультом. Поэтому встает вопрос о проведении ТЛТ на догоспитальном этапе оказания скорой медицинской помощи (СМП). Актуальность проблемы подтверждают и данные летальности в машине СМП у больных с острым и повторным инфарктом миокарда (ОИМ) и острыми цереброваскулярными болезнями (ОЦВБ) с колебаниями за последние 5 лет от 0,14 до 0,22%. В настоящее время во многих странах это обыденная процедура, которая позволяет спасти жизнь больного и предупредить инвалидность. В Российской Федерации ситуация иная.

Частота проведения тромболизиса в РФ остается низкой (1,11% у больных с ОИМ и ОЦВБ, в том числе у 5,51% с ОИМ, 0,05% с ОЦВБ), но наметившаяся положительная динамика увеличения общего количества проведенных ТЛТ вселяет уверенность в успешном внедрении этой современной методики в работу СМП. Анализ показателей по острому и повторному инфаркту миокарда за 2010-2014 гг. показывает уменьшение числа больных с данной патологией в условиях СМП на 12,5% с 2010 г. (на 29,4 тыс. случаев) при возрастании частоты проведения ТЛТ с 2,8 до 5,5%. При этом в целом число проведенных тромболизисов при данной патологии выросло на 72,9% (с 6533 в 2010 г. до 11296 в 2014 г.). Даже по сравнению с 2012 г. в 2014 г. отмечается существенное увеличение частоты проведения ТЛТ при ОИМ и ОЦВБ: с 0,86 до 1,11% (t=19,23) и снижение летальности в условиях СМП при данной патологии с 0,22 до 0,15% (t=14,0).

Состояние по федеральным округам характеризуется большими различиями в показателях как числа

больных с ОИМ, так и случаев проведенной ТЛТ. По рейтингу частоты проведения тромболизиса у больных с ОИМ в лидерах Сибирский (6,1%), Уральский (5,5%) и Приволжский (5,3%) федеральные округи. Наименьшая частота проведения ТЛТ при ОИМ на догоспитальном этапе в Северо-Кавказском (2,2%) и Северо-Западном (3,8%) федеральных округах. Анализ частоты проведения ТЛТ по субъектам РФ показал еще большее разнообразие организационных подходов. Наряду с субъектами РФ, частота проведения ТЛТ в которых в 10 раз превышает общероссийский показатель, в значительной части субъектов РФ он был крайне низким, а в 13 (15,7%) субъектах по отчетам станций (отделений), больниц скорой медицинской помощи ТЛТ не проводилась вовсе. Лидерами в проведении тромболизиса на догоспитальном этапе стали Камчатский край, Республики Алтай, Бурятия, Магаданская, Оренбургская и Тюменская области. Таким образом, тромболитическая терапия внедрена в работу скорой медицинской помощи, тем не менее, частота проведения ее остается крайне низкой.

Одной из проблем широкого внедрения ТЛТ в работу СМП является высокая стоимость тромболитических препаратов, ограничивающая их закупки. Проблему эту решает разработка медико-экономических стандартов СМП на проведение ТЛТ с последующей тарификацией услуги, что позволит компенсировать затраты медицинской организации на проведение дорогостоящего лечения. Использование тарифа на проведение ТЛТ в субъектах РФ явилось стимулирующим фактором внедрения этой современной технологии в работу СМП, способствовало приведению алгоритма оказания медицинской помощи больным с ОИМ в соответствии с утвержденными стандартами, повышению качества оказания медицинской помощи данной категории больных: в субъектах с утвержденным тарифом в течение года число ТЛТ выросло на 39,9%, а частота ее проведения – на 50,8% (в Санкт-Петербурге – соответственно на 93,4 и 102,8%; $p<0,01$).

В регионах страны при расчете тарифов принимаются во внимание профиль бригады СМП, а также стоимость конкретного лекарственного препарата для тромболитической терапии. Такой подход позволяет не только внедрить дорогостоящую услугу в работу СМП, но и дифференцированно подходить к ее оплате, рационально использовать финансовые средства.

Важность вопроса подчеркивает и тот факт, что Постановлением Правительства Российской Федерации №1273 от 28.11.2014 г. в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи среди критериев доступности и качества медицинской помощи при оказании помощи больным с ОИМ впервые появился показатель «количество проведенных выездной бригадой СМП тромболизисов у пациентов с ОИМ в расчете на 100 пациентов с ОИМ, которым оказана медицинская помощь выездными бригадами СМП».

ОСТРЫЕ СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В СТРУКТУРЕ ВЫЗОВОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Барсукова И.М., Бумай А.О.
ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

Острые сосудистые заболевания являются лидирующей причиной смертности взрослого населения в России. Поэтому с 2008 г. Минздравом России в рамках нацпроекта «Здоровье» в регионах реализуется комплекс мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями. Основной целью программы является создание принципиально новой организационной структуры оказания экстренной медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения и острым коронарным синдромом, позволяющей своевременно обеспечить больного качественной медицинской помощью.

Немалая роль в снижении смертности населения от сосудистых заболеваний принадлежит службе скорой медицинской помощи (СМП), призванной оказывать медицинскую помощь в экстренной форме при состояниях, угрожающих жизни пациента. В этих случаях особое значение приобретает требование строгого соблюдения регламентированного порядка оказания СМП, следование клиническим рекомендациям (протоколам) и стандартам оказания медицинской помощи, а также схемам маршрутизации пациентов в медицинские организации стационарного типа. Помимо лечебно-диагностических мероприятий особое значение имеют организационно-тактические действия бригады СМП.

По данным Отраслевой статистической отчетности за 2010-2014 гг. сегодня более 1,0 млн больных в год обращаются в службу скорой медицинской помощи с острым и повторным инфарктом миокарда (ОИМ) и острыми цереброваскулярными болезнями (ОЦВБ), число случаев составляет 205,1 тыс. и 850,0 тыс. соответственно (2014 г.). Динамика за последние 5 лет показывает высокую частоту данной патологии на протяжении всего периода и даже небольшое увеличение числа случаев (0,05%) в 2014 г., что связано с рядом причин – уровнем состояния здоровья населения, демографическими причинами, совершенствованием диагностики и статистической отчетности на догоспитальном этапе оказания СМП. При этом следует отметить снижение летальности в условиях СМП при данной патологии с 0,22% (2012 г.) до 0,15% (2014 г.) ($t=14,0$).

Анализ показателей по острому и повторному инфаркту миокарда за 2010-2014 гг. показывает уменьшение количества больных с ОИМ в условиях СМП на 12,5% с 2010 г. (на 29,4 тыс. случаев). В то же время число ОЦВБ возросло на 3,7% (30,0 тыс.).

Состояние по федеральным округам характеризуется большими различиями в показателях, что обус-

ловлено численностью обслуживаемого населения, уровнем и структурой заболеваемости в регионах, организацией оказания скорой медицинской помощи больным сосудистыми заболеваниями (в том числе – наличием специализированных бригад СМП), развитием социальной и транспортной инфраструктуры, географическими, климатическими и демографическими особенностями, финансовой обеспеченностью региона, объемами закупок лекарственных препаратов для проведения тромболитической терапии и другими факторами.

В ходе федеральной программы по реализации мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями, достигнуто многое: в регионах отмечено снижение показателя смертности от болезней системы кровообращения и летальности больных с острым коронарным синдромом и цереброваскулярными болезнями. Результатами программы являются масштабные мероприятия по созданию и оборудованию региональных сосудистых центров (по итогам 2014 г. их насчитывалось 119 с коечной мощностью 12,7 тыс.) и первичных сосудистых отделений (383 и 19,8 тыс. соответственно), подготовке кадров, что сопровождалось повышением уровня госпитализации больных с острым коронарным синдромом и острыми цереброваскулярными болезнями, ростом числа проведенных вмешательств в созданных сосудистых центрах, проведенных консультаций нейрохирургов и кардиологов, в том числе выездным методом и с использованием телемедицинских технологий.

Масштабы и социальная значимость проблемы сосудистых заболеваний ведут к дальнейшему ее решению в рамках государственной программы «Развитие здравоохранения в Российской Федерации», стратегической целью которой является формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки.

ИТОГИ НАЦИОНАЛЬНОГО ГОДА БОРЬБЫ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Барсукова И.М.
ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

2015 год в Российской Федерации был объявлен Президентом В.В. Путиным Национальным годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 5 марта 2015 года № 367-р был утверждён План основных мероприятий по проведению Года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Обобщенная статистика Минздрава России отмечает достигнутые результаты: удалось добиться уверенных успехов в развитии медицинской помощи больными сердечно-сосудистыми заболеваниями. По итогам 2015 года ВОЗ внесла Россию в тройку стран, наиболее эффективно борющихся с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Нельзя не отметить, что отмечаемые в последние десятилетия снижение преждевременной смертности и рост продолжительности жизни связаны, прежде всего, с успешной реализацией программ общественного здоровья. Согласно экспертным оценкам, по меньшей мере 2/3 от срока, на который увеличилась средняя продолжительность жизни в XX веке, обусловлено успешной реализацией программ общественного здоровья, среди которых обеспечение безопасности дорожного движения и труда, борьба с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, сокращение потребления алкоголя и табака, а также снижение потребления соли и сахара. По данным ВОЗ, потребление алкоголя ассоциировано примерно с 6 % всей смертности в мире и около 5 % всего бремени болезней. Для сосудистых катастроф этот процент еще выше – до 25%.

За 10 лет в нашей стране смертность от сердечно-сосудистых заболеваний снизилась на 27%, за последние 5 лет – на 16%, инвалидность от сердечно-сосудистых заболеваний уменьшилась в 4 раза.

Таких результатов удалось достичь благодаря большой работе, проведенной в регионах страны. Она включала регулярный мониторинг показателей смертности по основным группам заболеваний, мониторинг работы участковых врачей-терапевтов и врачей общей практики, обслуживающих население Российской Федерации по территориально-участковому принципу. Непрерывный контроль работы позволил оперативно отслеживать недостатки организации медицинской помощи в первичном звене, в том числе у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Развитие системы региональных сосудистых центров, внедрение современной технологии стационарного этапа скорой медицинской помощи, укрепление материально-технической базы медицинских организаций, процессы информатизации и автоматизации здравоохранения, совершенствование схем маршрутизации пациентов, повышение доступности и качества экстренной медицинской помощи – вот слагаемые успеха. По словам Министра здравоохранения В.И. Скворцовой, *«выстроенная трехуровневая система оказания экстренной помощи в течение «золотого часа» позволила в четыре раза снизить инвалидность от сердечно-сосудистых заболеваний»*.

Эта работа позволила повысить информированность населения о факторах риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и о способах их избежать. Для привлечения внимания населения к проблемам, связанным с сердечно-сосудистыми заболеваниями и факторами риска их развития, региональными телевизионными каналами проведена трансляция более 4 тысяч роликов, вышло более тысячи телевизионных и радиопередач с ведущими специалистами в области сердечно-сосудистых заболеваний, около 4 тысяч

публикаций в региональных средствах массовой информации, проведено более 4 тысяч массовых мероприятий, а также более 60 тысяч информационно-образовательных мероприятий.

В итоге, за 12 месяцев 2015 года фиксируется снижение смертности от наиболее распространенных причин: от туберкулеза на 8,2 %, от болезней системы кровообращения на 3,4 %, от внешних причин на 5,5%, в том числе от ДТП – на 13,6 %, от болезней органов дыхания на 3,4 %.

По предварительной оценке Росстата, за 12 месяцев 2015 года продолжительность жизни россиян достигла 71,22 года (за 2014 год – 70,93 года). Мужчин – 65,81 (2014 г. – 65,29), женщин – 76,61 (2014 г. – 76,49 лет).

Достигнутые результаты позволяют с оптимизмом смотреть в будущее. Впереди еще большая работа. Верно выбранный вектор развития позволит достичь еще больших успехов.

CLEAN, FAST AND PRESERVING NORMAL ANATOMY: «THE HELSINKI REVOLUTION» IN MICRONEUROSURGERY

Kozyrev D.

After the senior author took chairmanship in Helsinki university Hospital in, he led the department into making neurosurgical operations much faster, safer and work ow more ef cient, and at the same time maintaining high surgical quality and results. The aim was to describe the phi- losophies and style of Helsinki Microneurosurgery. The philosophies of Helsinki neurosurgery are categorized into two concepts: The operation room TEAM concept and the main principle «Simple, clean, fast and respecting the normal anatomy». The way to be ef cient is to nd good methods based on logic, reason and experience. Speci c and systematic procedures before the microneurosurgery followed by high quality skills under the microscope are of utmost importance. Moreover, intraoperatively, neuroanesthesia has to provide good surgical conditions. Today, Helsinki University Central hospital Department of Neurosurgery has an annual work ow 3500 neurosurgical operations. We believe that microneurosurgical treatment remains to be important for years ahead, and neurosurgeons of great hearts, minds and skills are welcomed all over the world.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН

Зияев Ю.Н., Сайманов М.С., Мадреймов А.К.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Нукусский филиал РНЦЭМП

Течение заболеваний сердечно-сосудистой системы у мужчин и женщин имеет существенные различия. Более позднее появление ИБС наблюдается у женщин при нормальном течении климактерии; увеличение случаев ИБС и острого инфаркта миокарда (ОИМ) наблюдается у женщин с ранним наступлением менопаузы или после хирургического удаления яичников. Несмотря на то, что в целом у женщин меньше факторов риска заболеваемости ИБС в молодом возрасте, чем у мужчин, уже в среднем и тем более в пожилом возрасте, после наступления климакса, у женщин наблюдается более тяжелое течение ИБС, женщины чаще умирают от первого инфаркта миокарда или в течение первого года жизни после него. Так, по данным Национального института сердца, легких и крови, женщины в 3 раза чаще умирают после ангиопластики. Риски смерти после аортокоронарного шунтирования у женщин более чем в 2 раза выше, чем у мужчин. У женщин также чаще выявляются эпизоды безболевой ишемии миокарда, что становится причиной несвоевременной диагностики ИБС, ОИМ. По данным Rosamond, Folsom, 63% женщин, умерших от инфаркта миокарда, не имели типичных проявлений болезни. По данным ВОЗ, сердечно-сосудистые заболевания, в частности ОИМ, являются причиной смерти 45% мужчин и 55% женщин. Согласно статистике Всероссийского научного общества кардиологов, в 1997-2003 гг. у мужчин и женщин всех возрастов установлен значительный рост смерти от болезней системы кровообращения, и в первую очередь от ОИМ.

Цель. Выявление особенностей клинического течения ОИМ у женщин разных возрастных групп и совершенствование качества оказания кардиологической помощи населению.

Материал и методы. Использованы материалы отделения неотложной кардиологии Нукусского филиала (НФ) РНЦЭМП с 2008 по 2015 г. Исследование включало интерпретацию методом соотношения и сравнительный анализ.

Результаты. За изучаемый период поступили 630 больных с ОИМ в возрасте 35-80 лет, из них лиц женского пола 221 (35%). Все больные по показаниям получали антиангинальные и гипотензивные препараты, а также антикоагулянты и дезагреганты. В остром периоде ИМ больные принимали стандартную терапию, включавшую стрептокиназу, гепарин, внутривенно капельно в течение 1-3 дней с последующим переводом на подкожное введение, β-адреноблокаторы, и АПФ, аспирин, клопидогрель. ОИМ с зубцом Q зафиксировано у 441 (70,0%) больного, из них женщин 120 (27,0%). ОИМ без зубца Q установлен у 189 (30,0%), из них женщин 101 (53,4%). В возрасте от 31 года до 40 лет было 17 больных, из них женщин 3 (17,7%); 41-50 лет – 78, из них женщин 10 (12,8%); 51-60 лет – 190, из них женщин 50 (26,3%); 61-70 лет – 174, из них женщин 73 (42,0%); 71-80 лет – 143, из них женщин 71 (50,0%); старше 81 года – 28 больных, из них женщин 14 (50%).

Осложнения ИМ наблюдались у 237 больных, из них у женщин 78 (33,0%). Повторный ОИМ отмечался у 67 больных, из них женщин 17 (25,4%). Рецидивы наблюдались у 5 больных, из них 2 женщины.

Умерли 62 (10,0%) больных, в том числе 16 (2,5%) женщин.

Выводы. Среди пациенток с ОИМ преобладают женщины предклимактерического и постклимактери-

ческого возраста, т.к. в это время наблюдается дефицит эстрогенов, что диктует необходимость назначения заместительной гормонотерапии. С целью профилактики ОИМ женщин должен консультировать эндокринолог.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В АНДИЖАНЕ

Каримов У.Б., Эрлих А.Д., Мамасалиев Н.С.
Андижанский филиал РНЦЭМП,
Андижанский государственный медицинский институт

Согласно руководствам по лечению острого коронарного синдрома (ОКС), лечение у мужчин и женщин не имеет существенных различий. Однако на практике подходы к лечению у мужчин и женщин нередко разнятся. Причины этого не всегда понятны.

Цель. Оценка различий в клинических характеристиках и подходах к лечению ОКС у мужчин и женщин в когорте г. Андижана.

Материал и методы. Проанализированы данные, полученные в регистре ОКС, проводимом в г. Андижане (2010-2011 гг.). Сравнивали характеристики мужчин (n=414) и женщин (n=198).

Результаты. Анализ показал, что в изучаемой группе среди женщин доля лиц 65 лет и старше была достоверно больше, чем среди мужчин: 36,4% vs 24,4% (p=0,003). Среди женщин было достоверно больше тех, у кого в прошлом была стенокардия (82,3% vs 67,9%; p<0,001), артериальная гипертензия (68,7% vs57,7%; p=0,01), но было достоверно меньше тех, кто в прошлом перенёс инфаркт миокарда (17,7% v32,1%; p<0,001), у кого была гиперлипидемия (80,8% vs 93,2%; p<0,001), а также меньше тех, кто курил на момент развития ОКС (1,0% vs 69,3%; p<0,001). Время от появления симптомов до госпитализации у женщин была достоверно меньше, чем у мужчин (медиана 2,0 часа [1-2-й квартили 1,3-3,2]vs 2,5 часа [1,7-4,4]; p=0,006). Кроме того, при госпитализации женщины значительно чаще мужчин попадали в общую палату, а не в отделение интенсивного лечения (19,7% vs 35,1%; p<0,001). У женщин значительно реже, чем у мужчин был ОКС с подъёмами ST (1,5% vs 19,1%; p<0,001), реже признаки острой сердечной недостаточности – класс Killip>I (4,5% vs 9,2%; p=0,036), но значительно чаще – низкая (<40%) фракция выброса левого желудочка (53,0% vs 32,6%; p<0,001).

Женщины достоверно чаще мужчин получали аспирин в стационаре (56,1% vs 33,6% p<0,001) и при выписке (37,4% vs 22,9%; p<0,001), но достоверно реже двойную антитромбоцитарную терапию в стационаре (0,5% vs 19,8%; p<0,001) и при выписке (4,6; vs 14,3%; p<0,001).

Окончательный диагноз «острый инфаркт миокарда» был достоверно установлен у женщин по сравнению с мужчинами (17,7% vs 31,9%; p<0,001).

Частота смертельных исходов за время госпитализации у женщин и мужчин достоверно не различалась (1,5% vs 1,9%; p=0,9).

Заключение. Результаты настоящего анализа, сравнивающего клинические параметры у женщин и мужчин с ОКС, показывают, что выявленные различия в целом соответствуют традиционным тенденциям. Анализ также выявил разнонаправленные отличия в медикаментозной терапии женщин и мужчин с ОКС.

Полученные результаты позволяют сделать вывод, что среди пациентов с ОКС в г. Андижане исходы за время госпитализации связаны с совокупностью клинических и лечебных факторов, а половая принадлежность пациента, возможно, не оказывают прямого влияния на исход.

DEVELOPMENTS AND UPDATES OF EMS IN KOREA

Kang Hyun Lee, M.D. Jung Il Lee, E.M.T.
Wonju College of Medicine, Yonsei University, Wonju, Korea

Purpose: Emergency medicine has developed rapidly in South Korea in the past decade, giving Korea one of the most advanced systems of emergency medical care in Asia. The development of emergency medical services (EMS) is depending on the component of EMS structure. The purpose of this study is to evaluate the current situation and the great progress of emergency medical services (EMS) made in establishing emergency medicine as a specialty in Korea.

Method. We review the structure of EMS system in Korea. It also describes the many improvements implemented in academic emergency medicine, emergency patient care, and emergency medicine management systems. We describe the strengths and weaknesses of current Emergency Medical Systems (EMS) in the Korea and comment on future areas for improving and developing emergency

Result. Prehospital EMS is operated by the fire department in Korea, which is within the jurisdiction of the Ministry of Government Administration and Home Affairs. A dispatch center in the fire department receives all 119 emergency calls and then allocates them to an appropriate ambulance, a firefighter squad, or emergency medical technician (EMT) services. Prehospital medical provider in Korea has three classes providers, which include firefighters(1,854), first-grade EMTs(2,351), and second-grade EMTs(2,673). All 1,304 ambulances give the prehospital medical services. Total 1,454,375 cases prehospital mission was performed by the EMS ambulances in 2011. Currently, there are 3 levels of emergency care facilities: wide 21 regional emergency centers, 115 regional emergency centers, and 323 appointed emergency centers. An additional 5 trauma centers are also being designated and built. And 4 air ambulance which a boarding by the doctor will operate at this year.

Conclusion. The EMS in Korea is becomingconstantly evolving. Currently, trauma center and air ambulance system are in existence. To provide an optimal level of emergency care, there is a need to increase the number of emergency personnel in emergency center

and implement medical control oversight for the EMSS. Furthermore, efforts to improve the quality of the EMS are required.

EVALUATION OF EMERGENCY MEDICAL SERVICE SYSTEM IN TASHKENT, UZBEKISTAN

Tae ho Lim, Junseok Park, Hoon Kim, Chuhyun Kim, Joonbum Park, Juncheol Lee
Hanyang University Medical Center, Seoul, Korea
Inje University Ilsan Paik Hospital, Ilsan, Korea
Inje University Seoul Paik Hospital, Seoul, Korea
Soonchunhyang University Hospital, Seoul, Korea

Uzbekistan has more abundant medical resource including manpower and equipments than other developing country. However, the medical resources do not efficiently work each other in the emergency medical service (EMS) system. Therefore Korean EMS system experts consult the enforcement and continuous quality improvement of Tashkent EMS system.

Method. We made interview questions about the present EMS system of Tashkent city. Uzbekistan medical co-researcher surveyed the interview questions and send us before we visit Tashkent city. The interview questions include every step of Tashkent city emergency medical system, like manpower, equipment, transportation, communication and so on. Based on this information, We, Korean researchers, visited Tashkent city to investigate the real state of Tashkent EMS system. We have visited central dispatch center, substations of Tashkent city, RRCEM, TPMI, Republican nursing college. We discussed the political process with staffs of Minister of Health and Wellbeing and understood their practical needs.

Result. In Uzbekistan including Tashkent city, physician or feldsher is the member of ambulance health care provider (HCP), and the number of physicians, feldsher and nurse were enough to perform the high quality medical service in ambulance. However, there was neither practical education for ambulance HCP nor practical monitoring of quality of medical service on the scene. In our survey, because ambulance HCPs showed low confidence of Basic Life Support and Advanced Cardiac Life Support, focused education of cardiac arrest situation is necessary for ambulance HCPs.

Dispatcher of central dispatch center recorded the contents of emergency call in handwriting. Their recording list was not standardized and was limited the simple data of patient. Because there was no tool in dispatcher stage, dispatcher could not decide the mobilization of ambulance according to emergent state of patient. Substations send dispatch-message to ambulance but they do not have the information about location of ambulance. Although they have Computer Aided Dispatch(CAD) software, it is not used for various reason in the field. Therefore we should find the way to make customized GPS & CAD system for mapping the location of ambulance in realtime.

Too many call in dispatch center is another big problem of EMS system in Tashkent city. In addition, there was no standard list of equipment and medications in ambulance. The microvan named Damas made by GM is used as the ambulance. However it is too small to lie down patient and thirty six percent of them are out of date. The absence of triage protocol on the scene is anothter important problem. Because there is no data of empty bed number or level of severity of emergency room, ambulance on the scene cannot decide which hospital is most safe for patient. There is no standard data collecting form for the scene of ambulance. With other improvements, Uzbekistan goverment should make public campaign that emergency call only in the emergency situation.

Conclusion. We suggested that education for ambulance HCPs and dispatchers should be enforced and standard national triage protocols be needed. For efficient dispatch system, Computer Aided Dispatch software with GPS also is a crucial factor. Quality control by international standard indicator about EMS could be helpful to constantly improve EMS of Tashkent city and Uzbekistan.

АНАЛИЗ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ ПО ДАННЫМ РНЦЭМП

Магрупов Б.А., Касымова Д.М., Вервекина Т.А., Убайдуллаев В.У., Абдикулов Б.С.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Материнская смертность (МС) в среднеазиатском регионе всегда оставалась высокой. Несмотря на тенденцию к снижению, её уровень за последние 10 лет весьма существенен. Структура МС на 33% состоит из управляемых причин. Доминируют послеродовые кровотечения, сепсис, гестационная гипертензия. В развитых же странах преобладают тромбоэмболии, экстрагенитальные заболевания и осложнения наркоза, т.е. причины, которые трудно поддаются регуляции. В последнее время среди причин МС число акушерских кровотечений и сепсиса после абортов уменьшилось с 25 до 17%. С 4 до 9,5% возросло число тромбоэмболий. Трудноуправляемые причины МС составляют 50%. Следовательно, наряду со снижением изменяется структура МС. Целесообразно проанализировать причины снижения МС, чтобы выяснить устойчивый или случайный характер изменений.

Цель. Выявление своевременности диагностики и лечения ведущей причины материнской смертности на различных этапах госпитализации.

Материал и методы. Проведен клинический анализ медицинской документации 118 больных, переведенных в РНЦЭМП из родильных комплексов РУз в период 2003-2015 гг. Из общего числа переведенных больных умерли 60 (50,8%), выжили 58 (49,2%) женщин. Все больные поступали на фоне тяжелой полиорганной недостаточности.

Результаты. Возраст больных колебался от 18 до 45 лет (средний возраст 26±0,6 года). Среди умерших больных больше было повторнобеременных – 71 (60,1%), многорожавших не было. Сроки беременности, при которых проводилась госпитализация в РНЦЭМП или прерывание беременности (включая самопроизвольные, оперативные роды), в основном от 13 до 27 недель. Ведущей патологией, приведшей к смерти, была преэклампсия (n=25), второе место занимали экстрагенитальные заболевания (ЭГЗ) (n=17), третье – внебольничная вирусная пневмония (n=9), четвертое – маточный сепсис (n=7), пятое – эмболия околоплодными водами (n=2). В родовспомогательных учреждениях, до госпитализации в РНЦЭМП, ведущее заболевание, приведшее к смерти матерей, установлено только у 41 из 60 женщин. На следующем этапе госпитализации – в РНЦЭМП, при жизни не выявленное ранее заболевание (или тяжелое осложнение ведущего заболевания), приведшее к смерти, установлено у 16. На аутопсии установлено 5 невыявленных при жизни ни на одном предшествующем этапе госпитализации заболеваний, приведших к смерти. У беременных с преэклампсией в основном отмечались преждевременные роды, родоразрешение чаще проводилось абдоминальным путем. Гистерэктомия проведена у 19 из 25 женщин. Из числа оперированных женщин (n=19) релапаротомия потребовалась 7, при этом 3-кратное повторное вмешательство выполнено у 1. Ведущими причинами релапаротомии были продолжающееся внутреннее кровотечение и перитонит. В последующем у всех 25 умерших женщин развился сепсис, верифицированным основным источником которого явились легкие. Общая кровопотеря до момента смерти в основном превышала 1500,0 мл. Панкреонекроз послужил причиной смерти у 5 женщин, при этом сроки беременности, при которых развивался деструктивный панкреатит, колебались от 34 до 39 недель. У всех 5 заболевание не распознано в РК (было принято за жировой гепатоз – у 3 из 5, а у 2 расценивалось как токсический гепатит). У всех произведено кесарево сечение (1 в РНЦЭМП). Гистерэктомия выполнена у 2 в (РК). Кровопотеря: более 2500,0 мл у 2 (гипотоническое кровотечение). Апластическая анемия наблюдалась у 1 умершей. От милиарного туберкулеза, сепсиса умерла 1 женщина. В сроке 38 недель беременности в РК проведено КС по поводу дородового излития околоплодных вод. От бактериального эндокардита, осложнившегося тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА), умерла 1 женщина, поступившая на 27 день после артифициального аборта в сроке 21 неделя. Госпитализирована в РНЦЭМП с массивной ТЭЛА со смертельным исходом. От внебольничной вирусной пневмонии на фоне беременности умерли 9 женщин. Все беременные в экстренном порядке родоразрешались путем КС в РК на фоне полиорганной недостаточности. Гистерэктомия в РК (до перевода в РНЦЭМП) проведена у 7 из 9 женщин. От маточного сепсиса умерли 7 женщин в основном в сроке 21-26 недель. От эмболии околоплодными водами на фоне кардиопульмонального шока, РДСВ умерли 2 женщины. Одна из них после амниоцентеза, проведенного по поводу острого многоводия (двойня) в сроке 22 недели беременности, вторая после малого КС, проведенного по поводу массивной преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты в сроке 18 недель. На различных этапах сепсис развился у 68% умерших. Основными верифицированными источниками сепсиса явились матка и легкие. Случаи ятрогении, а также осложнения при проведении различных манипуляций отмечались у 10 (16,7%) из 60 умерших.

Таким образом, установлен существенный показатель невыявленных в РК ведущих заболеваний, повлекших смерть матерей, – 32%. Роль гистерэктомии, проводимой на различных этапах, независимо от общей клинической ситуации, нуждается в серьезном уточнении, т.к. среди умерших этот показатель составил 61,7%, среди выживших – 24,1%. Установлен существенный показатель ятрогении (16,7%), косвенно или прямо повлиявший на смертельный исход.

Выводы. 1. Патогенез тяжелой полиорганной патологии, послужившей причиной смерти женщины, необходимо рассматривать в русле современных представлений о синдроме системной воспалительной реакции (ССВР), который является патофизиологической базой основных стремительно развивающихся синдромов: преэклампсия, ДВС, массивная кровопотеря, РДСВ, сепсис. 2. Оперативное вмешательство: КС, гистерэктомия, релапаротомия, синдром массивной гемотрансфузии, ятрогения существенно усугубляют быстро развивающуюся аутоагрессию неспецифических медиаторов воспаления, эйконазоидного и цитокинового каскада – основных фигурантов ССВР. Завершающим этапом вышеназванных событий является инкурабельный сепсис.

PREVENTION OF VASCULAR DISEASES BY TAKING THE INFANTS MEDICAL RECORDS IN JAPAN

Shizuko Matsuoka

Embassy of Japan to the republic of Uzbekistan

In 1986, we published child health care program and try to keep child's growth and mental development well. Infants clinic has three aspects. The first is the screening of diseases, the second, counseling and supporting, and the third is the education which shows how to control health. The public health care centers in Japan give the maternal health handbook to all pregnant women who notify a pregnancy at first. We offer medical checkup for children aged 4 months, 18 months and 3 years. Over 90% of all new baby's mother go to the public health center and take child checkup and take some advice about lifestyle and healthy diet. Escalating of healthcare cost is a critical matter in Japan, now. Especially, Cardiovascular diseases (CVD) is the second leading cause of mortality and Stroke is the fourth. And Stroke is the leading cause of serious long-term disability. The budget of long term care insurance which is covered by public fund increases by years dramatically. The budget of insurance in Yokohama city is 481million USD in 2000,

and only 13 years later, the budget of insurance is 1,8 billion USD. Hypertension is a risk factor for CVD and the single most important risk factor for stroke. For this reason prevention of hypertension is important, and preventive strategies such as promoting healthy lifestyle and nutrition as well as limiting salt and alcohol intake and quitting cigarette smoking are necessary. To know lifestyle and diet of our population is very important for health policy making. And risk factors and behaviors start in childhood. So, we consider the regional evaluation by taking our infants medical records is very effective, because of high response rate, and investigated infants diet, especially eating rate of snacks which have much salt and fat.

Methods. Subjects are infants who were born from July 15th to October 14th in 2008, and received all medical checkups aged 4 months, 18 months and 3 years. They are 5,090 infants (male 2,536&female 2,544). We investigated diet style from all infants medical records aged 4 months, 18 months and 3 years and verified.

Result. All infants' fathers age is 34,1±5,3 years, and mothers age is 32years. Eating rate of snack aged 18 months infants is 8,0±0,78 and eating rate of snack aged 3 years infants increased 27,8±1,2%.

Conclusion. We follow not only children but also mothers. We give them good advice such as promoting healthy lifestyle and nutrition as well as limiting salt, not giving snack to their children or quitting cigarette smoking by giving pamphlet or showing videos.

But from this result, we couldn't succeed in educating mothers.

Then, we have enough time of counseling with mothers, and we will change the education system such as individual counseling by public health nurse or nutritionist. From the viewpoint of Public Health, to collect and investigate the infants medical records is beneficial for health policy making.

We think prevention of hypertension may have a very positive effect both on health and on saving of economic resources when started in childhood.

EARLY DIAGNOSIS TRUMATIC SHOCK BY ALGOVER SHOCK INDEX AT PREHOSPITAL STAG OF MEDICAL CARE

Rustamov A.A., Safarov Z.F, Hakimov D.P.

Actuality. Nowardays the prehospital stage is the most vulnerable chain rendering urgent medical care to being suffered victims at traffic accidents(TA).

The traumas inchildren are registered from 1 to 5% cases. The predominaut type of injury is craniocerebral and wounds of lower extremities. The traumatic shock is the earliest severe complication of trauma. This state occurs and develops as general reaction of organism to the damageand it refers to the rank of critical conditions. Traumatic shock can be determined as the dangerous for the life complication for severe damages, where the regulation of vital important systems and organs are discorded and then they are steady worsen. The prognosis for reanimation after the severe traumas are unsatisfactory. There are more often observed: cardiac arrest, bradycardias or asystoles. In spite of primary progress of reanimation measures, approximately in 18-32% cases the patients die in phase of shock. Only from 0 to 4% cases are marked successful effectiveness of reanimation, all measures are recommended to carry out in whole volume.

Coming from the above mentioned, it can be said, that early revealing of traumatic shock`s development in children is one of the most actual problems of urgent medicine and necessary measure, that takes to reduce the development of unfavourable out comes.

The aim of study. To determine the informativity of Algover`s shock index in patients with traumas, and, being suffered at TA.

Materials and methods of study. The retrospective analysis of history cases, data of accompanying sheets for 40 suffered children with -poly and -combinedtraumas at the age from 12 to 18 years, being admitted in reanimation department at RSCEM of Tashkent city with shock state from 2013 to 2015, and, being hospitalized by the emergency team, were carried out.

The result of study. The results of researchers showed that from 40 suffered children onlyin 13 (32.5%) cases the traumatic shock was revealed in prehospital stage, in 11 (27.5%) cases it was at early stages, and, in 4 (10%) cases it was at late stages of hospital medical care. In order to specify the causes of diagnosis mistakes at prehospital stage, at taking retrospective evaluation of patients` stale we used Algover`s index, that is considered as more informative way of revealing traumatic shock at prehospital stag. Algover`s index in 27(67.5%) cases gave positive result, and, in 13(32.5%) the development of traumatic shock in period of prehospital care was not proved.

Conclusions. The result of stady show that at revealing development of shock states in children the medical staff choose mistaken tactics, and, Algover`s shock index can be used at revealing shock states in children, but, it doesn`t give enough exact result, and, therefore, it is demanded the seach of modern alternative methods or work out of new ways for evaluation the patients` state.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСТРЕННОЙ АНГИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КАШКАДАРЬИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Тогаев Ш.Б., Туляков Р.П., Кодиров Б.Р.
Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

С августа 2009 г. в отделении хирургии Кашкадарьинского филиала РНЦЭМП функционирует сосудистая бригада, на которую возложены функции по оказанию экстренной сосудистой и микрохирургической помощи жителям г. Карши и по линии санитарной авиации Кашкадарьинской области. Благодаря инициативе руководства Кашкадарьинского филиала РНЦЭМП в организацию экстренной ангиохирургической помощи был внесен ряд существенных изменений. Круглосуточно по линии санитарной авиации дежурят ангиохирург и микрохирург.

При подозрении на патологию сосудов жители г. Карши бригадой скорой помощи доставляются в приемный покой Кашкадарьинского филиала РНЦЭМП, где их осматривает дежурный хирург, а при обнаружении сосудистой патологии вызывается ангиохирург. При выявлении больного с патологией сосудов в других больницах г. Карши и области туда по линии санитарной авиации экстренно выезжает ангиохирург. Ежегодно в приемный покой нашей больницы доставляются более 300 больных с подозрением на экстренную патологию сосудов. После осмотра ангиохирургом и выполнения ультразвукового исследования сосудов больные госпитализируются в хирургическое отделение. У 40% больных выполняются экстренные операции. Кроме того, в других больницах Кашкадарьинской области ежегодно осуществляется более 100 экстренных выездов ангиохирургов, из которых более 60% завершаются хирургическими вмешательствами.

Рациональная организация ангиохирургической службы позволила нам оказывать специализированную ангиохирургическую помощь в первые 6 часов при травмах сосудов. Однако упущенное время не должно стать препятствием для выполнения восстановительной операции, если ишемия конечности не перешла границу необратимости, особенно при травмах магистральных артерий. Исходя из накопленного опыта, мы считаем, что при наличии современных методов детоксикации, в случае запоздалого вмешательства, но при отсутствии тотальной контрактуры конечности, можно пытаться восстановить кровообращение конечности с последующей экстракорпоральной детоксикацией. Таких больных, оперированных ангиохирургом при выездах в другие больницы, в ближайшие дни, в зависимости от общего состояния, переводили в отделение хирургии КФ РНЦЭМП. Мы располагаем опытом проведения 6 успешных восстановительных операций у больных с травмой сосудов и частичной мышечной контрактурой с сохранением конечности после удаления части некротизированных мышц на фоне экстракорпоральной детоксикации.

Не менее важен фактор времени при оказании помощи больным с эмболиями аорты и магистральных артерий. При сегодняшней организации ангиохирургической помощи удалось добиться того, что более 70% больных оперируются до 12 часов с момента возникновения эмболии. Это позволило сохранить конечности и жизнь многим больным. При острых тромбозах магистральных артерий на фоне атеросклероза у большинства больных лечение начинается с консервативной терапии. После купирования ишемии конечности больной обследуется, и при необходимости операция выполняется в плановом порядке. При отсутствии эффекта от консервативного лечения и нарастании ишемии конечности в течение 2-4 часов с момента поступления в отделение хирургии выполняется хирургическое вмешательство.

На возможность сохранения конечности при травмах сосудов влияет тактика хирургов и травматологов больницы, куда чаще всего поступает потерпевший: сроки постановки диагноза, сроки вызова ангиохирурга, способ временной остановки кровотечения, наложение временного шунта полиэтиленовой трубкой, перевод открытого ранения сосуда в пульсирующую гематому путем сшивания над ним кожи и наложения давящей повязки. От наложения жгута в качестве способа остановки кровотечения, по нашему мнению, следует отказаться, отдавая предпочтение переводу открытой раны в пульсирующую гематому с давящей повязкой.

Кроме больных с экстренной патологией аорты, магистральных артерий, в отделение хирургии поступают больные с экстренной патологией вен. При выявлении у больного восходящего тромбоза БПВ в срочном порядке выполняем операцию Троянова – Тренделенбурга с иссечением тромбированных варикозных узлов. По стиханию воспалительного процесса в плановом порядке рекомендуется выполнять комбинированную флебэктомию. Больным с илиофеморальными тромбозами при поступлении считаем обязательным проведение ультразвуковой допплерографии. При выявлении флотирующего тромба в системе нижней полой вены обязательно осуществляется соответствующая экстренная операция с целью предотвращения тромбоэмболии легочной артерии. С целью хирургической профилактики тромбоэмболии легочной артерии у больных выполнены следующие хирургические вмешательства: клипирование НПВ – 7, клипирование НПВ + тромбэктомия – 1, пликация или перевязка поверхностной бедренной вены (ПБВ) – 6. У 87 пациентов выполнена кроссэктомия, у 3 из них кроссэктомия с тромбэктомией из устья большой подкожной вены (БПВ). 3 больным с клиникой ТЭЛА с целью профилактики повторных эпизодов тромбоэмболии произведено клипирование НПВ. У 11 пациентов с эмбологенными тромбозами, но без клиники ТЭЛА проведены профилактические вмешательства: клипирование НПВ – 4, пликация подвздошных вен – 1, перевязка ПБВ – 3, кроссэктомия с тромбэктомией из устья БПВ – 3. Летальных исходов не было. Из неоперированных 8 (14,3%) больных с клиникой илеофеморального тромбоза умерли 2, летальность составила 3,5%.

Таким образом, испытанная временем система организации экстренной медицинской помощи, в том числе и ангиохирургической, доказала свою эффективность. Но возможно ее дальнейшее совершенствование. Это, прежде всего, повышение профессиональной подготовки хирургов и врачей других специальностей по диагностике и оказанию первой медицинской помощи при экстренной патологии сосудов, улучшение материальной базы и оснащение специализированных отделений.

ПОВРЕЖДЕНИЕ СОСУДОВ, СВЯЗАННОЕ С ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ВРАЧА

Умаров О.М., Усманов Б.С., Насритдинов Ж.А., Исмаилов Ж.Т.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Хирургии повреждений сосудов, связанных с деятельностью врача, были посвящены Всесоюзный симпозиум по экстренной хирургии сосудов и Пленум проблемной комиссии «Экстренная хирургия сосудов» научного совета по хирургии при АМН СССР (Ташкент, сентябрь 1983). По суммарным данным этого симпозиума были опубликованы сведения о 1523 ятрогенных повреждениях сосудов (Климов В.Н. и др., 1987).

Мы располагаем опытом оказания специализированной помощи 33 больным с ятрогенными повреждениями сосудов в различных лечебных учреждениях Ферганской области за 14 лет. Большинству пациентов с ятрогенными повреждениями сосудов специализированная ангиохирургическая помощь была оказана во время выездов по линии санитарной авиации в районные и городские больницы. Больные были в возрасте от 8 до 60 лет, мужчин 21 (63,6%), женщин – 12 (36,4%), в том числе детей – 2 (6,1%).

В большинстве случаев ятрогенного повреждения сосудов наблюдались кровотечение с явлениями геморрагического шока, нарастающая гематома, тромбоз и ишемия конечности.

Причиной ятрогенных травм являлись недостаточное знание особенностей и вариантов топографо-анатомических взаимоотношений в зоне выполняемой операции или возможного изменения расположения сосудистого пучка под воздействием патологического процесса, несоблюдение хирургом осторожности при выделении сосуда, грубые манипуляции острыми крючками или ранорасширителем вблизи места перелома костей.

Повреждение подвздошной артерии отмечалось у 7 больных, печеночной артерии – у 1, почечной артерии – у 1, плечевой артерии – у 3, бедренной артерии – у 3, бедренной артерии и вены – у 2, нижней полой вены – у 7, воротной вены – у 1, подвздошной вены – у 7, бедренной вены – у 1.

Тактика хирурга при кровотечении из поврежденного сосуда заключалась в пальцевом прижатии раневого отверстия, выделения сосуда выше и ниже повреждения, наложении кровоостанавливающих сосудистых зажимов или резиновых турникетов. Вопрос о восстановлении проходимости сосуда в каждом конкретном случае решался индивидуально. При полном пересечении сосуда у 6 больных произведена мобилизация проксимального и дистального концов сосуда и наложение циркулярного шва, при боковом ранении сосуда у 20 пациентов использовали боковой шов сосуда, при значительных дефектах между концами сосуда у 4 больных выполнена пластика аутовеной, 3 пострадавшим произведено вынужденное лигирование сосуда.

У 5 больных до прибытия ангиохирургов попытка остановить кровотечение и восстановить проходимость сосуда общими хирургами без должных технических навыков и сосудистого инструментария привела к дополнительной травме сосуда.

При наложении шва на крупные сосуды использовали лупу – очки, при операциях на сосудах мелкого диаметра и у детей – операционный микроскоп и микрохирургическую технику для наиболее точной адаптации концов сосудов и повышения качества анастомоза.

Умерли 6 (18,2%) больных, из них 3 – вследствие тяжелого геморрагического шока, 3 – острой почечной недостаточности.

Предотвратить ятрогенные повреждения сосудов сложно, но необходимо свести к минимуму подобные повреждения, чего можно добиться совершенствованием хирургической квалификации.

На основании собственного опыта мы пришли к выводу, что ранняя диагностика и своевременно проведенные восстановительные операции сохраняют не только проходимость сосуда, но и жизнь больного.

ВОЗРАСТНЫЕ И ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬ-ИНДУЦИРОВАННЫХ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ПАТОЛОГИЙ СРЕДИ ПОПУЛЯЦИИ ОБРАТИВШИХСЯ В ЭКСТРЕННЫЕ СТАЦИОНАРЫ

Усмонов Б.У., Мамасалиев Н.С., Курбанова Р.Р.
Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

Цель. Оценка возрастных и гендерных особенностей алкоголь-индуцированных кардиоваскулярных патологий (Аи КВП) среди популяции, обратившейся в экстренные стационары (ПЭЦ).

Материал и методы. Обследован 861 пациент обоего пола в возрасте от 18 до 60 лет и старше 61 года с кардиоваскулярными заболеваниями. На основании рекомендаций ВОЗ больные с АиКВП были разделены на три группы по возрасту: 1 – зрелые (n=143) средний возраст 54,2±3,6 года, 2 – пожилые (n=285) средний возраст составил –66,9±3,8 года, 3 – старческий возраст (n=433)-78,5±3,3 года.

Результаты. В обследованной популяции АиКВП выявлены у 16,5% пациентов 1-й группы, у 33,1% – 2-й и у 50,3% – 3-й группы. Установлено статистически значимое возрастание АиКВП с возрастом (p<0,001). Алкоголь-индуцированные острые коронарные синдромы в 1-й, 2-й и 3-й группах встречались соответственно у 9,1, 17,5 и 23,7% обследованных, алкоголь-индуцированные гипертонические кризы – у 1,7, 8,5 и 17,4% (p<0,001). Алкоголь-индуцированные аритмии в 1-й группе выявлены у 2,6%, во 2-й у 3,3%, в 3-й – у 4,5%. АиКВП патологии в виде хронических ревматических болезней сердца встречались соответственно у 1,0% и 0,5% больных, Аи-кардиомиопатии и сердечная недостаточность – соответственно у 2 и 0,0%, 1,2 и 1,4%, 1,6 и 2,3%. Сравнительно реже встречались

миокардиты и тромбоэмболические события: в 1-й группе – у 0,5 и 0,1% (p<0,05), во 2-й – у 0,0 и 0,4% (p<0,05), в 3-й – у 0,0 и 0,1%.

Выводы. Установлено прогрессирующее ухудшение эпидемиологической ситуации в отношении АиКВП по мере увеличения возраста больных и интенсивности употребления алкоголя. Наиболее значительные изменения обнаруживались у пациентов мужского пола пожилого и старческого возраста, что говорит о более неблагоприятном кардиоваскулярном прогнозе в данной группе ПЭЦ с АиКВП.

ДОГОСПИТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРАВМАХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Хаджибаев А.М., Алиджанов Ф.Б., Махамадаминов А.Г., Набиев А.А.
Ташкентский институт усовершенствования врачей и РНЦЭМП

В современном травматизме достаточно большой удельный вес принадлежит травмам верхних и нижних конечностей с повреждением магистральных сосудов, а также травмам конечностей ампутационного характера.

В исходах лечения данного контингента пациентов ведущая роль принадлежит раннему оказанию адекватной экстренной медицинской помощи (ЭМП) на догоспитальном этапе. В связи с этим врачам скорой помощи необходимо четко знать порядок, организацию и объем лечебных пособий пострадавшим травмами конечностей с обильным наружным кровотечением на месте происшествия и при транспортировке их в лечебное учреждение.

Стандарты ЭМП при травмах верхних и нижних конечностей с повреждением магистральных сосудов включают в себя последовательное проведение следующих мероприятий: адекватное обезболивание, остановка наружных кровотечений, иммобилизация имеющихся переломов.

Проведение адекватного обезболивания (наркотические и ненаркотические препараты) позволяет улучшить общее состояние и проведение осмотра, обследования больного с целью выявления и устранения имеющихся различных повреждений. Так, при обильном наружном кровотечении – применение способов его временной остановки (давящие повязки, жгуты). При наличии клинических признаков переломов трубчатых костей, и/или таза – проведение транспортной иммобилизации (шины Крамера, Дитирихса, пневмошины, спинная доска).

Проблемы при ампутационных ранениях конечностей, во-первых, связаны с наружным кровотечением из части тела пациента, подвергнувшегося ампутациям, во-вторых, – с самой ампутационной частью. Основной задачей врачей скорой помощи при оказании догоспитальной ЭМП является остановка наружного кровотечения и доставка ампутационной части с соблюдением всех необходимых правил.

Для этого необходимо ампутационную часть опустить в целлофановый пакет, а в другой целлофановый пакет поместить либо лед, либо холодную воду. Затем первый пакет опустить во второй. Если в распоряжении респондентов имеются переносные холодильники, ампутационную часть, помещенную в целлофановый пакет, нужно поместить в морозильник холодильника.

Соблюдение вышеприведенных правил позволяет с максимальной осторожностью доставить ампутационную часть для проведения микрохирургических вмешательств по реплантированию последней.

Все вышеперечисленные манипуляции должны выполняться на фоне проведения противошоковых мероприятий, важнейшим компонентом из которых является проведение инфузионной терапии. Наиболее эффективными при этом являются гемодинамические препараты, коллоиды, но их отсутствие не является обоснованием отказа от проведения инфузионной терапии. В этих случаях инфузионная терапия должна проводиться в необходимых объемах кристаллоидами.

Выполнение мероприятий по оказанию догоспитальной неотложной помощи больным с травмой конечностей повреждением магистральных сосудов завершается транспортировкой в РНЦЭМП и его областные филиалы.

Таким образом, организация и проведение неотложной медицинской помощи больным с травмой конечностей повреждением магистральных сосудов в догоспитальном этапе на месте происшествия и при транспортировке их в лечебное учреждение позволяет максимально оптимизировать лечебно-диагностический процесс и улучшить результаты их лечения.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Шарипов А.М., Хамзаев К.А., Султанов Д.Т., Ахматалиева М.А.
Кафедра экстренной медицинской помощи Ташкентского педиатрического медицинского института
Городская станция скорой медицинской помощи г. Ташкента

Основной стратегической задачей здравоохранения на современном этапе является повышение доступности, качества и эффективности медицинской помощи населению. На решение этой задачи направлены основные мероприятия, указанные в Постановлении Кабинета Министров Республики Узбекистан от 29 марта 2012 г. № 91, которые включают и модернизацию службы скорой медицинской помощи (СМП) – самого массового и максимально приближенного к

пациенту вида квалифицированной медицинской помощи. Совершенствование деятельности учреждений СМП способствует достаточно быстрому (по сравнению с другими отраслями медицины) изменению показателей работы службы.

Целью настоящего исследования явился анализ результатов внедрения Автоматизированной Системы Управления (АСУ) в работу СМП г. Ташкента.

Для улучшения организации деятельности выездных бригад СМП в оперативном отделе установлена и введена в работу с 2011 г. современная медицинская информационно-статистическая система «АСУ диспетчера СМП», которая позволяет сокращать время реагирования на поступающие вызовы и поддерживать весь процесс обработки вызовов, начиная от приема вызова диспетчером и заканчивая статистической обработкой данных. Программа представляет собой комплексную систему управления станцией СМП, в основе которой лежит принцип алгоритмизации действий подразделений оперативно-диспетчерской службы и выездных бригад. Автоматическая система управления работает круглосуточно в режиме реального времени обслуживания вызовов и представляет собой сложный комплекс, в состав которого входит 40 рабочих мест. Установка АСУ значительно уменьшила рутинную работу по заполнению бумажных носителеи, позволила установить контроль за оперативностью и качеством работы и достичь достоверности статистических данных. Подсистема анализа деятельности станции СМП позволяет получить полную информацию о работе любого сотрудника, структурного подразделения и в целом по станции за любой промежуток времени. Кроме этого, система дает возможность проводить экспертизу качества оказания помощи на всех уровнях: старший врач, заведующий подстанцией, заместитель главного врача, главный врач. Результатом внедрения этой информационной технологии явилось достижение клинического, экономического и организационного эффектов.

Клинический эффект наиболее ярко проявляется в снижении летальности на догоспитальном этапе оказания скорой медицинской помощи.

Основной экономический эффект состоит в сокращении расходов на пробег автомобилей. Организационный эффект — это прежде всего уменьшение времени ожидания обслуживания вызова, сокращение сроков от момента заболевания до поступления в стационар в случаях, требующих экстренной госпитализации. При этом среднее время передачи вызова (от момента поступления звонка в оперативный отдел до момента передачи) бригаде СМП уменьшилось с 2,5 до 1,6 мин, увеличились доля вызовов, отработанных по рации, и время передачи вызова бригаде, что свидетельствует о том, что в момент поступления вызова на станцию СМП все бригады находятся на вызовах и получают следующий вызов по рации к моменту освобождения от предыдущего вызова. Постоянный контроль за обслуживанием вызовов, состоянием и местонахождением бригад, оперативный анализ показателей, оптимизационные алгоритмы и модели дают возможность принимать эффективные решения в ходе обслуживания каждого вызова, оперативно анализировать различные ситуации, возникающие при оказании помощи.

Изложенное выше показывает, что новые информационные технологии служат основой для создания эффективной системы управления, обеспечивающей принятие решений на всех этапах оказания скорой и неотложной медицинской помощи населению.

Таким образом, комплекс проведенных мероприятий позволил добиться значительных результатов в деятельности службы СМП г.Ташкента. Следующим направлением развития службы СМП станет внедрение учреждений СМП в интегрированную сеть, объединяющую все учреждения службы экстренной медицинской помощи в единое информационное пространство, что существенно повысит преемственность догоспитального и госпитального этапов оказания экстренной медицинской помощи и позволит перейти на качественно новый уровень управления всей системой здравоохранения.

II. НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРАВМАХ И ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОСУДОВ

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ В ХОРЕЗМСКОМ ФИЛИАЛЕ РНЦЭМП

Абдуллаев Б.П., Кутлиев У.Х., Давлетова Д.Ф.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Цель. Оценка возможности хирургического лечения пострадавших с повреждениями магистральных сосудов конечностей.

Материал и методы. Изучены результаты хирургического лечения 32 пациентов с ранениями магистральных сосудов нижних конечностей. Мужчин было 30, женщин – 2. Возраст больных – от 15 до 54 лет, средний возраст 29,4 года. Причинами повреждений магистральных сосудов у 24 (75%) пострадавших были колото-резаные раны, у 5 (15,6%) – закрытая травма (включая 2 больных с многооскольчатыми переломами костей голени, обусловившими ранения сосудов). У 3 (9,4%) пациентов повреждения сосудов явились следствием ятрогенной травмы при оперативных вмешательствах на костной системе. Все пострадавшие, за исключением больных с ятрогенной травмой, были доставлены через 2 ч и более с момента получения травмы. У большинства из них отмечались геморрагический шок и клинические признаки ишемии пораженной конечности различной степени выраженности. Ранение мягких тканей в проекции магистральных сосудов, отсутствие или ослабление периферической пульсации, наличие кровотечения или гематомы в сочетании с клиническими проявлениями ишемии пораженной конечности позволили большинству пострадавших установить правильный диагноз уже до операции. Лишь у некоторых больных возникла необходимость в выполнении УЗИ и ангиографии.

Результаты. Ранения сосудов среднего калибра выявлены у 18 пациентов. У 11 из них была повреждена поверхностная бедренная артерия, у 8 – подколенная артерия, у 1 – глубокая артерия бедра, у 4 – бедренная вена, у 1 – подколенная вена. У 2 пострадавших имелось сочетанное поражение поверхностной бедренной артерии и бедренной вены, у 1 – подколенной артерии и обеих большеберцовых артерий. У 10 больных отмечались повреждения артерий малого диаметра (берцовых артерий). Ранение задней большеберцовой артерии обнаружено у 4 пациентов, передней большеберцовой – у 4, обеих большеберцовых – у 1, малоберцовой артерии – у 1. Таким образом, у 32 пострадавших было повреждено 36 сосудов. У значительной части пациентов ранения магистральных сосудов нижних конечностей сопровождались повреждениями окружающих мягких тканей и опорно-двигательного аппарата. Все пострадавшие были оперированы. Боковой шов наложен 14 больным с пристеночным ранением, циркулярный – 10 пациентам при полном пересечении сосудов. 4 пострадавшим произведена пластика поврежденного сосуда «заплатой» из аутовены, 7 выполнено аутовенозное протезирование в связи с протяженным его поражением (более 2 см). Аутовенозное подколенно-заднебольшеберцовое шунтирование в сочетании с лигированием передней большеберцовой артерии произведено пациенту с массивным размозжением обеих большеберцовых артерий. Одному больному с необратимой ишемией конечности, обусловленной обширными разрывами подколенной и обеих большеберцовых артерий, выполнена первичная ампутация бедра. У 1 пациента наступил тромбоз реконструированного сегмента. В результате тромбэктомии магистральный кровоток был восстановлен. Из 32 оперированных умер 1 (3,1%).

Обсуждение. Восстановить проходимость поврежденных магистральных сосудов нижних конечностей удалось у 31 из 32 пострадавших. У большинства пациентов получены хорошие результаты. Летальный исход наступил у 1 пациента с ранениями бедренных сосудов, сочетавшимися с обширной травмой мягких тканей. Пациент поступил в поздние сроки с момента травмы в состоянии геморрагического шока с наличием тяжелой ишемии нижних конечностей. В ходе экстренных операций у пострадавшего удалось восстановить магистральный кровоток, но состояние его оставалось тяжелым и, несмотря на интенсивную терапию, в ближайшем послеоперационном периоде наступила смерть. Ампутацию конечности по первичным показаниям при повреждении магистральных сосудов нижних конечностей выполнили у 1 пациента. Показаниями к ней явились тяжелые повреждения мягких тканей, ишемическая тотальная контрактура конечности, влажная гангрена.

Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 4 больных. Наиболее серьезные из них – гнойно-септические, которые явились следствием перенесенного пострадавшими тяжелого геморрагического шока, постгеморрагической анемии, нарушенного кровообращения в конечности из-за выраженного посттравматического отека мышечного массива бедра и голени.

Выводы. 1. Успех лечения сосудистой травмы зависит от быстроты оказания специализированной хирургической помощи, ведь именно ангиохирургическое пособие может адекватно разрешить ситуацию: восстановить нормальный кровоток и предупредить развитие последствий повреждения сосуда. 2. Важным является ранняя диагностика повреждения сосудов, своевременная восстановительная операция, борьба с шоком и профилактика гнойно-септических осложнений.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ НАЛИЧИИ ФЛОТИРУЮЩЕГО ТРОМБА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Абдуллаев Б.П., Кутлиев У.Х., Давлетова Д.Ф.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Материал и методы. В Хорезмском филиале РНЦЭМП в 2011-2015 гг. под нашим наблюдением находились 350 больных с венозными тромбозами в системе глубоких вен. Диагноз выставлялся с учетом клинических проявлений (отечность, гиперемия, синюшность, болезненность), а у 15% больных тромбозы протекали без ярко выраженной клинической картины и подтверждались результатами инструментальных методов диагностики, среди которых основным является ультразвуковое сканирование. Одним из грозных осложнений венозного тромбоза является тромбоэмболия легочной артерии, которую выявили у 36 (10,2%) пациентов (1-я гр.). 314 (89,8%) больных без ТЭЛА составили 2-ю группу. Важным прогностическим моментом мы считали наличие флотации верхушки тромба. У пациентов 1-й группы обнаружено 23 (64%) тромба с флотацией, 2-й – значительно меньше – 37 (12%). Комплекс лечебных мероприятий включал в себя обязательное использование антикоагулянтов и дезагрегантов. Хирургическая тактика зависела от нескольких, на наш взгляд, важных обстоятельств. В первую очередь учитывали наличие флотирующего тромба, особенно протяженностью свыше 2 см, а также расположение последнего в подвздошно-бедренном сегменте и наличие тромбоэмболии легочной артерии в анамнезе. Тактика оказания помощи больным 1-й группы была более активной. Оперативное вмешательство выполнено у 21 (59%) пациента. Во 2-й группе прибегли к хирургическому вмешательству у 9 (3%) больных. Значительно чаще от операции воздерживались у пациентов 2-й группы в связи с выявленной положительной динамикой при ультразвуковом сканировании: фиксация тромба, отсутствие признаков его нарастания через 2-3 суток. Активная хирургическая тактика предпринималась также у больных с рецидивирующим характером тромбоэмболии легочной артерии даже без флотации тромба – у 15 (5%). По поводу флотирующего тромба и профилактики рецидива тромбоэмболии лёгочной артерии выполнены следующие операции: пликация или лигирование венозного сосуда выше места тромбообразования, тромбэктомия в ряде случаев с последующей пликацией. Тромбэктомия с пликацией выполнялась редко в связи с высоким риском ретромбоза, и выполнялась чаще при наличии флотирующей части тромба в бедренном и подвздошном сегментах.

Выводы. Мы считаем, что хирургическая тактика при наличии флотирующего тромба должна быть более активной, особенно это утверждение касается пациентов с протяжённостью тромба 2 см и более, тромбоэмболией легочной артерии в анамнезе, а также с локализацией тромба в подвздошно-бедренном сегменте.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Абдуллаев Б.П.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Цель. Оценка результатов реконструктивных операций у больных с критической ишемией нижних конечностей и сопутствующим сахарным диабетом.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 60 больных с КИНК III-IV степени и сопутствующим сахарным диабетом. КИНК III встречалась у 21 (36%), КИНК IV – у 39 (64%). Все больные были разделены на 3 группы. 1-я группа включала 38 (64%) больных, которым выполняли прямые реконструктивные операции. 2-ю группу составили 11 (19%) больных, которым выполняли операции непрямой реваскуляризации. В 3-ю группу включены 11 пациентов, которые получали консервативную терапию. В динамике определяли ЛПИ. В ближайшем послеоперационном периоде оценивали проходимость реконструкции, сохранность конечности и ЛПИ.

Результаты. В 1-й группе тромбоз реконструкции выявлен у 4 (10,7%) больных, проходимость реконструкций в течение 1 года составила 67%, сохранность конечности за 1 год наблюдения – 89,7%. Во 2-й группе уровень сохранности конечности за период 1 года составил 49,4%. Динамика ЛПИ в группе больных, которым выполняли прямые методы, реваскуляризации составила +0,33, в группе больных, которым выполняли непрямые методы, составила +0,12, в группе больных, которым проводилась консервативная терапия +0,17. Проанализировав динамику ЛПИ у больных 1-й и 3-й групп, мы получили достоверные данные об эффективности прямых реконструктивных операций ($p<0,0001$), а во 2-й и 3-й группах достоверных данных об эффективности проведенного лечения не получено ($p=0,0573$).

Выводы. При хирургическом лечении больных с критической ишемией нижних конечностей и сахарным диабетом предпочтение следует отдавать прямым методам реваскуляризации ($p<0,0001$). Применяя комплексное хирургическое лечение, у больных с данной патологией можно снизить риск развития осложнений, количество ампутаций нижних конечностей, летальность.

К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ

Абдуллаев Д.Д., Сафаев М.К., Тожиев М.Т., Бахрамов М.М., Ашуров И.С.
Ферганский филиал РНЦЭМП, Ферганский филиал ТМА

Сосудистые заболевания головного мозга – одна из важнейших проблем нейрохирургии. Показатели летальности и инвалидности при этой патологии остаются высокими как при оперативном вмешательстве, так и при консервативном лечении больного. Летель-

ность превышает 50%, из выживших больных к прежней трудовой деятельности возвращаются около 20%.

Материал и методы. В Ферганском филиале РНЦЭМП в отделении нейрохирургии в 2014-2015 гг. прооперированы 13 больных с геморрагическим инсультом в возрасте от 6 до 75 лет. Все больные обследованы по стандарту. При поступлении всем проведена МСКТ головного мозга. Операция выполнялась с помощью микроскопа Opmi Vario S8. Степень тяжести состояния больных с ВМГ оценивалась по общепринятой международной классификации Ханта – Хесса. 4 (31%) больным произведена резекционная трепанация черепа с удалением внутримозговой гематомы, у 3 (23%) – костно-пластическая трепанация с удалением внутримозговой гематомы, у 6 (46%) – удаление внутримозговой гематомы из трифинационного отверстия.

Результаты. 9 больных были гипертониками и периодически лечились у кардиологов и терапевтов по месту жительства. У 4 больных в возрасте от 6 до 23 лет инсульт развился на фоне вполне благополучного состояния.

У гипертоников, несмотря на прием фармпрепаратов, имела место гемодинамика с тенденцией к гипертензии, нередко отягощённой, обусловливающей повышенную кровоточивость. В данном случае удалось аспирировать более половины объёма гематомы. Консервативное ведение пациентов с внутримозговыми гематомами большого объёма нередко приводит к нарастанию полушарного отёка и дислокации срединных структур головного мозга и, как следствие, постепенному «угасанию» больного. Так что смысл операции в данном случае – ускорить и облегчить резорбцию геморрагического субстрата, создать условия для функционального восстановления. А вообще данная категория пациентов трудна для лечения, последующего выхаживания и, кроме операции, требует больших усилий реаниматологов и лечащих врачей. В послеоперационном периоде умерли 5 (38%) больных вследствие отека мозга и повторного кровоизлияния на фоне неуправляемой гипертонии. Грубые неврологические дефициты остались у 4 (31%) больных. У 4 (31%) больных неврология регрессировала, больные выписаны без грубой неврологической симптоматики.

Таким образом, прогноз при геморрагическом инсульте в целом неблагоприятен. Одним из наиболее неблагоприятных факторов, влияющих на исход заболевания, является исходное коматозное состояние больного (V степень по классификации Хант – Хесса). Эти данные свидетельствуют о необходимости профилактики инсульта, которая заключается, прежде всего, в раннем выявлении и систематическом медикаментозном лечении артериальной гипертонии.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ВОСХОДЯЩЕГО ТРОМБОФЛЕБИТА БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ

Азизов Г.А., Усманов А.К., Орзибоев У.Б., Косимов У.А., Маматкулов У.Э
Андижанский филиал РНЦЭМП

К хирургическому лечению больных острым восходящим тромбофлебитом подкожных вен существует два подхода: традиционное двухэтапное комбинированное лечение и одномоментное удаление патологически измененных вен. Сторонники двухэтапного лечения аргументируют свою тактику тем, что острый варикотромбофлебит сопровождается явлениями резко выраженного перифлебита, в связи с чем возникает большой риск некроза кожи и нагноений. Таким образом, показания к выполнению операции у больных с восходящим варикотромбофлебитом в настоящее время четко сформулированы. В то же время мнения хирургов относительно объема оперативного вмешательства расходятся.

Цель. Изучение результатов радикального оперативного лечения восходящего тромбофлебита большой подкожной вены нижних конечностей.

Под наблюдением находились 42 больных с восходящим острым тромбофлебитом подкожных вен в возрасте от 23 до 67 лет. Длительность заболевания – от 3 до 10 суток. Значительная часть больных (61%) поступили на 4-7 сутки заболевания. При поступлении больные жаловались на боли в области бедра и голени по ходу локализации патологического процесса. При осмотре обычно выявлялась гиперемия по ходу большой подкожной вены. Более чем у 50% больных имелось увеличение паховых лимфатических узлов. У 30% больных в нижней трети голени отмечался умеренный отек. С целью диагностики и оценки лечения исследована гемокоагуляция, проведено ультразвуковое ангиосканирование вен пораженной конечности. Всем больным выполнена флебэктомия в полном объёме. До и после операции больные получали антибиотикотерапию, неспецифические противовоспалительные препараты.

Хорошие результаты получены у 37 (88%) пациентов. У них полностью были ликвидированы воспалительные явления, а послеоперационные раны зажили первичным натяжением. Продолжительность предоперационного периода – 2±1 койко-день, послеоперационного 5±1 день. Неудовлетворительные результаты отмечались у 4 (9,5%) больных. У них имела место выраженная инфильтративность операционных ран и нагноение с вторичным заживлением ран. После выписки из стационара больным рекомендовали эластическое бинтование конечности в течение двух месяцев.

Таким образом, радикальная методика позволяет повысить экономическую эффективность лечения, что связано с отсутствием необходимости повторной госпитализации и сокращением сроков нетрудоспособности.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ СЛЕНЭКТОМИИ С ГЕТЕРОТОПИЧЕСКОЙ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С ТРАВМАМИ СЕЛЕЗЕНКИ

Акилов Х.А., Примов Ф.Ш.
Ташкентский институт усовершенствования врачей
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Актуальность. Несмотря на многочисленные способы лечения после спленэктомии, открытие возможности трансплантации органов выдвинуло хирургию и медицину в целом на качественно новый уровень.

В определенных хирургических ситуациях сохранить селезенку не представляется возможным, в таких ситуациях единственным способом сохранить функцию селезенки после удаления органа является аутотрансплантация ее ткани.

Цель. Улучшение результатов лечения детей при травмах селезенки.

Материал и методы. В сроки от 3 месяцев до 3 лет после операций было амбулаторно обследовано: 7 пациентов после ОСО, 16 – после СЭ+ГАТ, 40 после СЭ. Таким образом, проанализированы отдаленные результаты у 61 (78,5%) пациента с травмами селезенки, оперированного в РНЦЭМП в период с 2005 по 2015 г., перенесшего операции на органе.

Результаты и обсуждения. При изучении течения отдаленного послеоперационного периода у больных, оперированных по поводу травматического повреждения органа, выявлено, что на развитие осложнений в отдаленном послеоперационном периоде непосредственное влияние оказывает вид выполненной операции.

У пациентов групп со СЭ в отдаленные сроки наблюдения было выявлено повышение концентрации тромбоцитов более чем в 1,5 раза по сравнению с донорами и больными с ОСО. При этом тромбоцитоз в группах больных со СЭ достоверно свидетельствует о более выраженных нарушениях тромбоцитарного звена гемостаза, чем в группе с ОСОС ($P<0,05$).

В группе больных после СЭ происходит статистически достоверное снижение (по сравнению с группой контроля) концентрации Ig G и Ig M, системы комплемента, количества Т-лимфоцитов, Т-хелперов и Т-киллеров. Вместе с тем только в группе с изолированной СЭ отмечается повышение количества Т-цитотоксических лимфоцитов, В-лимфоцитов.

Изменения иммунного статуса у больных после СЭ, несомненно, сопровождаются клиническими проявлениями. Такие изменения проявлялись склонностью к частым респираторным заболеваниям, выявленным у 51% больных. При этом у 28,5% больных отмечалось вовлечение в патологический процесс легких и бронхов, а у 16,3% обследованных выявлена предрасположенность к гнойничковым заболеваниям кожи.

При клиническом исследовании течения отдаленного послеоперационного периода у группы больных с СЭ+ГАТ нами установлена склонность к частым респираторным заболеваниям у 31,3% пациентов, склонность к гнойничковым заболеваниям кожи – у 12,5% больных. При этом обнаруженные изменения иммунного статуса можно объяснить недостаточной компенсаторной функцией аутолиентрансплантата.

При анализе клинических данных установлено, что в группе больных с ОСО склонность к респираторным заболеваниям составляет 17,1% наблюдений, а предрасположенность к гнойничковым заболеваниям кожи выявлена всего лишь у 2,4% случаев.

Вывод. Основными причинами развития послеоперационных осложнений в отдаленном послеоперационном периоде у больных, оперированных по поводу травмы селезенки, являются изменения коагуляционного звена системы гемостаза, изменения реологических свойств крови и иммунного статуса. Выявленные изменения приводят к развитию осложнений после СЭ у 81,6% пациентов; при дополнении СЭ аутолиентрансплантацией – у 56,2%.

СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Акилов Х.А., Примов Ф.Ш., Урманов Н.Т.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Ташкентский институт усовершенствования врачей

С ростом детского травматизма, который имеет явную тенденцию к увеличению, в последние годы возрастает количество сочетанных и комбинированных повреждений органов брюшной полости. При этом непосредственно угрожают жизни пациента внутрибрюшные кровотечения, связанные с повреждением обильно васкуляризированных паренхиматозных органов – печени и селезенки.

Цель. Улучшение результатов диагностики и хирургического лечения при сочетанной травме пострадавших детей с повреждением органов брюшной полости.

Материал и методы. С 2006 по 2015 год проведен детальный анализ 185 больных оперированных с диагнозом закрытая травма живота с повреждением паренхиматозных органов брюшной полости, в структуре которых повреждения селезенки составили 78 % (144 детей), печени – 22% (41 пациент).

Повреждения органов получены детьми от 3 до 18 лет в результате транспортной травмы (29,1%), падения с высоты (49,8%), избиения (7,8%), падения на живот с высоты собственного роста (11,4%), падения на ребенка тяжелого предмета (3,4%). Преимущественно это были мальчики (76,1%). Время поступления детей в стационар характеризуется довольно ранней доставкой. В первые 1-4 часа после получения травмы поступили 69,9% пострадавших. Обращения

в более поздние сроки после травмы были связаны с осложнениями – посттравматическая киста селезенки 6 (3,2%), гематома и абсцесс печени 5 (2,7%), в двух случаях с гемобиллией.

Результаты и обсуждения. Наряду с общеклиническими лабораторными методами исследования, для топической диагностики всех повреждений у ребенка использовались лучевые методы диагностики (полипозиционная рентгенография, ультразвуковое исследование, компьютерная томография), а также диагностическая лапароскопия.

В клинической картине при изолированных разрывах паренхиматозных органов выявлены существенные отличия от общепринятых признаков, в частности: состояние при поступлении оценивалось как удовлетворительное и средней тяжести, снижение АД ниже возрастной нормы и критическое состояние. Все это позволило выделить 3 группы травмированных детей по гемодинамическим показателям: артериальное давление и показатели крови – стабильные, условно-стабильные и нестабильные.

Стабильность гемодинамики – основополагающая предпосылка для расширенного лучевого обследования и эндодиагностики.

Стандарт диагностики начинается с экстренной ультрасонографии органов брюшной полости, при которой у 92% пациентов лоцирован источник внутрибрюшного кровотечения, но чаще определяется относительно неспецифический, но информационно достоверный признак – уровень свободной жидкости в малом тазу. Стабильное и условно-стабильное состояние дает возможность произвести МСКТ брюшной полости или при необходимости – тотальной МСКТ (при сочетанной травме).

Стабильная гемодинамика и стабильность объема свободной жидкости в малом тазу позволяли избрать консервативный метод лечения.

Нарастание уровня жидкости в брюшной полости на фоне стабильной гемодинамики явилось показанием к лечебно-диагностической лапароскопии, которая была успешной у 132 пациентов (71,3%) при повреждении органов брюшной полости. Лапароскопия при абдоминальной травме имеет свои особенности и этапность. Первичная ревизия позволяет установить стабильность ситуации и дает возможность остановить кровотечение коагулированием и ушиванием или определить показания к конверсии.

У 53 детей (28,7%) с тяжелым нарушением гемодинамики, при лучевой визуализации разрыва органа выполнялась экстренная лапаротомия, имеющая и органоуносящий, и органосохранный характер.

Вывод. Таким образом, наши исследования позволяют при травме органов брюшной полости выделить группу пациентов со стабильной гемодинамикой, наиболее представленную в количественном отношении. Выбор хирургической тактики в этой группе базируется на мониторинге клинико-лабораторных показателей, сонографических и КТ-симптомов. У подавляющего большинства пациентов со стабильной гемодинамикой возникают показания к трем методам лечения: консервативному, лечебно-диагностической лапароскопии и лапаротомии. Такая тактика позволила полностью исключить из арсенала ургентной хирургии лапароцентез и напрасные лапаротомии.

ОПЕРАЦИИ РАЗОБЩЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Акилов Х.А., Урманов Н.Т., Примов Ф.Ш.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель исследования. Анализ результатов азигопортального разобщения у детей с портальной гипертензией.

Материал и методы. В клинике РНЦЭМП с 2005 по 2015 г. на лечении находилось 73 ребенка с портальной гипертензией в возрасте от 3 до 16 лет, которым выполнялись операции разобщения. Мальчиков было 42 (57,5%), девочек – 31 (43,5%). Из всех 73 больных внутрипеченочная форма портальной гипертензии отмечалась у 58 (79,4%) детей с циррозом печени, внепеченочная форма у 15 (21%) детей. Операции азигопортального разобщения у 46 (63,8%) детей выполнены на высоте кровотечения при неэффективности консервативной терапии в течение 12 часов, в 15 (21%) случаях имел место рецидив кровотечения после консервативного лечения, а у остальных 7 (9,5%) детей они выполнены при отсутствии пригодных для анастомозирования сосудов. В 5 (6,8%) случаях произведена эндоскопическая перевязка варикозно расширенных сосудов.

Результаты. На высоте кровотечения операция Пациора выполнена у 29 (39,7%) детей, операция Назырова – у 22 (30,1%), операция Таннера-Баирова – у 17 (23,3%) больных. Сроки наблюдения составили от 6 месяцев до 5 лет. В раннем послеоперационном периоде умерло 3 больных (циррозом печени Ch C класса). В отдаленные сроки наблюдения обращали внимание на повторные кровотечения и степень регрессии флебэктазий. Для этого больные обследовались каждые 6 месяцев после операции двухэтапно. Первый этап – анкетирование, в которое включали объективную оценку самочувствия, повторные эпизоды кровотечения. Второй этап – контроль флебэктазий, с целью чего проводили контрольное ФЭГДС.

После операции Пациора в сроки 9-14 месяцев рецидив кровотечения отмечен у 3 детей (10,3%), через 2-3 года – еще у 2 больных (6,87%).

У 5 (29,4%) больных, которым выполнена операция Таннера–Баирова, у 2 (11,7) через один год, у 3 (17,6) более чем через год повторилось кровотечение, рецидив кровотечения составил 4,8% наблюдений.

После операции Назырова рецидив кровотечения отмечен у 1 (4,5%) ребенка через 16 месяцев.

Контрольное ФЭГДС, которое проводили всем больным через 6 месяцев после операции, показало несомненный регресс флебэктазий. Через 6 месяцев после операции Пациора у двух детей в субкардиальном отделе сохранялись узлы. У одного ребенка, который поступил через 9 месяцев после операции с пищеводным кровотечением, в средней-нижней трети пищевода выявлялся один ствол диаметром 0,4 см, с выраженным эрозивным эзофагитом.

Наилучшие результаты были получены у больных после операции Назырова. В сроки от 6 до 36 месяцев у пациентов после операции Назырова эндоскопически продолжалось уменьшение степени флебэктазий, полностью исчезли признаки эрозивного и рефлюкс эзофагитов. Сохранившиеся вариксы легко спадались, не были напряженными и не могли расцениваться как угроза кровотечения из них.

Заключение. Таким образом, для эффективной остановки кровотечения из флебэктазий пищевода и желудка у детей с портальной гипертензией, по нашему мнению, можно рекомендовать операцию Назырова.

ГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Акилов Х.А., Урмонов Н.Т., Примов Ф.Ш.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Актуальность. Язвенные гастродуоденальные кровотечения – одна из наиболее сложных проблем ургентной хирургии. В настоящее время одним из основных методов диагностики источника кровотечения является эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), эффективность которой достигает 97-100%. Эндоскопическую технику можно использовать не только для выявления источника кровотечения, но и для его остановки. Кроме того, ЭГДС позволяет дать ориентировочную информацию о степени надежности гемостаза и прогноза возможного рецидива кровотечения.

Целью данного исследования является обобщение и анализ опыта лечения и динамического наблюдения за больными с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии у детей.

Материалы и методы. Работа основана на анализе результатов лечения 82 больных детей с язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненными кровотечениями, с 2005 по 2016 г. Мальчиков было 48 (58,5%), девочек – 33 (41,5%) в возрасте от 9 месяцев до 17 лет. Из них острые формы заболевания, осложненные кровотечением, составили 26 (31,7%) детей, а хроническая форма отмечалась у 56 (68,3%) детей. Клиническими признаками гастродуоденального кровотечения были рвота «кофейной гущей», черный стул – у 52 (63,4%), дегтеобразный стул (мелена) – у 12 (14,6%), рвота кровью – у 3 (3,6%), бледность кожных покровов, слабость, головокружение отмечались у 90% детей. Оценку тяжести общего состояния у больных с гастродуоденальными язвенными кровотечениями мы проводили по классификации А.И. Горбашко (1986). В наших наблюдениях преобладали пациенты со средней (51,7%) и тяжелой (26,6%) степенью кровопотери. Экстренную ЭГДС, в течение первых 1-2 ч с момента поступления, проводили всем 82 больным с клинической картиной гастродуоденального кровотечения. При ЭГДС оценку степени активности кровотечения проводили по классификации J. Forrest, на основании которой по F-1A – 4 (5,6%), F-1b – 6 (7,3%), F-IIA – 18 (22,8%), F-IIb – 28 (34,1%), F-IIC – 16 (19,5%), F-III – 8 (9,7%) больных.

Результаты и обсуждение. Больных, поступивших в стационар с изначально продолжающимся струйным артериальным кровотечением из язвы, было всего 4 (5,6%). Во всех случаях имела место острая форма заболевания на фоне: в 2-х случаях – ОПН, в одном случае – обширный ожог тела, и в одном случае – ребенок был ВИЧ-инфицированный. В данной группе всем больным был произведен комбинированный способ эндогемостаза (первым этапом применяли обкалывание сосудосуживающими препаратами, вторым этапом – аргоно-плазменная коагуляция) и тем самым был достигнут гемостаз. Рецидив кровотечения до 6 часов отмечался у одного более 12 часов – у трех больных, по поводу чего все больные были оперированы. Пациенты, поступившие в стационар с признаками продолжающегося диффузного кровотечения из язвы венозного характера (F1B), составили 6 (7,3%) детей. С помощью эндогемостаза первичной остановки кровотечения удалось добиться у всех больных. Из них в 3 (5,7%) случаях применена диотермокоагуляция и в 1 (1,9%) случае – комбинированный способ эндокоагуляции. В связи с рецидивом кровотечения в 2 (3,8%) случаях с хроническими формами дуоденальных язв после диотермокоагуляции дети оперированы в экстренном порядке. Наличие в язве тромбированного сосуда (F-2A) изначально диагностировано у 18 (22,8%) больных. С целью укрепления гемостаза в язве у всех пациентов применен эндоскопический гемостаз методом спиртового обкалывания и в 100% случаях достигнут полный гемостаз. Больных с наличием в язве фиксированного тромба (F-2B) составили 28 (34,1%) детей. Во всех случаях также проводился эндоскопический гемостаз с профилактической целью методом спиртового обкалывания. Наличие в язве мелкоточечных тромбов отмечено у 16 (19,5%) пациентов. Эндоскопический гемостаз у них не применяли. Больные с Forrest 3 составили 8 (9,7%) от общего числа больных. ЭГ им также не проводился.

Таким образом, в диагностике и определении тактики лечения больных с гастродуоденальными кровотечениями незаменимое место имеет эндоскопия.

Современные эндоскопические технологии позволяют осуществить не только временный, но и

окончательный местный гемостаз, а также провести мероприятия, препятствующие возобновлению кровотечения, что, в свою очередь, дает возможность избежать экстренной операции или при необходимости выполнять открытую операцию в более благоприятных условиях. Высокий эффект эндоскопического гемостаза, достигающий 96,2%, позволяет активно применять этот метод при продолжающемся или состоявшемся кровотечении.

ОЦЕНКА ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ТКАНИ ПЕЧЕНИ НА ГЕМОСТАТИЧЕСКИЙ ИМПЛАНТАТ «ГЕПРОЦЕЛ»

Алимов М.М., Мирзахмедов Б.М., Исмаилов Б.А.
АО «РСЦХ им. акад. В. Вахидова»

На сегодняшний день существуют различные виды морфологической оценки гемостатических имплантатов (сканирующая электронная и световая микроскопия), а также влияния сроков имплантации и тканевой реакции на процессы деградации и резорбции материалов. Для оценки воспалительной реакции ткани на имплантат в гистологических исследованиях применяется система баллов, которая учитывает степень местной реакции ткани по области ее распространения либо количественно, либо полуколичественно.

Цель исследования. Проведение экспериментальных исследований на модели паренхиматозного и дать морфологическую оценку влияния гемостатической пленки «Гепроцел» на заживление раны печени.

Материал и методы. Для оценки гистологических исследований была применена система баллов согласно ГОСТ Р ИСО 10993-6-2009, в котором учитывались параметры полуколичественной оценки числа и распределения клеток, характеризующих воспалительный процесс в срезах ткани печени, таких как полиморфноядерные нейтрофилы, лимфоциты, плазматические клетки, макрофаги, эозинофилы и многоядерные клетки, число которых на одно поле зрения при увеличении 400. При микроскопии оценивали динамику развития воспалительной реакции, особенности регенерации паренхимы печени. Использованы крысы (50) обоего пола, весом 197,6±3,4 г породы «Vistar», у которых после использования имплантата взяты биоптаты.

Результаты исследования. При аппликации гемостатической пленки «Гепроцел» отмечался устойчивый гемостаз. После наблюдения (10 минут) возобновления кровотечения не наблюдалось. В контрольной группе после применения двухслойной марли отмечалось просачивание крови. В установленные сроки взяли биопсийный материал из раны печени для оценки макроскопического и микроскопического состояния имплантата. Во время эксперимента анализировали макроскопическую оценку изменений в брюшной полости при вскрытии животных после эвтаназии.

Таким образом, проведенные исследования показали, что модифицированная гемостатическая плёнка «Гепроцел» при различных паренхиматозных кровотечениях дает стойкий гемостатический эффект. К концу экспериментального исследования наблюдаются регенераторные процессы в паренхиме печени, особенно в зоне повреждения, что свидетельствует о восстановлении ткани печени после применения предлагаемого гемостатического материала. При оценке системы баллов, в которой учитывались параметры полуколичественного определения числа и распределения клеток, характеризующих воспалительный процесс, «Гепроцел» был оценен как агент, не вызывающий образования спаек и абсцессов.

ИЗУЧЕНИЕ ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО ИМПЛАНТАТА «ГЕПРОЦЕЛ»

Алимов М.М., Махмудов К.О., Исмаилов Б.А.
АО «РСЦХ им. акад. В. Вахидова»

Цель работы. Изучение острой токсичности при внутрижелудочном и внутрибрюшинном введении гемостатического, поликомпозиционного, биоразлагаемого имплантата «Гепроцел».

Материал и методы исследований. Материалом для исследования послужил гемостатический, биоразлагаемый поликомпозиционный имплантат «Гепроцел», на основе Na-Ca-КМЦ с ОЦ, предназначенный для использования в качестве местного гемостатического средства при паренхиматозных кровотечениях в форме пленки. Имплантат разработан сотрудниками экспериментального отдела РСЦХ им. акад. В.Вахидова и Института химии и физики полимеров АН РУз.

Исследования проведены на 108 белых половозрелых беспородных крысах – самцах первого года жизни массой 190 – 250 г., содержащихся в условиях вивария в соответствии с требованиями ГОСТ ISO 10993-11-2011 о надлежащих условиях подготовки и наблюдении подопытных животных. Для определения параметров острой токсичности был использован метод Литчфилда и Уилкоксона. 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.

Результаты собственных исследований и выводы. Проведенный комплекс токсикологических, физиологических и биохимических исследований позволяет сделать вывод о том, что имплантат на основе Na-Ca-КМЦ с ОЦ и наноцеллюлозой по параметрам острой токсичности при внурибрюшинном воздействии относится к 4 классу – практически нетоксичное вещество. Гепроцел не обладает кожно-резорбтивным, местно-раздражающим действием на кожу. Препарат не обладает кумулятивным эффектом, хроническое внутрибрюшинное воздействие имплантата на основе Na-Ca-КМЦ с ОЦ и наноцеллюлозы в дозах

300 мг/кг м.т., 150 мг/кг м.т. и 50 мг/кг массы тела не вызывает интоксикацию и гибель животных. По результатам острой токсичности при внутрибрюшинном введении ЛД50 «Гепроцел» доза составила 6654,0 (6005,8÷ 7302,2) мг/кг.

На основании сравнительного гистоморфологического исследования органов и тканей контрольных и опытных животных сделан вывод о том, что изучаемый имплантат на основе Na-Ca-КМЦ с ОЦ и наноцеллюлозой при длительном хроническом введении в изученных дозах не вызывает патологических изменений в организме.

По данным исследований, разработанный имплантат имеет характеристики, сравнимые с зарубежными аналогами по биоинертности, стойкости при хранении, и отличается большей гемостатической активностью, адгезивностью, а также относительной дешевизной технологического процесса. Эксперименты «in vivo» показали, что разработанный новый гемостатический материал «Гепроцел» в виде пленки может быть применен для остановки паренхиматозных кровотечений, при травмах и операционных кровопотерях, а также открывает перспективы применения имплантата в других разделах хирургии.

ЭКСТРЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ РАСШИРЕНИИ ВЕН СЕМЕННОГО КАНАТИКА

Аллазов С.А., Гафаров Р.Р., Нишанов Н.Н., Искандаров Ю.Н.
Самаркандский медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Казалось бы наиболее плановое заболевание – варикоцеле, т.е. расширение вен семенного канатика, – при осложненных формах превращается в «экстренное», в крайнем случае, «неотложное», «отсроченное».

При ретроспективном изучении медицинской документации 934 больных с варикоцеле у 99 обнаружили состояние экстренного, или неотложного характера. Среди них самым частым является болевой синдром – у 89 больных. Разрыв стенки вены с образованием гематомы наблюдался у 4 больных, с образованием варикозного узла в мошонке – у 25 больных. Тромбоз яичковой вены отмечался у 6 больных, флебит – у 1. У 6 больных имели место ятрогенные повреждения: кровотечения после операции – 5 больных, перевязка и рассечение мочеточника – 1 больной.

Всем больным с экстренными и неотложными осложнениями проводились диагностические мероприятия, согласно стандартам с нашими дополнениями, в следующем объёме: изучение жалоб и сбор анамнеза, осмотр и пальпация наружных половых органов в покое и с нагрузкой, общие анализы и биохимические исследования крови, спермограмма, обзорная уроскопия, экскреторная уроскопия (-графия), УЗС с допплерографией и цветовое допплеровское картирование (ЦДК) сосудов, гистоморфологическое исследование резецированного участка семенной вены. При повреждении мочеточника дополнительно проводилась его катетеризация.

Экстренные методы оказания помощи и лечения проводились исходя из характера осложнения. У больных с болевым синдромом проводились консервативные мероприятия (в амбулаторных условиях, либо стационарно в течение 1-3 дней) в виде ограничения физической нагрузки и длительного стояния, устранения метеоризма и запоров, исключения длительного напряжения брюшной стенки, холодовых ванн для органов мошонки, устранения половых излишеств. При разрыве стенки вены с образованием гематомы и варикозного узла в мошонке проводились как консервативные мероприятия – постельный режим, устранение метеоризма, холод на мошонку, так и оперативные вмешательства: дренирование гематомы, операция Иваниссевича, лапароскопические операции. Стационарное лечение таких больных проводилось в течение 5-7 дней.

При тромбозах и флебитах яичковой вены в лечении постельный режим сочетали с антибиотикотерапией, антикоагулянтами, фибринолитиками и тромболитическими препаратами, а также обезболивающими и жаропонижающими средствами в течение 5-7 дней стационарного лечения.

В случае ятрогенных повреждений лечебные мероприятия заключались в ревизии раны с окончательной остановкой кровотечения при послеоперационных кровотечениях и восстановлении целостности и проходимости мочеточника при его перевязке. Стационарное лечение в подобных ситуациях проводилось до 10 дней.

Результаты. С 1973 по 2015 г. нами выполнены операции по Иваниссевичу (перевязка и рассечение внутренних яичковых вен) у 934 больных. Осложнения, придавшие этому заболеванию экстренный, или неотложный характер, имели место у 99 пациентов (14,1%).

Выводы. Так, если в 1973-1999 гг. (до возникновения СЭМП) из общего числа оперированных по поводу варикоцеле экстренные показания составляли 0,1%, а отсроченные – 0,8%, то в период функционирования СЭМП (2000-2015 гг.) эти показатели выглядят соответственно 6,6% и 12,4%. Создание сети экстренной медицинской помощи (СЭМП) в нашей республике способствовало ускоренной диагностике и оказанию экстренной, срочной или отсроченной помощи при варикоцеле.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА С ПРИМЕНЕНИЕМ СТАТИНОВ: АНАЛИЗ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Арзикулов Т.Н., Ибрагимов Б.Х., Расулов А.Э.
Джизакский филиал РНЦЭМП

В настоящее время, несмотря на развитие нейровизуализации и оперативной нейрохирургии, лечение геморрагического инсульта остается одной из актуальных проблем экстренной нейрохирургии. У 27% больных причиной этого заболевания являются атеросклероз и гипертоническая болезнь.

Цель. Анализ результатов лечения больных с геморрагическим инсультом.

Материал и методы. В течение 2008-2015 гг. в нейрохирургическом отделении Джизакского филиала РНЦЭМП были прооперированы 49 больных по поводу нетравматических внутримозговых кровоизлияний, из них 29 мужчин и 20 женщин. Средний возраст 56 лет. В течение 12 ч после заболевания прооперированы 19 больных, от 12 до 24 ч – 12, спустя 24 ч – 18.

В ясном сознании поступили 16 больных, в умеренном и глубоком оглушении – 21, в умеренной коме – 8, в глубокой коме – 4.

При поступлении всем больным проводилось комплексное обследование, включающее нейроофтальмологическое, нейрофизиологическое, нейрорентгенологические методы.

Результаты. 9 больных умерли вследствие тяжести состояния и сопутствующей патологии. Открытое удаление гематомы проведено 32 больным с помощью костно-пластической трепанации черепа.

У 17 больных осуществлено минимально инвазивное удаление внутримозговых гематом с применением устройства воронкообразной канюли, которое представляет собой усеченный конус, на большом основании которого имеется ограничительный фланец, обеспечивающий возможность фиксации канюли в костном отверстии. Удаление внутримозговой гематомы осуществлялось через трефинационное отверстие диаметром 2,5 см.

Всем больным в послеоперационном периоде с целью профилактики прогрессирования атеросклероза и вторичной профилактики повторного инсульта, а также улучшения функции эндотелия сосудов головного мозга дополнительно к проводимому лечению назначали препараты из группы статинов (роксера, аторис, симвастатин).

У всех больных в 1, 7 сутки и перед выпиской проводилось МСКТ-исследование. Как правило, после операции, которые получали статины, выявлялось уменьшение зоны ишемии и отека мозга вокруг места кровоизлияния.

Таким образом, применение статинов в послеоперационном периоде оказывает положительное влияние на зону пенумбры и способствует более раннему восстановлению функции пораженного участка мозга.

РАНЕНИЕ СЕРДЦА И ПЕРИКАРДА

Атаджанов Ш.К., Рахимий Ш.У., Бекчанов Х.Н.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Изучить практический опыт проводимых оперативных вмешательств при открытых ранениях сердца.

Материалы и методы. Ранение сердца и перикарда остается предметом повседневного внимания хирургов. В мирное время в большинстве случаев эти ранения наносятся холодным оружием. За 5 лет (2010 – 2015 гг.) в хирургическом отделении Хорезмского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи оперированы 13 пациентов с ранением сердца. Среди пострадавших была 1 женщина и 12 мужчин. В основном пострадавшие были в возрасте до 40 лет – 9 пациентов (69,2%). В большинстве наблюдений раны располагались в левой половине грудной клетки и проецировались на передней поверхности сердца – у 10 пациентов (76,9 %).

К нашей клинике все пострадавшие с ранениями сердца были оперированы в течение первого часа с момента поступления в клинику.

Результаты исследования. Переднебоковую торакотомию по поводу ранения сердца проводили в IV – VI межреберье слева в положении пациента на спине с приподнятой левой половиной туловища. Подобный доступ позволяет произвести ревизию левого и правого желудочков сердца. Перикард вскрывали в продольном направлении ниже диафрагмального нерва. Во время операции ранение перикарда было отмечено у 4 (30,7 %) пострадавших, ранение желудочков сердца было у 5 (38,4 %), ранение предсердий – у 4 (30,7 %). В момент вскрытия перикарда и эвакуации сгустков крови останавливали фонтанирующее кровотечение прижатием пальца левой руки, в тот же момент правой рукой накладывали П-образные швы на атравматичной игле проленом, стараясь прошить миокард на всю толщину. При накладывании швов в 2 случаях имела место остановка сердечной деятельности. Иногда с целью избежать прорезывания лигатур, линию швов дополнительно укрепляем участком иссеченного перикарда.

В послеоперационном периоде умерло 2 пациента. Послеоперационная летальность при ранениях сердца за период исследования составила 15,3 %.

Заключение. Таким образом, на госпитальном этапе помощи пострадавшим с ранением сердца решающая роль принадлежит предельно быстрой диагностике и доставке в хирургический стационар с предварительным оповещением. Наиболее часто встречается ранение желудочков – 38,4 %. Наиболее хороший результат получен при П-образном ушивании ранений миокарда.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ

Ахмедиев М.М., Югай И.А., Тулаев Н.Б., Ахмедиев Т.М.
Республиканский научный центр нейрохирургии

Внутричерепные кровоизлияния (ВЧК) – одна из актуальных проблем детской нейрохирургии. Обязательным условием выбора лечебной тактики при ВЧК у детей грудного возраста является диагностика структурных внутричерепных изменений.

Цель. Оценка значения функциональных и структурных внутричерепных изменений при ВЧК у детей грудного возраста.

Материал и методы. Проведено обследование и лечение 39 детей грудного возраста со спонтанными ВЧК, из них с обширными субарахноидальными – 26, внутримозговыми – 8, субдуральными – 5. Во всех случаях спонтанных ВЧК наблюдалось тяжелое состояние младенцев с быстрым развитием отека мозга, проявлением общемозговых очаговых и дислокационных симптомов. Отмечается лишь отсутствие застойных явлений на дне глаз, но всегда – выраженное венозное полнокровие, спазм артерий и нередко преретинальные кровоизлияния. Основное значение имели контроль размеров ВЧК и динамика гидроцефалии. **Методы нейровизуализации ВЧК** позволяли проводить оценку внутричерепных структурных изменений, выбирать тактику лечения и оценивать дальнейший прогноз жизни.

Результаты. Выявляются основные три причины ВЧК: геморрагическая болезнь новорожденного, разрыв сосудистых мальформаций – аневризм, идиопатические. Среди причин спонтанных внутричерепных кровоизлияний у детей грудного возраста выделены: пороки развития сосудов головного мозга – 42,6% (сосудистые мальформации – 33,8%), коагулопатии – 32,4%, кровоизлияния в опухоль мозга – 10,2%, аневризмы вены Галена – 10,8%, идиопатические – 4%. ВЧК у младенцев в основном возникают на фоне осложненной беременности матери и гипоксическо-ишемического поражения плода. В постнатальном периоде наблюдаются гемоликвородинамические и биохимические нарушения, приводящие к ВЧК различной локализации. Причины и локализация ВЧК у детей грудного возраста определяли особенности клинического течения заболевания: первое – подострое начало, постепенное развитие клинических проявлений на фоне геморрагического синдрома (анемия, повышенная кровоточивость), схожесть с клиническими проявлениями менингоэнцефалита; второе – острое начало, связанное чаще всего с разрывом аневризмы.

Тяжесть состояния, выраженность геморрагических нарушений, ранний возраст ребенка служили показаниями к оперативному вмешательству. Показаниями к проведению оперативного вмешательства являлись сдавление головного мозга гематомой со смещением срединных структур, деформация базальных цистерн, сдавление гомолатерального бокового желудочка с дислокационной контрлатеральной гидроцефалией, углубление неврологической симптоматики. Пункционное или наружное дренирование внутричерепных гематом через фрезевые отверстия во всех наших наблюдениях давало положительный эффект и позволяло вывести больного из тяжелого состояния. Метод вентрикулосубгалеального дренирования при несанированном геморрагическом ликворе в лечении тяжелых форм внутрижелудочковых кровоизлияний позволял купировать прогрессирование гидроцефального синдрома и в последующем провести вентрикулоперитонеостомию при нормальных показателях ликворограммы. Мониторинг включал нейросонографию и компьютерную томографию. Хирургическое лечение дополнялось консервативной терапией с целью улучшения реологических свойств крови, а также противоотечной, сосудистой, антиоксидантной, ангиопротекторной терапией. В наших наблюдениях благоприятные исходы хирургического лечения с восстановлением психофизических функций и нормальным развитием ребенка показывают необходимость комплексного лечения во всех случаях ВЧК у младенцев. Использование сочетания вентрикулосубгалеального дренирования и клапанного шунтирования позволяет добиться снижения времени санации ликвора.

Выводы. 1. Проблема цереброваскулярной патологии и инсульта у детей грудного возраста не теряет своей актуальности и требует дальнейшей разработки. 2. На основании результатов комплексного обследования детей уточнены показания к применению различных методов нейрохирургического лечения: пункционному выведению, дренированию гематомы, краниотомии.

АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТЭЛА В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Ахраров Б.М., Махмудов Н.И., Расулов А.Ф., Боборахимов А.А.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Такое тяжелое заболевание, как тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), значительно легче предотвратить, в чем лечить. Поэтому хирурги, наряду с врачами других специальностей, должны уделять самое пристальное внимание вопросам профилактики эмболии.

Первичной профилактикой ТЭЛА путем предотвращения развития тромбоза в системе нижней полой вены должны заниматься врачи всех специальностей. Неспецифические ее методы должны применяться у всех без исключения стационарных больных. Они заключаются в максимально ранней активации больных и сокращении длительности постельного режима, эластической компрессии нижних конечностей, проведении специальной прерывистой пневматической компрессии ног либо использовании специаль-

ной ножной педали у лиц, вынужденных соблюдать постельный режим.

Общеизвестно, что венозный тромбоз и легочная эмболия остаются основным общим послеоперационным осложнением. Статистика послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений поистине угрожающая.

После различных общехирургических оперативных вмешательств тромбоз глубоких вен нижних конечностей развивается в среднем у 0,1-0,2% больных. Симптомы тромбоза глубоких вен могут появляться не сразу после хирургического вмешательства, а спустя больший или меньший промежуток времени, в течение которого он нарастает. В некоторых случаях, уже после выписки пациента из стационара, венозный тромбоз может протекать вообще бессимптомно. Иногда первым и единственным проявлением подобного тромбоза является массивная тромбоэмболия легочной артерии.

Риск развития тромбоэмболических осложнений неодинаков у разных категорий больных, и эта опасность может быть оценена на основании общеизвестных факторов риска. Так, в большинстве случаев послеоперационные тромбоэмболические осложнения угрожают пациентам в возрасте старше 50 лет, больным, страдающим недостаточностью кровообращения, варикозным расширением вен нижних конечностей, больным с системными заболеваниями суставной системы, имеющим костную травму. Это угроза многократно возрастает в случаях продолжительных оперативных вмешательств под общим обезболиванием, длительного пастельного режима.

В нашем центре в отделении экстренной абдоминальной хирургии в 2011-2015 гг. для профилактики ТЭЛА в предоперационном и послеоперационном периодах используется антикоагулянтная терапия, в частности препараты гепаринового ряда: гепарин, гепародик, клексан, фраксипарин. Из 3453 больных, подвергшихся различным оперативным вмешательствам на органах брюшной полости 1455 (42%) по показаниям проводилась антикоагулянтная профилактика, из них 401 (27%) – клексаном (0,2-0,4 мл). В результате этого в 2007 г. было 2 (0,13%)случая ТЭЛА, в 2008 г. случаев ТЭЛА не было.

Заключение. Частота венозного тромбоза и легочной артерии при проведении гепаринопрофилактики снижается в несколько раз, при этом использование низкомолекулярного гепарина, как правило, не только обеспеичвает меньшую частоту геморрагии, но и более эффективно.

Предотвращение венозного тромбоза, конечно, не столь эффективно, как возращение жизни погибающему больному с помощью эмболэктомии из легочной артерии, но эффективная профилактика позволяет надежно контролировать опасность развития послеоперационных ТЭЛА и помочь несоизмеримо большому числу пациентов, экономя значительные материальные средства.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СОСУДОВ В УСЛОВИЯХ МИРНОГО ВРЕМЕНИ

Бахриддинов Ф.Ш., Зайниддин Норман угли
АО «Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова»

Современная диагностика и хирургическое лечение травматических повреждений сосудов является одной из актуальных проблем современной хирургии. Особую значимость в современных условиях труда и быта приобретает разработка современных методов диагностики и оптимизация хирургической тактики лечения травматических повреждений сосудов.

Цель. Обобщение результатов хирургического лечения травматического повреждения сосудов.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 53 больных обоего пола, из них в возрасте 10 лет было 2, 11-20 лет – 9, 21-30 лет – 22, 31-40 лет – 14, 41-50 лет – 4, 50 лет и старше – 2. Мужчин было 50 (94,3%), женщин 3 (5,6%).

Все травматические повреждения нами разделены на тупые и проникающие раны. Тупые травмы возникали в результате дорожно-транспортных аварий, во время спортивных состязаний и др. Проникающие травмы возникали при ранениях огнестрельным и холодным оружием: ножевые – у 13, огнестрельные: пулевые – у 4, дробовиком – у 1. Тупые травмы: автомобильные – 3; мотоциклетная – 1, другие – у 29, ятрогенные – у 2. По локализации повреждений: бедренная артерия – у 13, плечевая артерия – у 22, локтевая и лучевая артерия – у 5, сонная артерия – у 2, наружная яремная вена – у 1, артерии голени – у 2, артерии кисти – у 1, подвздошная артерия – у 3, брюшная аорта – у 1, подмышечная артерия – у 1, подколенная артерия – у 1, внутренняя срамная артерия – у 1 больного.

Острая ишемия наблюдалась у 6 (11,3%) больных, геморрагически-травматический шок – у 10 (18,8%), ишемия 1А – у 2, 1Б – у 1, 11А – у 1, 11А-1, 111А – у 2, тромбоз сосудов – у 6 (11,3%), постгеморрагическая анемия – у 2 (3,7%), повреждение нервов – у 7 (13,2%), переломы костей – у 3 (5,6%), аррозивные кровотечения – у 3 (5,6%).

При острой травме сосудов применялась следующая тактика: быстро поставить диагноз; стабилизировать центральную гемодинамику и начать восстановительную операцию. Рентгеноконтрастную ангиографию применяли редко, только в сомнительных случаях. 10 больным произведена ангиография. Особое внимание уделялось ПХО раны с иссечением нежизнеспособных тканей, дренированию раны для промывания антибиотиками и антисептиками. С целью сокращения времени ишемии в первую очередь необходимо восстановить артерии, затем вену. При сочетанных костно-сосудистых повреждениях прежде всего восстанавливались переломы костей и отломков. При повреждении нервных стволов часто

накладывали эпиневральные швы. Острая ишемия, субфасциальный отек по классификации В.С. Савельева и соавт. (2002) не считается противопоказанием к проведению восстановительной операции. Для восстановления кровотока лигирование сосудов осуществлено у 15 (28,3%), боковой шов выполнен у 4 (7,5%), циркулярный шов – у 5(9,4%), аутовенозное шунтирование – у 10 (18,8%), протезирование – у 7 (13,5%), снятие спазмов – у 1 (1,8%), экстраанатомическое шунтирование – у 2 (3,7%), ампутация конечности – у 5 (9,4%), фасциотомия – у 1 (1,8%) больного. Хорошие и удовлетворительные результаты восстановительных операций получены у 90,6% больных, ампутация выполнена 9,4% пострадавших.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ СОСУДОВ «ТРУДНОЙ» ЛОКАЛИЗАЦИИ

Бахритдинов Ф.Ш., Суюмов А.С., Норкулов А.А., Юсуббаев А.З., Умаров Ф.Р.
АО «Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова»

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения пациентов с повреждениями сосудов «трудной» локализации.

Материал и методы. В 2010-2015 гг. в отделении хирургии сосудов РСЦХ им. акад. В. Вахидова, а также сотрудниками ее выездной сосудистой бригады оперированы 102 пациента с различными ранениями магистральных сосудов. Ранение грудной аорты было у 1 (0,9%), подключичной артерии – у 18 (19,1%), сонных артерий – у 17 (15,4%), позвоночной артерии – у 6 (5,8%), брюшной аорты и ее ветвей – у 10 (5,8%), ягодичной артерии – у 6 (5,8%), повреждение бифуркации артерий – у 19 (18,3%), подключичной вены – у 14 (13,5%), нижней полой вены – у 11 (5,8%). Колото-резаные ранения имели место у 80 (76,9%) пострадавших, вследствие дорожно-транспортных происшествий – у 4 (3,84%), ятрогенные травмы были у 14 (18,2%), огнестрельные ранения – у 4 (0,97%).

Все больные оперированы в экстренном порядке. Хирургические вмешательства выполняли параллельно с противошоковыми мероприятиями. При повреждении артерий трудной локализации и отсутствии кровопотери применяли миниинвазивные методы остановки кровотечения (29). Выполняли экстренную ангиографию, после определения участка повреждения артерий устанавливали катетер Грюцинга в эту область, останавливали кровотечение. Тем самым уменьшали длительность и травматичность последующего хирургического вмешательства: не выделялась артерия выше и ниже ее повреждения.

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

Результаты. Хорошие и удовлетворительные результаты получены у 92,7% больных. Наилучшие результаты отмечались у пациентов, которым применялись миниинвазивные методы.

Таким образом, своевременное оказание ангиохирургической помощи с применением миниинвазивных технологий позволяет сохранить не только конечность, но и жизнь больного.

ТАКТИКА НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАНЕНИЯХ СОСУДОВ ШЕИ

Бахритдинов Ф.Ш., Норкулов А.А., Мадраимов А.А.
АО «Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова»

Ранения шеи относятся к числу наиболее опасных для жизни пациентов и трудных для диагностики и лечения. Ранения кровеносных сосудов шеи составляют до 10% от всех ранений сосудов мирного времени, при этом частота летальных исходов достигает 40%, а оказание помощи этим раненым для большинства хирургов остается достаточно сложным мероприятием.

Цель. Разработка рациональной неотложной хирургической тактики лечения ранений сосудов шеи в условиях специализированного стационара и на выездах сосудистой бригады.

Материал и методы. По данным отделения хирургии сосудов и выездной сосудистой бригады за 2010-2015 гг. проанализирован опыт хирургического лечения 36 пострадавших с ранениями сосудов шеи. Повреждение плечеголовного ствола отмечалось у 6, общей сонной артерии – у 6, внутренней сонной артерии – у 2, наружной сонной артерии – у 6, позвоночной артерии – у 4, внутренней яремной вены – у 12. Все повреждения были получены в быту или на производстве. Преобладали колото-резаные ранения, у 3 пациентов повреждение было ятрогенным.

При оказании хирургической помощи в стационарах мы придерживались следующей тактики.

1. Раненым в шею с продолжающимся наружным кровотечением или с напряженной гематомой шеи, сопровождающейся асфиксией, производили ревизию магистральных сосудов шеи и остановку продолжающегося кровотечения на фоне проводимых противошоковых мероприятий.

2. Раненым с нестабильными показателями гемодинамики (величина систолического АД<90 мм рт. ст.) без продолжающегося кровотечения из раны шеи и тяжёлых расстройств дыхания выполняли ревизию сосудов после проведения комплекса мероприятий по стабилизации общего состояния и выполнения минимального набора диагностических исследований.

3. Раненым со стабильными показателями гемодинамики без признаков продолжающегося кровотечения и дыхательной недостаточности проводили полноценное инструментальное обследование с установкой диагноза и определением конкретного плана оперативного вмешательства.

При ранениях магистральных сосудов циркулярный сосудистый шов выполнен у 14 больных (повреждения сонных артерий), боковой – у 16, аутовенозное протезирование – у 6.

Выводы. Предложенная хирургическая тактика при ранениях кровеносных сосудов шеи, по нашему мнению, позволит избежать диагностических и тактических ошибок и улучшить результаты лечения этой достаточно тяжелой категории раненых.

АНГИОХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Бахритдинов Ф.Ш., Норкулов А.А., Мадраимов А.А., Маткаримов З.Т.
АО «Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова»

Около 90% травматических повреждений магистральных сосудов относятся к конечностям, что является частой причиной инвалидности и смерти пострадавших.

Цель. Анализ и улучшение результатов оказания ангиохирургической помощи пострадавшим с травмой магистральных сосудов конечностей.

Материал и методы. Сотрудниками отделения хирургии сосудов и выездной сосудистой бригады РСЦХ им. акад. В. Вахидова за период 2010-2015 гг. специализированная помощь оказана 62 пациентам с травмами сосудов конечностей. Средний возраст пострадавших 30±3,5 года. На магистральные сосуды верхних конечностей приходилось 58,1% повреждений, нижних конечностей – 41,9%. Колото-резаные повреждения отмечались у 54 пациентов, ушибленные раны были у 5, размозженные раны – у 3. У 6 пострадавших имело место сочетанное повреждение сосудов и костей. Специализированная помощь 74% больным была оказана в первые 6 ч, 16% – в последующие 6-12 ч, остальным 10% – в более поздние сроки. Оперативное лечение оказано 62 (100%) пострадавшим: выполнялись в основном аутовенозное протезирование и экстраанатомическое шунтирование, боковой или циркулярные швы и остановка кровотечения перевязкой артерий и вены. Хирургическая тактика при повреждении магистральных артерий зависела от общего состояния пострадавшего, показателей центральной гемодинамики и характера травмы: при наличии инфицирования раны выполняли экстраанатомическое шунтирование в обход инфицированного очага. Аутовенозное протезирование производили при протяженном ранении или повреждении артерий при остановке кровотечения общими хирургами.

Результаты. Положительный результат получен у 94% больных, 6% больных потеряли конечность, что связано с инфекцией, с последующим аррозивным кровотечением или тромбозом восставленных артерий, чаще всего из-за низких показателей гемодинамики.

Выводы. Пациенты с повреждениями магистральных сосудов конечностей представляют собой тяжелый контингент пострадавших. Лечение больных целесообразно проводить в условиях специализированных учреждений. При невозможности транспортировки больного оказание хирургической помощи должно осуществляться выездной сосудистой бригадой на местах. Наш опыт позволяет утверждать, что улучшение результатов лечения повреждений магистральных сосудов напрямую зависит от своевременного оказания ангиохирургической помощи, а также проведения противошоковых мероприятий до приезда сосудистой бригады.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СОСУДОВ

Бегалиев С.М., Калмурзаев Е.К., Тлеумуратов Б.Д., Халиллаев У.Н.
Нукусский филиал РНЦЭМП

Лечение повреждений сосудов конечностей с большим количеством осложнений и высокой летальностью от данного вида травмы занимает особое место в хирургической практике (Ерюхин И.А., Самохвалов И.М., 2004).

Цель. Определение путей снижения летальности и инвалидизации, улучшение исходов лечения пострадавших с травмами сосудов.

Материал и методы. С травматическими повреждениями сосудов в отделении хирургии Нукусского филиала РНЦЭМП в 2009-2015 гг. прооперированы 53 больных. Лиц мужского пола было 48 (90,6%) больных, женского – 5 (9,4%). У всех больных повреждения сосудов были открытыми. Наиболее частой причиной были колото-резаные ранения – у 49 (92,5%), ушибленные (ранения с костными отломками, отрыв сосудов при тупой травме) – у 4 (7,5%). Возраст пациентов колеблется от 22 до 48 лет, средний возраст 32±11,2 года. По направлению из районных медицинских учреждений поступили 18 (34%) пострадавших, по линии скорой медицинской помощи – 9 (17%), самотеком – 26 (49%). Наибольшее число пациентов обратились в течение первых 2 ч после травмы – 27 (51%), в течение 1 ч – 9 (17%), в течение 3 ч и более – 17 (32%). 42 (79,2%) больных поступили в состоянии алкогольного опьянения. Средний срок госпитализации – от 1 до 12 дней, в среднем – 4,2 дня. У 32 (60,4%) больных имела место травма сосудов верхних конечностей, у 21 (39,6%) – травма сосудов нижних конечностей. Повреждение сосудов конечностей у 4 пациентов сочеталось с переломами костей. Изолированное повреждение артерий отмечалось у 6 (11,3%)

больных, вен – у 11 (7%), сочетание повреждений артерий и вен – у 36 (67,9%). Повреждение лучевой артерии было у 14 больных, локтевой артерии – у 10, бедренной артерии – у 8, подколенной артерии – у 7, плечевой артерии – у 3; поверхностной бедренной вены – у 13, большой подкожной вены – у 10, подколенной вены – у 8, плечевой вены – у 5, лучевой – у 11. С целью остановки артериального кровотечения выполнены следующие виды операций: протезирование плечевой артерии с реверсированной аутовеной – у 1, циркулярный шов (пластика конец в конец) – у 19, боковой шов (ушивание дефекта) – у 18; лигирование – у 4. С целью остановки венозного кровотечения: циркулярный шов (пластика конец в конец) осуществлен у 26, боковой шов (ушивание дефекта) – у 11; лигирование – у 10. У 3 пациентов с переломами костей операции выполнялись совместно с травматологами. Ампутация конечностей произведена у 1 больного. Летальный исход, причиной которого явилась тяжелая степень геморрагического шока, синдром полиорганной недостаточности в связи с поздним обращением в стационар наступил у 1 пациента. Всем больным в послеоперационном периоде произведены допплерографические исследования сосудов. У 5 (9,4%) больных в послеоперационном периоде отмечались осложнения. 3 (5,6%) больным произведена поздняя ампутация в связи с прогрессированием ишемии из-за тромбоза сосуда, у 2 (3,7%) больных отмечалась гипотрофия конечности с контрактурой. 7 (13,2%) пациентов в раннем послеоперационном периоде направлены в специализированные центры для выполнения реконструктивно-восстановительной операции, т.к. у этих больных имелись места повреждений нервного пучка вместе с сосудами.

Выводы. Своевременное обращение пациентов и вовремя выполненные операции обеспечивают уменьшение количества ранних и поздних послеоперационных осложнений, снижение летальности и инвалидизации.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Бойматов И.И., Усманов Б.С., Бахрамов М.М., Исмаилов Ж.Т., Бойматова Г.Н.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Частота тромбозов глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК) у беременных составляет 0,4%, а у родильниц 3,5% (Макаров В.А. и др., 1998; Сенчук А.Я., 2007). По данным S. Rutherford и соавт. (1991), встречаемость ТГВНК до родов – около 0,6 случая на 1000 беременных моложе 35 лет и 1,2 случая на 1000 беременных старше 35 лет.

В отделении сосудистой хирургии и микрохирургии ФФ РНЦЭМ за 15-летний срок наблюдения на лечении находились 74 беременные женщины с острым ТГВНК. У 52 (70,3%) из них ТГВНК был слева, у 20 (27%) – справа, двусторонний процесс наблюдался у 2 (2,7%). Локализация тромботического процесса была следующей: в подвздошно-бедренном сегменте вен – в 6 случаях, в бедренных венах – в 22, в бедренно-подколенном сегменте – в 14, в венах голени – в 34. Из них у 2 беременных, наряду с ТГВНК, выявлен тромбофлебит большой подкожной вены голени (локальный) этой же конечности. Варикозное расширение вен нижних конечностей диагностировано у 13 обследованных.

Беременность сроком до 20 недель имела место у 42 женщин с ТГВНК, более 20 недель – у 32 беременных.

Причинами ТГВНК являлись особенности венозного кровообращения в области таза, физиологическая гиперкоагуляция и депрессия фибринолитической системы при беременности. Наиболее опасным сроком являлся момент выхода беременной матки в сроки с 12-16 недель из полости малого таза, в связи с чем подвздошные сосуды сдавливались извне.

В задачи лечения ТГВНК входила остановка распространения тромбоза, предотвращение ТЭЛА, которая угрожала жизни беременной, недопущение нарастания отека и, тем самым, венозной гангрены и потерю конечности.

Консервативное лечение включало:

– постельный режим с возвышенным положением нижней конечности, пока не исчезнет выраженный отек, затем возможна дозированная ходьба;

– эластическое бинтование нижней конечности, что способствовало снижению венозной гипертензии и улучшению оттока лимфы;

– гипотермия в первые 3 дня 5-6 раз в сутки по 30 минут, что снижало проявления флебита и уменьшало боль;

– применение низкомолекулярных гепаринов в лечебном режиме 8-10 дней;

– использование препаратов для улучшения реологии крови и микроциркуляции;

– переливание одногруппной свежезамороженной плазмы при низких показателях общего белка.

Из 74 беременных с ТГВНК у 4 выявлен флотирующий эмболоопасный тромб, и родовая деятельность могла быть пусковым механизмом для ТЭЛА. У одной беременной при доношенной беременности флотирующий тромб выявлен в подвздошной вене. Этой больной через срединную лапаротомию извлечен плод, затем выполнено клипирование нижней полой вены под устьями почечных вен. У 2 беременных флотирующий тромб был выявлен в поверхностной бедренной вене. Этим пациенткам произведена операция по перевязке поверхностной бедренной вены. У одной пациентки верхушка флотирующего тромба находилась в общей бедренной вене. После извлечения верхушки тромба катетером Фогарти на культю поверхностной вены наложены швы.

У 62 (83,8%) беременных после проведенного лечения исчезли боли, синюшность, отек, восстано-

вилась функция конечности. У 12 (16,2%) женщин в момент выписки сохранялся отек конечности и частичное ограничение функции. Летальных исходов не было.

Выводы. У беременных с тромбозом глубоких вен нижних конечностей необходимо своевременное и эффективное лечение в специализированном отделении, при флотирующем эмболоопасном тромбе – выполнение хирургической профилактики тромбоэмболических осложнений.

АНЕВРИЗМА АОРТЫ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АУТОПСИЙНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Вервекина Т.А., Убайдуллаева В.У., Магрупов Б.А.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Аневризма аорты – локальное мешковидное выбухание ее стенки или диффузное расширение всей аорты более чем в 2 раза по сравнению с нормой.

Материал и методы. Проанализированы протоколы вскрытий умерших в РНЦЭМ в 2014-2015 гг. Аневризма аорты диагностирована в 20 аутопсийных исследованиях, 11 больных были из хирургического корпуса и 9 – из терапевтического. В хирургическом корпусе диагноз «аневризма аорты» при жизни был установлен у 8 пациентов, у 3 клинические диагнозы звучали как «ОИМ, ОНМК, острая язва желудка». В терапевтическом корпусе при жизни установлены следующие диагнозы: ОНМК (1), ОКС (3), ХОБЛ (1), бронхиальная астма (1), ОИМ (2), вторичный бактериальный эндокардит (1). В возрасте 50-55 лет было 5 умерших, 56-60 лет – 4, 61-65 лет– 6, 66-70 лет – 2, 76-80 лет – 2, 81-85 – 1, мужчин было 13, женщин 7. Из 20 случаев аневризмы аорты в 6 имела место аневризма брюшного отдела аорты, в 2 – грудного и восходящего отделов аорты, в 12 – расслаивающая аневризма аорты. У всех больных отмечались атеросклероз II-IV ст. и гипертоническая болезнь.

Результаты. В 6 случаях аневризмы брюшного отдела аорты (5 мужчин и 1 женщина) располагались инфраренально и осложнялись разрывом с прорывом крови в забрюшинное пространство. Средний возраст 68,1±8,9 года. По продолжительности жизни больных с разрывом аневризмы было выделено 2 группы: 1) прожившие менее 24 ч – 4; 2) прожившие 1-7 дней – 2 больных. Оперированы 5, причем 4 выполнено внутримешковое бифуркационное аорто-бедренное протезирование, 1 больному вследствие развития ОПГА и летального исхода проведена лишь ревизия, 1 больной умер через 12 часов после поступления в стационар.

Аневризма грудного отдела аорты диагностирована у 2 мужчин, у 1 имела место неосложненная аневризма восходящего отдела аорты с картиной недостаточности аортального клапана, у второго – аневризма грудного отдела аорты с развитием аорто-пищеводного свища и массивным желудочно-кишечным кровотечением. Средний возраст больных 59±4,2 года.

С расслаивающей аневризмой аорты было 12 больных (6 женщин и 6 мужчин), средний возраст 60,2±9,7 года. Эти больные находились на лечении в отделениях хирургического (4) и терапевтического (8) профиля. Расслаивающая аневризма аорты 1А тип по De Bekey диагностирована у 2, 1Б тип – у 7, 2 тип – у 2, 3Б тип – у 1 больного. Острая форма наблюдалась у 11 больных, хроническая – у 1. При жизни диагноз «расслаивающая аневризма» был установлен у 2 больных из хирургии.

Таким образом, аневризма аорты отмечалась преимущественно у мужчин в возрасте от 50 до 65 лет. Основной причиной образования аневризм брюшной аорты является атеросклероз, когда вследствие атероматоза с дистрофией и некрозом эластических и коллагеновых мембран мышечной оболочки происходит истончение, а затем и разрыв стенки артериального сосуда. При гистологическом исследовании наблюдается истончение медии и адвентиция, разрушение эластического каркаса.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПОСТОЯННОГО СОСУДИСТОГО ДОСТУПА У БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ

Давлетова Д.Ф.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Наложение артериовенозной фистулы (АВФ) и артериовенозного шунта для постоянного сосудистого доступа больным с хронической почечной недостаточностью – экономически оправданный способ. По данным многих авторов, применение АВФ в отдаленном периоде оправдывает не только его биологические свойства, но и невысокая стоимость.

Цель. Оценка эффективности АВФ в качестве метода формирования постоянного сосудистого доступа для больных с ХПН, находящихся на программном гемодиализе.

В Хорезмском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи с марта 2009 г. по февраль 2013 г. операция наложения АВФ была выполнена у 112 больных с ХПН. Лиц женского пола было 21, мужского 91, возраст больных – от 4 до 16 лет. С диагнозом ХПН и сахарным диабетом (СД) было 36 пациентов, остальные с ХПН с ХГ и МКБ.

В настоящее время распространенным способом АВФ является наложение анастомоза между a. radialis и v. cephalica по типу конец в конец и конец в бок. Наложение АВФ осуществлялось впервые.

Полученные результаты показали, что наложение АВФ в послеоперационном периоде у больных с ХПН с ХГ, МКБ дало хороший результат. Через 2-3 недели после наложения АВФ приступали к адекватному гемодиализу.

Были проблемы в момент и после установки фистулы у больных с СД. Интраоперационной проблемой было то, что в момент вскрытия в артериях предпле-

чья были обнаружены атеросклеротические бляшки, в связи с чем диаметр артерии был сужен. Вследствие этого формирование АВФ было затруднено. У 36 пациентов АВФ формировали на 2-3 недели позднее.

У 4 из 36 больных с СД отмечалась несостоятельность АВФ вследствие тромбоза и узкого диаметра сосудов. Тромбоз дистальной АВФ в раннем послеоперационном периоде служил показанием к формированию проксимальной АВФ на другой руке или в локтевой ямке.

Таким образом, первичная выживаемость проксимальных АВФ через 3-4 недели составила 80%, у 16% больных она формировалась на 3-4 недели позднее, у 4% больных пришлось установить проксимальную АВФ. Предпочтительной у больных с ХПН является дистальная АВФ.

РОЛЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТРОМБОФЛЕБИТА ПОДКОЖНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТЭЛА

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

Диагностика и лечение острого тромбофлебита подкожных вен нижних конечностей освещены в большом количестве научных работ, так как данная сосудистая патология является одной из самых частых причин, требующих госпитализации в стационар (Колесников А.Л. и др., 1995; Allison P.J. et al., 1997). Неправильно выбранная тактика и неадекватное лечение создают предпосылки к развитию ТЭЛА (Железинский В.П. и др., 2001).

По данным ряда исследований (Бебуришвили А.Г. и др., 2004; Goren G. et al., 1991; Hanson J.H. et al., 1998), распространенность тромбоза глубоких вен на фоне тромбофлебита подкожных составляет 23-36%, в среднем 29%.

В отделении сосудистой хирургии и микрохирургии ФФ РНЦЭМП находились на лечении 1760 больных острым тромбофлебитом подкожных вен нижних конечностей (ОТПВ). Мужчин было 840 (47,7%), женщин – 920 (52,3%). Средний возраст больных 32 года.

ОТПВ левой нижней конечности отмечался у 904 (51,4%) больных, правосторонний процесс – у 828 (47%), двусторонний процесс – у 28 (1,6%).

Дифференциальная диагностика проводилась с рожистым воспалением, лимфангоитом, дерматитом, узловой эритемой и др. В 82% случаев причиной ОТПВ было варикозное расширение вен нижних конечностей. Окончательный диагноз устанавливался после ультразвуковой допплерографии вен.

У 1420 (80,7%) из 1760 пациентов с ОТПВ нижних конечностей с целью профилактики ТЭЛА при восходящем процессе нами произведены операции кроссэктомии. У 156 (11%) больных, когда тромб достигал сафенофеморального соустья, пробой Вальсальвы удалось произвести тромбэктомию. У 78 (5,5%) больных при переходе процесса в подвздошные вены выполнены тромбэктомии из последних с помощью катетера Фогарти.

В послеоперационном периоде больные получали антиагреганты, НПВС, флеботоники, при необходимости антикоагулянты и антибиотики, им назначалось ношение эластичного трикотажа, местные мазевые компрессы. Активизация разрешалась на 2-е сутки после операции.

В случаях дистальной локализации воспалительного процесса и у соматически отягощенных больных лечение ОТПВ нижних конечностей проводилось консервативно. Однако следует учитывать, что положительные результаты применения консервативной терапии не решает проблемы радикальности лечения в случае с варикозной болезнью.

Описанная методика диагностики и лечения больных ОТПВ нижних конечностей позволила максимально снизить количество тромбоэмболических осложнений, которые наблюдались у 79 (4,5%) пациентов. Умерли 5 (0,3%) больных.

Таким образом, больным острым тромбофлебитом подкожных вен нижних конечностей необходимо провести ультразвуковое исследование поверхностных и глубоких вен с целью определения уровня, характера, протяженности тромбов. При наличии признаков восхождения тромбофлебита, переходе процесса в глубокие вены необходимо хирургическое вмешательство для профилактики ТЭЛА.

КОМБИНИРОВАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО С РЕЗЕКЦИЕЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ПРИ НЕОРГАННЫХ ОПУХОЛЯХ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА И МАЛОГО ТАЗА

Джураев М. Д., Юсупбеков А.А., Абдужаппаров С.Б., Улмасов Ф.Г.
Республиканский онкологический научный центр

Цель исследования: Улучшить результаты хирургического вмешательства при местнораспространенных неорганных опухолях забрюшинного пространства и малого таза с прорастанием в магистральные сосуды.

Материалы и методы: В отделении абдоминальной хирургии РОНЦ за период с 2004 по 2015 г. 326 больным произведено комбинированное оперативное вмешательство с неорганной опухолью забрюшинного пространства и малого таза, из них в 29 (8,9%) случаях выявлено прорастание опухоли в крупные магистральные сосуды; нижняя полая вена – 8 (27,5%); общая подвздошная артерия – 6 (20,7%); внутренняя подвздошная артерия – 7 (24,1%); аорта – 6 (20,7%); почечная артерия – 1 (3,4%) и в 1 (3,4%) случае как сопутствующая патология выявлена аневризма аорты. Гистологически наиболее часто встречались нейрофибросаркомы, фибросаркомы и ангиосаркомы,

обладающие агрессивным местнодеструктирующим ростом.

Распространенность опухоли на магистральные сосуды установлена на основании комплексных данных с использованием МСКТ в сосудистом режиме (артериальная и венозная фаза) и дуплексного сканирования.

Результаты: Во всех 8 случаях поражение стенок нижней полой вены было частичным и нами выполнена резекция (полуцеркулярная, краевая) нижней полой вены с локальной пластикой вены атравматическими швами. При поражении общей подвздошной артерии в 4 случаях произведена резекция общей подвздошной артерии и перевязка внутренней подвздошной артерии с наложением аорто-феморального аллопротеза. В 2 случаях резекции общей подвздошной артерии на расстоянии не более 1,0 см дефект был ликвидирован за счет мобилизации проксимального и дистального конца артерии и соединением конец в конец. При поражении внутренней подвздошной артерии во всех 7 случаях произведена перевязка и резекция артерии и перевязка дистального и проксимального концов. В 1 случае пациенту с аневризмой аорты ниже отхождения почечной артерии выполнено удаление опухоли с резекцией части брюшной аорты. Непрерывность аорты восстановлена с помощью сосудистого эндопротеза, протяженность составила 7 см. Время пережатия аорты на всем протяжении операции до наложения сосудистого анастомоза составило 28 мин.

В 1 случае при прорастании опухоли в правую почечную артерию нами произведена резекция почечной артерии и восстановление дефекта путем репозиции почки ближе к аорте наложением анастомоза конец в конец.

В 6 случаях мы отказались от оперативного вмешательства в связи с прорастанием на протяжении опухоли в аорту на месте отхождения чревного ствола и верхней брыжеечной артерии. Послеоперационных осложнений, связанных с этапом реконструкции сосудов, в наших наблюдениях не встречалось.

Вывод: Комбинированная операция с резекцией магистральных сосудов не увеличивает частоту послеоперационных осложнений и обеспечивает радикализм хирургического вмешательства.

ПЕРИОПЕРАТИВНОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ГИПЕРФУНКЦИИ ПОДКЛЮЧИЧНО-ЛЕГОЧНОГО АНАСТОМОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ТЕТРАДОЙ ФАЛЛО

Жуламанова Д.И., Стрижков Н.А., Абролов Х.К., Ибадов Р.А.

АО «Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова»

Наиболее частым осложнением раннего послеоперационного периода после наложения межартериального анастомоза (МАА) является гиперфункция анастомоза. Резко увеличенный приток крови к левым отделам сердца может явиться причиной развития таких витальных осложнений, как отек легкого и острая левожелудочковая недостаточность. Это может потребовать неотложных мероприятий вплоть до хирургической ликвидации анастомоза. Послеоперационная летальность при развитии этих осложнений возрастает до 7,5-15,6%.

Цель. Оценка факторов риска развития гиперфункции анастомоза после паллиативных операций (МАА) по поводу тетрады Фалло.

Материал и методы. С 2007 г. по настоящее время оперирован 81 больной, которому произведен модифицированный анастомоз Блелока – Тауссиг (БТ). Возраст больных – от 1 года до 22 лет (средний возраст 8,7±0,9 года). Пациентов мужского пола было 43 (53%), а женского – 38 (47%). Для оценки факторов риска определяли исходный индекс Nakata, индекс конечно-диастолического объема ЛЖ, в раннем послеоперационном периоде – гемодинамические показатели: среднее артериальное давление, центральное венозное давление и частоту сердечных сокращений.

Результаты: Гиперфункция анастомоза отмечалась у 17 (24%) больных. В раннем послеоперационном периоде отмечалась гиперфункция анастомоза, исходный индекс Nakata составил 157,5±11,6 мм^2/м^2, а КДИ ЛЖ – 22,0±1,7 мл/м^2, у больных без проявлений гиперволемии малого круга индекс Nakata составил 239,5±9,6 мм^2/м^2, КДИ ЛЖ – 27,9±0,9 мл/м^2. В ходе анализа результатов выявлена достоверная статистическая связь между индексом Nakata и частотой развития гиперфункции (Gamma – 0,52; Z – 2,18704; p=0,028). Имевшаяся связь носила обратный корреляционный характер, т.е. при снижении индекса Nakata риск развития гиперфункции анастомоза возрастал. Такая же картина наблюдалась и в отношении КДИ (Gamma – 1; Z – 3,8; p=0,0001). У 7 (9,85%) больных, у которых диагностирована гиперволемия по малому кругу, при пробуждении отмечалось возбуждение с повышением СрАД на 25% от возрастной нормы (Gamma – 0,83; Z – 3,24; p=0,0012). У 8 (11,3%) пациентов гиперфункция анастомоза была спровоцирована развитием тахикардии (Gamma – 0,62; Z – 2,54; p=0,011). Повышение ЦВД, которое отмечалось у 9 (12,6%) больных, также является независимым предиктором развития гиперфункции анастомоза (Gamma – 0,833; Z – 4,9; p=0,00001).

Заключение: Таким образом, среди предикторов развития гиперфункции анастомоза следует отметить индекс Nakata и КДИ как показатели, наиболее достоверно характеризующие состояние малого круга до операции наложения межартериального анастомоза, и гемодинамические показатели САД, ЦВД и ЧСС как ранние прогностические признаки развития гиперфункции анастомоза.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Жумаев М.Б., Эргашев Р.Х., Хайдаров М.Х., Холикулов А.Х., Шаимов З.С., Хакимов М.Й.
Сырдарьинский областной филиал РНЦЭМП

Актуальность проблемы. Острое нарушение мозгового кровообращения является третьей причиной смертности населения после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. В структуре инсульта кровоизлияние в мозг составляет 4-30%, возникая у 13-271 человека на 100000 населения в год (Ю.В. Симанов, 2001; И.А. Лебедев и соавт. 2007; Y. Lampl, 1995; H. Arai, 1997 [цит. по В.В. Лебедеву, 2000]. Летальность при геморрагическом инсульте достигает 40-50%, а инвалидизация – 70-80% (И.В. Дамулин и соавт. 2003; P. Kolominsky-Rabas и соавт. 1998; D. Woo и соавт. 2004).

Несмотря на отсутствие до настоящего времени доказанного преимущества хирургического лечения над консервативным, в течение последних трех десятилетий нейрохирургами проводится активный поиск и внедрение в практику новых методов лечения первичных внутримозговых гематом.

Цель исследования. Оптимизировать тактику хирургического лечения внутримозговых кровоизлияний, обусловленных артериальной гипертензией.

Материал и методы. Работа основана на анализе данных обследования 40 больных с внутримозговыми кровоизлияниями головного мозга, находившихся на лечении в Сырдарьинском филиале РНЦЭМП в период с 2013 по 2015 г.

Возрастной диапазон изученных нами больных варьировал от 40 до 72 лет. Из них мужчин 22 (55%), женщин 18 (45%). Проводили следующие оперативные методы: 1) декомпрессивная трепанация черепа с энцефалотомией и удалением гематомы; 2) пункционноаспирационный метод; 3) комбинированный метод (пункционное удаление жидкой части с открытым удалением плотного сгустка через небольшую кортикотомию);

Результаты обсуждения. У 60% больных обнаружено путаменальное кровоизлияние, у 20% субкортикальные, у 15% – таламические кровоизлияния. Гематомы задней черепной ямки составляют 5%. У 2 (5%) больных обнаружено кровоизлияние с прорывом и гемотампонадой желудочковых систем.

Показаниями к выбору хирургической тактики являлись нарастающий гипертензионно-дислокационный синдром, объем лобарного кровоизлияния более 50 см^3, медиального – более 30 см^3.

При внутримозговых кровоизлияниях применялись следующие методы хирургического лечения: 1) декомпрессивная трепанация черепа с расширенной кортикотомией и удалением гематомы – 6 (15%); 2) пункционноаспирационный метод – 20 (50%); 3) комбинированный метод – 14 (35%) больных.

Летальность отмечалась у 12 (30%) больных. Наибольшая летальность наблюдалась у старших больных, это было связано с тяжелой сопутствующей соматической патологией.

Прогностически неблагоприятным признаком для успешного хирургического вмешательства являлся большой объем гематомы. Так, у больных с объемом гематомы более 60 см^3 послеоперационная летальность превышала 50 %. При объемах гематомы более 120 см^3 погибли все больные.

Выводы. 1. Основным показанием к экстренному хирургическому вмешательству является клиническая картина и МСКТ признаки нарастающего гипертензионно-дислокационного синдрома (объем субкортикального кровоизлияния более 50 см^3, путаминального – более 30 см^3).

2. При конвекситальном расположении гематомы предпочтение отдается удалению гематомы из традиционного трепанационного дефекта, тогда как при медиальных кровоизлияниях наиболее рациональным и менее безопасным является пункционно-аспирационный метод.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ОСТРОЙ ЗАКРЫТОЙ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ СПИННОГО МОЗГА

Жумаев М.Б., Эргашев Р.Х., Хайдаров М.Х., Холикулов А.Х., Шаимов З.С., Хакимов М.Й.
Сырдарьинский областной филиал РНЦЭМП

По данным ВОЗ, в последние годы наблюдается неуклонная тенденция к увеличению травматизма, и в частности частоты позвоночно-спинномозговых травм.

Цель. Оценка результатов хирургического лечения позвоночно-спинномозговой травмы в зависимости от срока операции.

Материал и методы. Нами проанализирован опыт хирургического лечения 62 больных в возрасте от 20 до 50 лет, оперированных в 2013-2015 гг. в Сырдарьинском областном филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в течение трех дней после травмы.

Алгоритм обследования включал рентгенографию в 2-х проекциях, МСКТ и МРТ поврежденного отдела позвоночника.

У 12 пострадавших с позвоночно-спинномозговой травмой был поврежден шейный отдел, у 18 – грудной, у 32 – поясничный.

Результаты. Диагностика при закрытой позвоночно-спинномозговой травме заключалась в сборе анамнеза, изучении неврологического статуса больного, МСКТ поврежденного отдела позвоночника.

Декомпрессивная ламинэктомия нижнегрудного и поясничного отдела позвоночника выполнена 18 пациентам, открытое вправление вывихов – 6, наложение фиксирующих систем и передней спондилодез

со стабилизацией кейджами шейного отдела позвоночника – 12, нижнегрудного и поясничного отделов позвоночника – 26.

В послеоперационном периоде у 25 (40%) больных отмечались пролежни.

В различные сроки после операции умерли 8 (12,9%) больных. В основном это пострадавшие с грубыми повреждениями шейного и верхнегрудного отделов спинного мозга, а также с тяжелой черепно-мозговой травмой, сочетанной с повреждениями органов грудной клетки.

Таким образом, наше исследование подтвердило необходимость соблюдения принципа экстренности при лечении пострадавших с острой позвоночно-спинномозговой травмой, что позволяет снизить процент инвалидности.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО АРТЕРИОВЕНОЗНОГО СВИЩА

Зайниддин Норман угли, Бахриддинов Ф.Ш.
АО «Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова»

Диагностика и лечение артериовенозных свищей остается одной из нерешенных проблем хирургии. Это объясняется, во-первых, тем, что современные представления о патогенетических основах до конца не ясны, во-вторых, тем, что отсутствие достаточно четких критериев ранней диагностики создают большие трудности в своевременном применении реконструктивно-восстановительных операций. Ошибки в диагностике и тактике хирургического лечения травматических артериовенозных соустий приводят к тому, что практические хирурги применяют паллиативные вмешательства, которые впоследствии усугубляют гемодинамические расстройства и ухудшают кардиогемодинамику.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находился 31 больной в возрасте от 20 лет до 51 года и старше с посттравматическими артериовенозными свищами. Мужчин было 28 (90,3%), женщин 3 (9,6%). Причиной свищей были колото-резаные раны у 13 (41,9%), огнестрельные ранения – у 3 (9,6%), автоавария – у 2 (6,4%), прочие – у 13 (41,9%). ТАВС существовал до 1 месяца у 10 больных (32,2%), 2-6 месяцев – у 4 (12,9%), 12 месяцев – у 2 (6,4%), 2-5 лет – у 9 (29%), 6-21 лет – у 5 (16,1%), более 30 лет – у 1 (3,2%). Основными симптомами артериовенозных свищей были припухлость, пульсация, венозная недостаточность, парестезия, парез и систолодиастолический шум над образованием.

В зависимости от локализации и поражения артерии больные с ТАВС распределялись следующим образом: позадиушная – у 2, надбровная область – у 1, сонная наружная – у 1, левой половины лица – у 1, подчелюстная – у 2, левой половины шеи – у 1, подвздошная – у 3, плечевая – у 1, артерии кисти – у 2, бедренная – у 7, глубокая бедренная – у 1, подколенная – у 5, голени – у 2, берцовая передняя – у 2.

Для ранней диагностики ТАВС у 4 больных с резким снижением амплитуды стопы и нижней трети голени использовали объемную сфигмографию, у 12 с размером образования от 2х2,5 до 3х3,5 см – ангиографию, у 13 с образованием размерами от 1,1х1,6 до 6,4х3,2 см – УЗИ, у 6 – допплерографию, при этом отмечался ИЛСД справа от 0,8 до 1,4, слева от 1,1 до 1,5 (в норме 0,9-1,2), у 4 – МСКТ-4, которая позволила точно диагностировать посттравматический артериовенозный свищ. У 5 из 31 больного с ТАВС выявлены трофические нарушения с дегенеративными изменениями локальных сосудов, приведшие к явлениям венозного застоя и изменениям регионарной гемодинамики. Декомпенсация сердечно-сосудистой системы наблюдалась у 6 больных, нарушение общего кровообращения – у 2 пациентов с систоло-диастолическим шумом над образованием.

Всем больным произведено восстановление магистрального кровотока: лигирование свища выполнено у 17 (54,8%), боковой шов – у 5 (16,1%), циркулярный шов – у 4 (12,9%), аутовенозное шунтирование – у 3 (9,6%), протезирование – у 2 (6,4%).

В послеоперационном периоде всем больным назначали антибиотики широкого спектра и гепарин в дозе 5000 ЕД в течение 5 дней.

Через 5-10 дней у 7 больных показатели нормализовались. Учащенное дыхание отмечалось лишь у 2 больных с ТАВС. Однако после устранения свища эти признаки не наблюдались. Пульс на стопах у больных был четким, кожный покров ног порозовел, отечность уменьшилась.

У 26 (83,8%) больных заживление раны было первичным, у 5 (16,1%) раны зажили вторичным натяжением.

В заключение следует отметить высокую эффективность реконструктивно-восстановительных оперативных вмешательств при ТАВС – аутовенозного шунтирования или протезирования сосудов. Этот метод показал эффективность даже у больных с большим «стажем», особенно у тех, у которых были выраженные осложнения гемодинамики, как общей, так и регионарной.

ОСОБЕННОСТИ РЕСПИРАТОРНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ МЕЖАРТЕРИАЛЬНОГО ПОДКЛЮЧИЧНО-ЛЁГОЧНОГО АНАСТОМОЗА У БОЛЬНЫХ С ТЕТРАДОЙ ФАЛЛО

Ибадов Р.А., Абралов Х.К., Жуламанова Д.И., Стрижков Н.А.
АО «Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова»

Цель. Разработка алгоритма респираторной терапии у больных с тетрадой Фалло (ТФ) после наложения подключично-лёгочного анастомоза.

Материал и методы. Проведен анализ респираторной тактики у 81 больного с ТФ, находившегося в

РСЦХ им. акад. В. Вахидова. Во всех случаях произведен модифицированный анастомоз Блелока – Тауссиг (БТ). Возраст больных – от 1 года до 22 лет (средний возраст 8,7±0,9 года). Пациентов мужского пола было 43(53%), женского – 38 (47%). 80 пациентов после наложения подключично-лёгочного анастомоза поступили в состоянии постнаркозного сна на ПИВЛ, которая обеспечивала поддержание достаточной оксигенации крови. В раннем послеоперационном периоде у больных после наложения ПЛА вентиляционная поддержка осуществлялась аппаратами Dräger Эвита 2 плюс (Германия), Dräger Savina (Германия), BENNETT MA-1 (США) и VELA PLUS VIASYS HEALTHCARE (США) в разных режимах вентиляции: IPPV, SIMV, CPAP.

Результаты. Выявлено, что основным методом проведения ИВЛ является принудительная объемная вентиляция с положительным давлением (IPPV) при мониторинге газового состава крови. Выбор метода и режима вентиляции может быть изменён, что определяется конкретной клинической ситуацией, общим состоянием больного. В раннем послеоперационном периоде для поддержания адекватного газообмена использовался режим IPPV с параметрами: частота дыхания, ДО, МОД, продолжительность вдоха и выдоха, которые подбирают с учетом возрастной нормы и массы тела больного. Режим IPPV улучшает вентиляцию заднебазальных отделов легких и предупреждает их ателектазирование, увеличивает площадь газообмена и улучшает оксигенацию за счет увеличения вентиляционно-перфузионного соотношения. Ориентировочные начальные параметры режима IPPV: ДО (Vt) – 7-9 мл/кг, ЧД (f) – 15-17 в мин, соотношение вдоха к выдоху (I:E) 1:2, ПДКВ (PEEP) – 5 см вод.ст., концентрация О2 (FiO_2) – 40-50%, чувствительность триггера – 3-3,5 Л/мин или 2,5- 3 см вод.ст.

В дальнейшем, после улучшения клинической и рентгенологической ситуации больных через 5-6 ч с режима IPPV переводили на режим SIMV (синхронизированная перемежающая принудительная вентиляция), при которой аппаратный вдох по возможности совпадает с началом самостоятельного вдоха, заставляет больного совершать более активные и частые самостоятельные инспираторные попытки, на которые аппарат «откликается» внеочередным принудительно-вспомогательным вдохом. При хорошей переносимости режима SIMV, отсутствии тахипноэ, беспокойства, гипоксии и других признаков усугубления ОДН больного полностью переводили на режим принудительно-вспомогательной вентиляции (BiPAP или CPAP).

CPAP применяли в качестве вспомогательного режима при появлении спонтанного дыхания пациента, с PEEP 5-7 см вод.ст. и FiO2 не менее 30-35%. При удовлетворительных показателях газов крови, стабильной гемодинамике, хорошем функционировании ПЛА и рентгенологической картине грудной клетки больные были экстубированы по протоколу.

Выводы. Применение разработанного алгоритма респираторной терапии у больных с тетрадой Фалло после наложения подключично-лёгочного анастомоза является оптимальным, предотвращает развитие осложнений и способствует адаптации пациентов к переводу на спонтанное дыхание.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТОКОЛА НЕЙРОПРОТЕКТОРНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Ибадов Р.А., Гизатулина Н.Р., Ахмедова Д.Г., Стрижков Н.А.
АО «Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова»

Одной из главных причин острой церебральной патологии являются осложнения после кардиохирургических вмешательств. Несмотря на постоянный прогресс в кардиохирургии, частота неврологических осложнений у больных после операций на сердце в условиях ИК колеблется от 1 до 34% (Multicenter Study of Perioperative Ischemia Research Group (McSPI), San Francisco, 2009). Основной задачей лечения кардиохирургических больных с высоким риском острых церебральных поражений в ОРИТ является профилактика, ранняя диагностика и лечение ОНМК (в первые 6 ч).

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ пациентов в отделении реанимации и интенсивной терапии РСЦХ им. акад. В. Вахидова за период 2009-2015 гг. после кардиохирургических вмешательств в условиях искусственного кровообращения и кардиоплегии. Больные разделены на две группы. В 1-й группе послеоперационное ведение больных осуществлялось по общепринятому протоколу, без учета длительности ИК, неврологического анамнеза. Во 2-й группе нейропротективная терапия применялась всем пациентам, у которых длительность ИК превышала 120 мин, и с явлениями НМК в анамнезе независимо от послеоперационного нейростатуса.

Результаты. Основными задачами в лечении и диагностике НМК у кардиохирургических больных в ОРИТ является: 1) ранняя диагностика НМК (особенно в первые 6 ч) – а) выявление общемозговой и очаговой симптоматики, б) ранняя дифференциальная диагностика НМК, в) оценка степени тяжести нарушения мозгового кровообращения по соответствующим шкалам, 2) а) патогенетическая терапия, б) удержание показателей центрального венозного давления (ЦВД) не более 100 мм вод. ст., 3) раннее назначение нейротропной терапии всем пациентам, перенесшим НМК в анамнезе.

С момента диагностирования нарушений мозгового кровообращения подключали плановую седацию на 12-24 ч. Предпочтение отдавали комбинации бензодиазипиноа с опиоидами (дормикум+фентанил) и барбитуратами (тиопентал натрия). Возвышенное положение (30-40°) головного конца кровати с приме-

нением краниоцеребральной гипотермии.

Протокол нейропротективной терапии, разработанный в нашем центре и утвержденный Министерством здравоохранения Республики Узбекистан, включал назначение препаратов первичной и вторичной нейропротекции:

– магний-лидокаиновая смесь (по J.E. Cottrell, 1996), длительно в/в капельно;

– цитиколин (цераксон – центральный холиномиметик) по 1000 мг в/в капельно 2 раза в день;

– амантадина сульфат (ПК-Мерц) 500мл в/в капельно 1 раз в день (уменьшает поток Са+ в клетки);

– L-лизина эсцинат (обладает противовоспалительным противоотёчным и антиагрегантным действием, нормализует микроциркуляцию) по 10 мл в/в 2-4 раза в день;

– церебролизини 10-50 мл в 100-200 мл изотонического раствора натрия хлорида в течение 60-90 мин на 10-25 дней.

Поддержание витальных функций организма осуществлялось с помощью ИВЛ в принудительных режимах (в условиях нормокапнии). При прогнозировании более длительной вентиляции – перкутанная дилатационная трахеостомия.

Выводы. 1. Использование нейропротективной терапии, разработанной в нашем центре, способствовало уменьшению количества осложнений с неврологической симптоматикой вследствие обеспечения профилактики и церебральной защиты в раннем послеоперационном периоде, а также адекватной интраоперационной церебральной протекции. 2. Важным является понимание того факта, что интенсивное лечение в пределах «терапевтического окна» является одним из главных условий эффективности патогенетически обоснованной терапии, позднее лечение может быть практически не эффективным.

ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД ЦЕРЕБРАЛЬНОГО АНГИОСПАЗМА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ СУБАРАХНОИДАЛЬНОМ КРОВОИЗЛИЯНИИ

Икрамов А.И., Сейдалиев А.И., Джалалов Ф.З., Дадамянц Н.Г., Махкамов М.К.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
кафедра медицинской радиологии Ташкентского института усовершенствования врачей

Цель исследования. Изучить влияние и течение церебрального ангиоспазма у больных с травматическим субарахноидальным кровоизлиянием (тСАК) на исход заболевания.

Материал и методы исследования. Было обследовано 67 больных с черепно-мозговой травмой, осложненной травматическим субарахноидальным кровоизлиянием различной степени выраженности, находившихся на лечении в отделениях нейрохирургии и нейрореанимации Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Оценка нейростатуса по шкале ком Глазго (ШКГ) проводилась при поступлении, наличие осложнения ЧМТ в виде тСАК выявлялось на компьютерной томографии (КТ), в дальнейшем больным проводилась транскраниальная допплерография (ТКДГ), а 31 больному была проведена церебральная ангиография (ЦАГ).

Результаты. У больных с травматическим субарахноидальным кровоизлиянием фиксировалось несколько фаз изменения мозгового кровотока.

Первая фаза, длившаяся от момента получения травмы до первых 24 часов, отмечалась сниженным мозговым кровотоком при нормальной линейной скорости кровотока по средней мозговой артерии и высоким индексом пульсации средней мозговой артерии.

Вторая фаза начинается со вторых суток и продолжается более чем в 80% случаев (54 больных из 67) до 72 часов. Проявляется она гиперемией и связана с преходящим увеличением мозгового кровотока, увеличением линейной скорости кровотока по средней мозговой артерии и уменьшением индекса пульсации.

Третья фаза (непосредственно сам ангиоспазм) начинается чаще с 3-4 суток и может длиться от 3 дней до 3 недель. Характеризуется она значительным увеличением линейной скорости кровотока по средней мозговой артерии и уменьшением индекса пульсации.

Четвертой фазой является непосредственно само разрешение ангиоспазма с возвращением церебральной гемодинамики к нормальным показателям.

Выводы. Развитие церебрального ангиоспазма при тСАК ведет к ишемии как уже пораженных, так и интактных участков мозга, что увеличивает летальность, а в случае выздоровления удлиняет сроки лечения. Почти 38% летальных исходов при ЧМТ связано с вторичными процессами. Наиболее удобным методом верификации ангиоспазма является ТКДГ, которая позволяет точно определить локализацию, степень и распространенность ангиоспазма, позволяет получить близкие к церебральной ангиографии по достоверности результаты, но является неинвазивным методом. При сопоставлении данных лучевых методов (КТ, ТКДГ, ЦАГ) с уровнем сознания по ШКГ в момент поступления больных с ЧМТ, можно отметить, что у пациентов с менее 9 баллами по ШКГ, церебральный ангиоспазм фиксировался чаще в 2,2 раза, чем у больных с более 9 баллами ШКГ.

ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ТРОМБОЗОВ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Имамов А.И., Туйчиев Б.А., Махмудов Н.И., Дадабоев Б.Д.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Цель. Анализ результатов хирургического лечения больных с острым тромбозом мезентериальных сосудов (ОТМС), находившихся в ФФ РНЦЭМП в 2010-2015 гг.

Материал и методы. Под наблюдением было 56 пациентов с острым тромбозом мезентериальных сосудов в возрасте от 46 до 76 лет (59,2±12,5 года). Пациенты старше 46 лет составляли 80%, женщин старше 20 лет было 20%. Оперированы 25 пациентов.

Больные были разделены на две группы. Основную группу составили 13 (52,0%) пациентов, подвергшихся диагностической лапароскопии, контрольную группу – 12 (48,0%) больных, которым выполнена лапаротомия. При лапароскопии у 7 (53,8%) больных выявлен острый тромбоз без некроза кишечника, у 6 (46,2%) отмечалась осложненная форма острого тромбоза мезентериальных сосудов, т.е. некроз кишечника с перфорацией.

У 7 (53,8%) больных без некроза кишечника операция завершена диагностической лапароскопией. У 6 (46,2%) пациентов операция закончилась конверсией на традиционный доступ с лапаротомией, с последующей ревизией, санацией и наложением межкишечных анастомозов и искусственных наружных кишечных свищей.

Из числа оперированных больных с ОТМС релапаротомия выполнена у 2, у одного интраоперационно выявлена несостоятельность швов межкишечных анастомозов, 1 больному наложена одноствольная илеостома, это был пациент, который поступил к нам спустя более 6 суток с послеоперационным парезом кишечника на фоне выраженного спаечного процесса и гиповолемическим состоянием. Кроме того, пациентам с диагностической лапароскопией по показаниям осуществлена релапароскопия с санированием и дренированием брюшной полости. Еще у 1 больного несостоятельность выделения по дренажу самостоятельно прекратилась на 5 сутки. Еще 1 больному потребовалась релапароскопия по поводу частичной несостоятельности малых размеров и из-за неэффективности консервативного лечения.

Всего в нашем центре в 2010-2015 гг. летальность среди пациентов с ОТМС составила 39,2% (22). Причиной смерти явились тяжелая сопутствующая патология, в том числе ИБС, нарушения ритма сердца, ТЭЛА. При проведении аутопсии у этих больных со стороны органов брюшной полости осложнений не выявлено.

Вопреки мнению об опасности эндоскопического пособия при деструктивных и осложненных формах мезентериальных тромбозов, расширение показаний к диагностической лапароскопии при соблюдении определенных условий не приводит к ухудшению результатов. К тому же послеоперационные осложнения при диагностической лапароскопии, как правило, можно своевременно диагностировать и устранить эндоскопическим способом. Скрупулезное соблюдение технико-тактического регламента использования эндохирургической техники при острых тромбозах обеспечивает статистически достоверное сокращение времени оперативного вмешательства и некоторое снижение послеоперационной летальности. Малая инвазивность операции, в частности минимальная травматизация брюшной стенки и органов брюшной полости, способствует более быстрой послеоперационной реабилитации больных, сопровождающейся сокращением периода пребывания пациентов в стационаре в 2 раза.

Выводы. Диагностическая лапароскопия при острых тромбозах мезентеральных сосудов является относительно безопасным эндохирургическим вмешательством. Метод отличается также меньшей продолжительностью оперативного вмешательства, способствует сокращение сроков стационарного лечения и периода временной нетрудоспособности. При деструктивных формах, т.е. некрозе кишечника, диагностическую лапароскопию необходимо завершать конверсией, по показаниям наложением межкишечных анастомозов, наружных стом и адекватным дренированием брюшной полости, которое обеспечивает раннюю диагностику осложнений и выбор рациональной тактики их лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАТЕРАЛЬНОГО СУПРАОРБИТАЛЬНОГО ДОСТУПА В НЕЙРОХИРУРГИИ АНЕВРИЗМ ВИЛЛИЗИЕВА КРУГА

Исанов Д.К., Холматов А.А., Джаббаров С.К., Исмоилов О.О., Нурматов И.Р.
Андижанский филиал РНЦЭМП

Цель. Оценка результатов хирургического лечения артериальных аневризм (АА) с применением латерального супраорбитального доступа (ЛСО).

Материал и методы. Нами проведен анализ результатов лечения 15 больных с АА, которые находились в Андижанском филиале РНЦЭМП в 2015 г. В январе 2015 года был организован мастер-класс с участием профессора Козлова А.В., в рамках которого проведены показательные операции с применением ЛСО у 8 больных с АА. В последующем данная методика активно внедрена в практику АФРНЦЭМП и применена у 7 больных. Среди больных лиц женского пола было 9, мужского – 6. Возраст больных от 10 до 59 лет. Оценка результатов хирургического лечения проводилась по шкале исходов Глазго (ШИГ).

Результаты. Применение ЛСО при нейрохирургии АА виллизиева круга позволяет сократить линию разреза, которая не спускается до скуловой дуги, обеспечивает минимальную травматизацию височной мышцы и сохраняет поверхностную височную артерию. Применяемый при этом единый кожно-мышечно-апоневротический лоскут предохраняет лобно-височную ветвь лицевого нерва и резко снижает стачивание основания черепа и связанные с данной процедурой осложнения. Оценка по ШИГ показала, что у 10 больных отмечалось хорошее восстановление, у 1 умеренная инвалидизация, у 1 глубокая инвалидизация. Умеренная инвалидизация была обусловлена спазмом глазничной артерии в раннем послеоперационном периоде, которая привела к снижению остроты

зрения в соответствующей стороне. В другом случае причиной глубокой инвалидизации является спазм в раннем послеоперационном периоде в бассейне передней мозговой артерии, что привело к развитию глубокой гемисимптоматики.

Выводы. Таким образом, латеральный супраорбитальный доступ может быть использован как альтернатива классическим доступам в хирургии артериальных аневризм виллизиева круга, благодоря минимизации повреждения анатомических структур и косметических дефектов. Результат применения данного хирургического доступа по эффективности не уступает традиционным методам.

ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ АУТОВЕНОЗНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПРИ ТРАВМАХ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Исантурдиев У.И., Яриев А.Р., Джурабаев Н.З., Расулов Ш.А., Расулов З.С.
Сырдарьинский областной филиал РНЦЭМП

Цель. Оптимизация экстренной хирургической помощи при острых травмах магистральных артерий верхних и нижних конечностей.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 87 больных с острыми травмами магистральных артерий верхних и нижних конечностей, из них 61 (71%) мужчина и 26 (29%) женщин, находившихся на лечении в 2005-2015 гг. Основными повреждающими агентами при колото-резаных ранениях являлись острые режущие предметы: нож, стекло, бритвенное лезвие. Основными причинами травматических повреждений являлись действия криминального характера: суицид, попытка убийства, автоаварии и повреждения, полученные в состоянии сильного алкогольного опьянения. Из-за невозможности проведения первичного восстановления сосудов у 21 (24,1%) больного возникла необходимость применения реконструктивных операций. Предпочтение отдавали аутовенозной реконструкции артерий реверсированными поверхностными аутовенами, которая применена у всех больных, то есть у них выполнено замещение дефекта артерии аутовеной.

В течение 30 дней после аутовенозных реконструкций артерий конечностей окклюзия аутовенозного трансплантата наблюдалась у 2 больных: у 1 из них она была обусловлена тромбозом, у 1 – лигированием артерии при повторной операции по поводу вторичного кровотечения. В отдаленном периоде (до 1 года) тромбоз аутовенозного трансплантата наблюдался еще у 1 больного. Однако в дальнейшем в сроки наблюдения до 5 лет проходимость аутовенозного трансплантата сохранилась у всех обследованных больных; кумулятивная частота эффективности аутовенозных реконструкций артерий конечностей составила 91,4%. В ближайшем и отдаленном периодах (до 5 лет) инфекция аутовенозного трансплантата, а также его аневризматическое изменение не выявлены.

Таким образом, при необходимости замещения дефекта или шунтирования артерий конечностей при травмах материалом выбора является аутовена. При аутовенозной реконструкции артерий конечностей при травмах наблюдаются отличные ближайшие и отдаленные результаты: прочность аутовенозного трансплантата, его резистентность к тромбообразованию и инфекции.

ОЦЕНКА ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ИМПЛАНТАТА «ГЕПРОЦЕЛ» В ОПЫТАХ IN VITRO

Исмаилов Б.А., Садыков Р.А., Хайбулина З.Р, Алимов М.М.
АО «РСЦХ им. акад. В. Вахидова»

В абдоминальной хирургии, в частности хирургии паренхиматозных органов, наиболее актуальным остается вопрос гемостаза и предупреждения послеоперационных осложнений. Применение местных гемостатических средств – имплантатов из биоразлагаемого полимера имеет важную роль в хирургии при капиллярно-паренхиматозном кровотечении.

Представляется перспективным использование гемостатического имплантата на основе биоразлагаемого неактивного полимера, который обладает доказанной биоинертностью.

Целью нашего исследования явилось изучить гемостатический эффект нового гемостатического имплантата Гепроцел на основе производных целлюлозы.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили новый гемостатический имплантат Гепроцел, разработанный нами совместно с Научно-исследовательским центром химии и физики полимеров при Национальном университете Узбекистана, и окисленая целлюлоза (ОЦ) местного назначения. Оценка гемостатической активности проводилась в условиях «in vitro» с использованием крови здоровых доноров. Параметры гемостаза в крови доноров определяли согласно современной номенклатуре методов лабораторной диагностики, используя глобальные (скрининговые) методы, включавшие подсчет количества тромбоцитов, активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), протромбинового времени (ПВ), концентрации фибриногена, а также время свертывания крови (ВСК) по Ли–Уайту. Для определения АЧТВ, ПВ использовали цитратную, бедную тромбоцитами донорскую плазму. Кровь забирали натощак в пластиковую пробирку, содержащую 3,8% раствор цитрата натрия трехзамещенного в соотношении 9:1, центрифугировали при 3000 об/мин в течение 15 минут. Непосредственно после центрифугирования отбирали плазму для исследования. При исследовании ВСК в присутствии Гепроцел «in vitro» в пробирку с 1 мл венозной кровью добавляли пленку «Гепроцел» в размере 1 $см^2$. Пробирку помещали в водяную баню при t=37° и через каждые 30 сек. наклоняли под углом 45° до образования плотного

сгустка. Аналогичные исследования проводили в присутствии ОЦ.

Результаты исследования показали: в присутствии Гепроцел АЧТВ составило 20,1 ±0,8 сек, а в присутствии ОЦ АЧТВ составило 18,2 ±1,7 сек. ПВ в присутствии пленки Гепроцел составило 6,1± 0,4 сек, в присутствии ОЦ составило 4,5±0,2 сек. Время свертываемости крови по методу Ли–Уайта с использованием имплантата Гепроцел составило 5,3±0,3 мин, в присутствии ОЦ по данной методике исследования свертываемость крови составило 7,9±0,3 мин.

Выводы. По данным исследований, Гепроцел активизирует факторы коагуляционной активности в зоне аппликации без влияния на системное кровообращение и коагуляционные факторы. Все полученные результаты свидетельствуют о том, что гемостатический имплантат Гепроцел может применяться в качестве местного гемостатического имплантата с заданными характеристиками.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАНЕНИЯМИ СЕРДЦА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Исонтурдиев У.И., Яриев А.Р., Расулов Ш.А., Кунишев Ш.У., Яриев А.А.
Сырдарьинский филиал РНЦЭМП

Цель. Изучение результатов хирургического лечения больных с ранениями сердца и перикарда.

Материал и методы. В отделении экстренной хирургии клиники СОФ РНЦЭМП в 2005-2015 гг. прооперированы 23 пострадавших с ранениями сердца и перикарда, из них 19 мужчин и 4 женщины в возрасте от 18 до 75 лет. 14 (60,8%) пациентов были молодого и среднего возраста. У 21 (91,3%) раненого были колото-резаные раны, у 2 (8,7%) пулевые ранения. Диагностика ранения сердца и перикарда основывалась на классической триаде признаков: локализация раны в проекции сердца, признаки наружного и внутреннего кровотечения, симптомы тампонады сердца и гиповолемического шока.

Результаты. Среди оперированных ранения сердца диагностированы у 18 (78,3%), изолированные ранения перикарда – у 5 (21,7%). Изолированные повреждения имели место у 11 (47,8%) больных, сочетанные повреждения сердца и легких – у 7 (30,4%), сердца и органов брюшной полости – у 5 (21,8%). Локализация ран сердца свидетельствует, что наиболее часто повреждался правый желудочек – у 12 (52.2%) больных, реже встречались ранения левого желудочка – у 8 (34,8%), правого предсердия – у 2 (8,7%), левого предсердия – у 1 (4,3%).

Большинство больных поступили в крайне тяжелом состоянии. Шок II-III ст. отмечался у 11 (47,8%) пострадавших. У всех больных был гемоторакс II-III ст., признаки тампонады сердца отмечались у 15 (65,2%). Большинство больных оперированы без дополнительного обследования. Выполнение операции и восполнение объема циркулирующей крови (ОЦК) осуществляли одновременно. После устранения тампонады сердца и остановки кровотечения показатели гемодинамики стабилизировали путем реинфузии крови либо трансфузии одногруппной крови, введения растворов декстранов. Из оперативных доступов чаще использовалась левосторонняя переднебоковая торакотомия в четвертом-пятом межреберье. Всем 18 больным с ранениями сердца по всей толщине миокарда наложены П-образные швы с учетом локализации коронарных артерий. После ушивания раны сердца восстанавливалась целостность перикарда, учитывая топографию диафрагмального нерва. Накладывались редкие швы с оставлением «окошка» в области переднединжнего синуса для оттока экссудата. 2 пациентам произведено лигирование диагональной артерии, у 1 – левой коронарной артерии. При сочетанном повреждении сердца и легких, а также органов брюшной полости применялась общепринятая хирургическая тактика оказания помощи. Летальность составила 34,7% (8 больных), из них в операционном отделении умерли 3, в первые сутки в отделении реанимации – 5. У 14 (60,9%) больных после перикардиотомии развился посттравматический перикардит. После проведенного курса лечения уже через 1-2 недели сегмент Т приближался к изолинии, зубец Т становился двухфазным или отрицательным. Изменения на ЭКГ: у всех оперированных выявлена синусовая тахикардия, снижение вольтажа зубцов. При поражении предсердий зарегистрированы суправентрикулярная экстрасистолия, предсердный ритм, миграция водителя ритма по предсердиям, снижение вольтажа зубца Р. При поражении желудочков сердца на ЭКГ возникали изменения в виде ишемии, повреждения, некроза. Через 1-2 недели сегмент Т снижался к изолинии, формировался отрицательный зубец Т. При ранении мышцы сердца в комплекс лечения включались: нитраты, β-адреноблокаторы, метаболические средства, антиоксиданты, витаминотерапия. При сопутствующей пневмонии добавлялись бронхолитики, отхаркивающие средства. При благоприятном течении послеоперационного периода, после снятия швов, больных выписывали из отделения торакальной хирургии для реабилитации в кардиологических диспансерах и санаториях. Только благодаря согласованности действий на всех этапах оказания помощи пострадавшим положительных результатов удалось достичь у 65,3% пациентов.

Выводы. Результаты лечения зависят от согласованности действий анестезиолога, хирурга, реаниматолога и кардиолога. Правильно выбранная тактика лечения позволяет в 65,3% случаев достичь положительных результатов и уменьшить количество послеоперационных осложнений.

КОМБИНИРОВАННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ИЛЕОФЕМОРАЛЬНЫМ ВЕНОЗНЫМ ТРОМБОЗОМ

Йулдошев А.А., Рахимов Б.А., Хожакбаров А.Х., Турдиев Х.А., Отабоев М.Э.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) – тяжелое заболевание, сопровождающееся высокой летальностью, большим количеством осложнений. Смертность от ТЭЛА в общей популяции колеблется от 2,1 до 6,2%. По данным разных авторов, до 95% случаев ТЭЛА обусловлено острым венозным тромбозом в системе нижней полой вены (НПВ).

Цель. Оптимизация диагностического лечебного комплекса у больных с венозным тромбозом системы нижней полой вены и его осложнениями.

Материал и методы. В 2010-2015 гг. под нашим наблюдением находились 308 пациентов с тромбозами системы НПВ. С острым восходящим тромбофлебитом (ОВТ) было 186 больных, с тромбозами глубоких вен – 122. С клиникой ТЭЛА поступили 27 (8,7%) больных, из которых 69 были госпитализированы в среднем спустя 10 суток лечения в непрофильных отделениях.

Результаты. Всем больным с тромбозами глубоких вен нижних конечностей выполняли цветное дуплексное сканирование (ЦДС) на ультразвуковом сканере Phillips En-Visor (Holland) и дистальную флебографию. Тромб локализовался в глубоких венах голени у 125 (40,5%) больных, бедренно-подколенном сегменте – у 97 (31,4%), в подвздошно-бедренном сегменте – у 82 (26,6%), в нижней полой вене – у 4 (1,3). Больные были в возрасте от 23 до 78 лет (средний возраст – 46,3). Все пациенты с тромбозом глубоких вен, при обследовании которых обнаружен окклюзирующий тромб, а также пациенты с тромбозами вен голени получали курс консервативной терапии, который включал низкомолекулярные гепарины в течение 5-7 дней, внутривенное введение реополиглюкина, дезагрегантов, венопротекторов и таблетированных форм нестероидных противовоспалительных средств в общепринятых дозировках. На фоне консервативной терапии умерли 2 больных от повторной массивной ТЭЛА, что составило 1,3% от общего числа пациентов с тромбозами глубоких вен в системе нижней полой вены.

Все больные с ОВТ были прооперированы в первые сутки от момента поступления. Проведены следующие операции: резекция большой подкожной вены – у 137 (44,4%) больных, резекция большой подкожной вены в сочетании с тромбэктомией из сафенобедренного соустья – у 37 (12%), с флотирующим тромбом НПВ проведена операция кавапликация – у 3 (0,9%). Все операции были произведены для профилактики тромбоэмболии легочной артерии.

Выводы. Данные методы позволили улучшить результаты лечения больных с острыми тромбозами системы НПВ, оправдали необходимость активной тактики в решении данного сложного вопроса сосудистой хирургии. При возникновении осложненных форм острого венозного тромбоза оптимальным методом профилактики ТЭЛА является хирургическая коррекция.

ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ

Карабаев Х.К., Хакимов Э.А., Тагаев К.Р., Карабаев Б.Х., Шакиров Б.М.
Самаркандский государственный медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) – внезапная закупорка сгустком крови (эмболом) ветви легочной артерии с последующим прекращением кровоснабжения легочной паренхимы. ТЭЛА – синдром, являющийся осложнением венозного тромбоза. Наиболее частой причиной ее развития является тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей.

ТЭЛА является третьей по частоте причиной смерти населения от сердечно-сосудистых заболеваний после инфаркта миокарда и инсульта. Ежегодно от ТЭЛА погибает 0,1% населения земного шара, причем летальность среди пациентов, не получавших антитромботическую терапию, достигает 30%. Массивные ТЭЛА заканчиваются летально в 70% случаев. Смерть, как правило, наступает в течение первых двух часов. Диагностика ТЭЛА является сложной задачей для практикующих врачей. При жизни диагноз ТЭЛА устанавливается менее чем в 70% наблюдений, гипердиагностика имеет место в 65% (Асомов Р.Э. с соавт., 2004; Лазебник Л.Б. с соавт., 2004).

При общей хирургической патологии частота ТГВ составляет 32%, при переломах головки бедренной кости – 45%, множественных травмах – 50%, при гинекологических операциях по поводу злокачественных образований – 22%, при гинекологических операциях по поводу доброкачественных образований – 14%. В комбустиологии этот вид сосудистой патологии, нередко являющийся причиной летальных исходов, практически не освещен (С.В.Смирнов с соавт., 2005; Карабаев Х.К. с соавт., 2009).

Целью настоящего исследования является выявление факторов риска развития тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) и её профилактика у больных термическими травмами.

Материал и методы. Нами было изучена частота ТЭЛА у 105 больных с различными по тяжести и локализации ожогами (2004-2015 гг.). Среди умерших (59) от ожогов ТЭЛА выявлена у 15 больных (25,4%) и у 10 (16,9%) послужила непосредственно причиной летального исхода.

При поступлении в Самаркандский филиал РНЦЭМП у всех обожженных было проведено ис-

следование следующих параметров гемостаза: количество тромбоцитов; РФМК (растворимый фибрин, мг %); АТ III (антитромбин III, %); нарушения в системе протеина С; протромбиновое время (с) и индекс АПТВ – по методу В.Н.Туголукова (1952); время рекальцификации – по методу W.Howell, E.Holt (1916); толерантность плазмы к гепарину и тромботест – ферментативный метод; время свертывания крови (мин) – по методу R.Lee, P.D.White (1913); содержание плазминогена; гематокрит – по гематокритной шкале; фибриноген (г/л) и фибринопластическая активность – ферментативный метод.

Группу контроля показателей системы гемостаза составили лица без признаков каких-либо заболеваний (10 человек).

Результаты. Диагноз ТЭЛА был установлен на основании характерных клинических (диспноэ, боли в груди или синкопэ, кашель, кровохарканье, тахикардия), а также рентгенологических и электрокардиографических данных. У 4 больных тромбоэмболия развилась на фоне ишемической болезни сердца (ИБС) и постинфарктного кардиосклероза и у 2 – на фоне митрального порока сердца.

Исследования показали, что к основным факторам риска относятся: глубокие ожоги свыше 25% поверхности тела (у 81); пожилой возраст больных (у 65); перенесенный инфаркт миокарда и геморрагический инсульт (у 28); глубокие ожоги нижних конечностей (у 78); частые пункции и катетеризации центральных вен (у 37); развитие гиперкоагуляции, выявляемой в предэмболическом периоде.

Нами разработана комплексная лечебная программа по профилактике ТЭЛА, в которую включили: антикоагулянты, низкомолекулярные декстраны, никотиновую кислоту, трентал, аспирин, тромбо-АС.

Основой профилактики венозных тромбозов у этой категории больных являются их ранняя активизация и эластическая компрессия нижних конечностей (предпочтительнее использовать с этой целью специальные эластические гольфы и чулки, обеспечивающие максимальное давление на уровне лодыжек с постепенным его снижением в проксимальном направлении) и гепаринотерапия.

При лечении тяжелообожженных с установленным диагнозом проводились консервативная терапия, включающая антикоагулянты и тромболитики, а также симптоматические средства. При этом большое значение придавалось выявлению источников эмболизации.

В результате внедрения в комплексную терапию тяжелообожженных профилактических и лечебных мер летальность от ТЭЛА снизилась от 16,94% (1999-2003 гг.) до 3,85% (2004-2015 гг.).

Вывод. Выявление факторов риска развития ТЭЛА благоприятствует решению вопросов диагностики, лечения, профилактики и снижению летальности у тяжелообожженных.

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА СОННЫХ АРТЕРИЯХ У БОЛЬНЫХ С ТРАНЗИТОРНЫМИ ИШЕМИЧЕСКИМИ АТАКАМИ

Каримов Ш.И., Суннатов Р.Д., Ирназаров А.А., Юлбарисов А.А., Ахматов А.М., Муминов Р.Т., Ганиев Д.А., Алиджанов Х.К., Асраров У.А.
Кафедра госпитальной и факультетской хирургии лечебного факультета
Ташкентская медицинская академия

Цель. Улучшение результатов реконструктивных вмешательств на сонных артериях у больных с транзиторными ишемическими атаками (ТИА), выбор своевременной и адекватной хирургической тактики.

Материал и методы. В период с 2005 по 2016 год в отделении хирургической ангионеврологии 2 клиники Ташкентской медицинской академии прооперированы 2498 больных с различными поражениями сонных артерий (СА). Им выполнено 2730 каротидных реконструкций. При этом 492 (17,9%) операции выполнено пациентам с транзиторными ишемическими атаками.

Причиной возникновения ТИА был как атеросклероз 410 (83%), так и различные варианты патологических извитостей (ПИ) СА 82 (17%). Клиническая картина ТИА проявлялась преходящими очаговыми неврологическими нарушениями, с полным восстановлением неврологического дефицита в сроки до 24 часов у 476 (96,7%) пациентов. У 16 (3,3%) больных отмечались переходящие нарушения зрения на один глаз (amaurosis fugas) с последующим полным или частичным восстановлением. Также следует отметить проявление многократных, следующих друг за другом, ТИА (TIA crescendo) у 46 (9,3%) пациентов.

Из 492 больных, включенных в наше исследование, 355 (72%) больных были мужского и 137(28%) – женского пола. Возраст больных колебался от 38 до 79 лет (средний возраст составил 57,7±6,9 лет).

435 (88%) пациентов поступили в нашу клинику с анамнестическими ТИА в период до 24 часов с момента заболевания. У 46 (9,3%) больных ТИА диагностировали на момент обращения, а у 11 (2,2%) больных транзиторные нарушения мозгового кровообращения зарегистрированы в момент обследования и подготовки к оперативному лечению в стационаре.

Обследование пациентов проводилось в срочном порядке в течение 1 суток до операции. Алгоритм диагностики включал общеклиническое обследование с определением неврологического статуса, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, транскраниальную допплерографию с определением толерантности головного мозга к ишемии, эхокардиографию, компьютерную томографию головного мозга, мультиспиральную компьютерно-томографическую или магнитно-резонансную ангиографию и рентгеноконтрастную ангиографию.

Наиболее информативным методом определения эмбологенности и нестабильности атеросклеротической бляшки явилось дуплексное сканирование.

При этом у больных с атеросклерозом в 83% случаев в В-режиме и режиме ЦДК лоцировались гипоэхогенные бляшки 1 и 2 типа. В 23% наблюдений отмечалось нарушение целостности покрышки атеросклеротических бляшек, с участками изъязвления, откуда в кровоток попадал атероматозный детрит, явившийся причиной дистальной микроэмболии. Также довольно часто встречались атеросклеротические бляшки с гипоэхогенными включениями (внутрибляшечное кровоизлияние), а также кальцинированные бляшки с изъеденной поверхностью, создающие условия для тромбообразования. Во всех случаях макроскопическая структура бляшек подтверждена после каротидной эндартерэктомии.

У больных с ТИА, причиной которой являлись ПИ СА, регистрировались значительные гемодинамические сдвиги в области деформации, что при высоких цифрах артериального давления сопровождалось резким снижением кровотока в дистальных отделах внутренних сонных артерий.

Для исключения иной природы происхождения ТИА больным проводилась эхокардиография с детальным исследованием клапанного аппарата сердца, левого предсердия и желудочка на наличие тромбов, а также ритм сердца для исключения аритмии.

Результаты. При выборе метода реконструкции СА учитывался характер поражения, в частности, степень и протяженность окклюзирующего процесса и степень толерантности головного мозга. При двухсторонних критических стенозах, контралатеральной окклюзии ВСА, в случаях последствий перенесенного ишемического инсульта и низкой толерантности головного мозга к ишемии в 182 (37%) случаях применялся временный шунт. Среднее время ишемии с использованием временного шунта было 6±3 минуты. Показания к применению временного шунта были расширены в последние 3 года работы. Временный шунт применялся практически всем больным с ТИА.

Следует отметить, что у 5 (1%) пациентов с хронической окклюзией ВСА отмечались ТИА в данном каротидном бассейне, что, по нашему мнению, было связано с микроэмболией через коллатерали наружной сонной артерии. Всем этим больным была выполнена каротидная эндартерэктомия из бифуркации общей и наружной сонной артерии, после чего отмечалось прекращение ТИА и быстрое восстановление неврологического дефицита.

У больных с тяжелой сопутствующей патологией, низкой фракцией сердечного выброса каротидные реконструкции выполняли под регионарной анестезией, что дало возможность избежать кардиальных и неврологических осложнений.

У 489 (99,4%) больных послеоперационный период протекал гладко. У 1 пациента интраоперационно развился ишемический инсульт, из-за низкой толерантности головного мозга к ишемии. В последующем отмечалось полное восстановление неврологического дефицита в реабилитационном периоде до 1 месяца. У 1 больного через 2 недели после успешной каротидной эндартерэктомии отмечались частые ТИА в противоположном каротидном бассейне, по поводу чего выполнена каротидная эндартерэктомия. Однако в раннем послеоперационном периоде у пациента отмечался выраженный гиперперфузионный синдром, ставший причиной внутримозгового кровоизлияния и смерти. У 1 больного во время обследования отмечались ТИА «кресендо». Больному по экстренным показаниям выполнена каротидная эндартерэктомия в оперированном бассейне, с хорошим гемодинамическим и неврологическим результатом. Однако на 2 сутки у больного развился ишемический инсульт в бассейне контралатеральной ВСА и острый инфаркт миокарда, что стало причиной летальности.

Из 492 операций на брахиоцефальных артериях частота периоперационных ОНМК составила 0,6%, а летальность после них – 0,4%. Общая послеоперационная летальность составила 0,4%, в 0,2% случаев она была связана с параллельно резвившимся острым инфарктом миокарда и ишемическим инсультом.

Выводы. Всем больным с ТИА, при наличии поражений СА, каротидная эндартерэктомия должна выполняться в экстренно-отсроченном порядке, с максимально ускоренным темпом обследования и предоперационной подготовки в течение периода не менее 24 часов. При этом, в течение всего этого периода должна быть назначена адекватная, контролируемая антикоагулянтная и антиагрегантная терапия.

У больных с ТИА, а также при наличии двухсторонних поражений СА, после перенесенного ИИ и при низкой толерантности головного мозга к ишемии, использование временного шунта во время каротидной эндартерэктомии является залогом успешной операции.

При возникновении ТИА в бассейне окклюзированной ВСА необходимо выполнять пластику наружной сонной артерии.

У больных с тяжелой сопутствующей патологией применение регионарной анестезии позволяет избежать таких осложнений, как интраоперационный инсульт и инфаркт миокарда.

РИСК РАЗВИТИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ С ТРАВМАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кодиров Б.Р., Туляков Р.П., Рузиев О.Н., Махадов Ж.Р.
Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Эпидемиологические исследования показывают, что частота тромбоза глубоких вен нижних конечностей в общей популяции составляет около 160 на 100 тыс. с частотой фатальной тромбоэмболии легочных артерий (ТЭЛА) 60 на 100 тыс. населения в год (Allegra C., 2014). Серьезность проблемы подтверждается тем фактом, что около 10% летальных исходов в стацио-

наре связаны с ТЭЛА. В травматологии летальность вследствие ТЭЛА при тяжелых механических травмах достигает 20% (Geerts W.H., 2010). Несмотря на значительные успехи в травматологии и понимания специалистами необходимости профилактики тромбоэмболических осложнений при повреждениях опорно-двигательного аппарата (ОДА), частота их не имеет тенденции к снижению (Загородний Н.В., 2012; Лазаренко В.А., 2012; Righini M., 2012).

Цель. Определение основных факторов риска развития венозных тромбозов системы нижней полой вены у пострадавших с механической травмой таза и нижних конечностей.

Материал и методы. С целью выявления основных факторов риска развития данного осложнения и оценки результатов различных схем профилактики ТЭЛА ретроспективно проанализированы результаты лечения больных с посттравматическим флеботромбозом. В наше исследование вошел 71 больной, госпитализированный в отделение хирургии в 2010-2015 гг., со свершившимися тромбозами глубоких вен системы НПВ, в анамнезе у которых имела место травма нижней конечности или костей таза в течение последнего года. Мужчин было 43 (60,6%), женщин 28 (39,4%) в возрасте от 19 до 85 лет (средней возраст 51,1±16,1 года). 2/3 больных этой группы были трудоспособного возраста от 21 года до 60 лет – 48 (67,6%).

Результаты. Из общего числа пациентов с посттравматическим венозным тромбозом у 32 (45,1%) при поступлении мы констатировали поражение подвздошно-бедренного сегмента системы НПВ. Дистальные формы флеботромбоза (поражение на уровне глубоких вен голени и подколенной вены) диагностированы у 21 (29,6%) больного. У 8 (11,3%) анамнестически удалось выяснить наличие эпизодов, характерных для ТЭЛА, возникшей на фоне развившейся клиники флеботромбоза. Наш опыт свидетельствует о том, что вероятность тромбоэмболического осложнения при повреждениях ОДА сохраняется до 1-го года. Наиболее опасным периодом являются первые 2 месяца после травмы, в течение которых поступили 53 (74,6%) больных. Интересно отметить, что посттравматические флеботромбозы чаще развиваются в теплые и жаркие периоды года с мая по сентябрь, только 6 (10,7%) пациентов поступили в клинику зимой. Видимо, это связано с повышенной потерей влаги и соответствующим сгущением крови при высокой температуре воздуха.

Вслед за выявлением закономерностей развития флеботромбозов в зависимости от срока травмы и сезона года мы попытались определить и другие факторы риска этого осложнения травматической болезни. В частности, была обнаружена зависимость между частотой развития посттравматического венозного тромбоза и группой крови больного. Так, более половины пациентов имели группу крови А (II).

Продолжая поиск дополнительных факторов риска развития флеботромбозов при механической травме таза и нижних конечностей, мы обнаружили, что абсолютное большинство пациентов с посттравматическим венозным тромбозом имели ту или иную сопутствующую патологию. Преобладали артериальная гипертония, респираторные заболевания и ожирение. У некоторых больных с посттравматическим флеботромбозом имели место также другие общеизвестные предрасполагающие к тромбозу фоновые заболевания.

Уместно напомнить еще об одном антропологическом факторе риска артериальных и венозных тромбозов – возрасте старше 40 лет. Таких больных было 53 (74,6%). Учащение частоты тромбоза глубоких вен нижней конечности (ТГВНК) с увеличением возраста установлено практически во всех проспективных исследованиях.

Точная причина предрасположенности к ТЭЛА при ожирении не установлена, однако считают, что это связано с тем, что люди с избыточной массой тела страдают, как правило, и другими заболеваниями (например гипертонической болезнью), которые сами по себе, как и гиперлипидемия, сопровождаются повышенной свертываемостью крови. К тому же присущая этим больным гипокинезия увеличивает вероятность возникновения тромбоза из-за стаза крови в венах нижних конечностей.

Вывод. При разработке мер профилактики флеботромбозов и ТЭЛА у больных с травмой опорно-двигательного аппарата необходимо опираться на четкие представления об истинной частоте подобных осложнений травматической болезни, учитывать самые важные факторы риска их развития.

МАНИПУЛЯЦИИ НА ВЕРХНЕМ САГИТТАЛЬНОМ СИНУСЕ В ЭКСТРЕННОЙ И ПЛАНОВОЙ НЕЙРОХИРУРГИИ

Козлов А.В., Кулдашев К.А., Бочаров А.В., Хакимов Д.М., Худайбердиев К.Т., Заболотный Р.В., Кулдашева Г.К.

ФГАУ НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко Минздрава РФ, Москва

Андижанский государственный медицинский институт,

Андижанский филиал РЦНЭМП,

ФГБУ Федеральный научно-клинический центр ФМБА РФ, Москва

Повреждения верхнего сагиттального синуса (ВСС) наблюдаются у 1-5% пострадавших с черепно-мозговой травмой (ЧМТ) в мирное время, во время второй мировой войны эта цифра достигала 40%. Возможны и ятрогенные повреждения венозных синусов. Моделью для отработки тактики действий в экстренных ситуациях могут быть парасагиттальные менингиомы (ПСМ), удаление которых в ряде случаев сопровождается вскрытием просвета ВСС.

Цель. Определение оптимального характера и объема манипуляций на ВСС при его травматических, ятрогенных повреждениях и опухолях.

Материал и методы. Основную группу составили 52 больных, которым выполнялись реконструктивные вмешательства на ВСС со вскрытием его просвета при ПСМ и ЧМТ. У 1805 пациентов с ПСМ внутрисинусные вмешательства не производились. Ятрогенные повреждения в материале отсутствовали.

Изучали влияние манипуляций на ВСС на качество жизни больных после операции, показатель оценивали по шкале Карновского. Статистический анализ проводили с использованием программного обеспечения Statistica 6.0. Чаще применяли непараметрический критерий Манна–Уитни, дисперсионный анализ Краскела–Уоллиса, непараметрический корреляционный анализ (γ-корреляция), критерий хи-квадрат и точный критерий Фишера.

Результаты. Летальных исходов в основной группе не было. Установлено, что более агрессивные вмешательства на ВСС (реконструкция одной, двух или всех трех его стенок, а также резекция блокированного опухолью ВСС кзади от коронарного шва) вели к статистически достоверному ($p<0,01$) примерно двукратному снижению показателей социально-трудовой адаптации больных после операции.

Обсуждение. При изучении литературы (159 источников, найденных в Pub Med по запросу), установлено, что в отношении манипуляций на ВСС существуют противоположные мнения. Некоторые авторы высказывают точку зрения об относительной безопасности обширных реконструктивных вмешательств на ВСС, в том числе его пластики различными трансплантатами. Другие предлагают воздерживаться от вскрытия просвета ВСС и манипуляций внутри него без крайней необходимости. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что при соответствующей технической оснащенности хирургические манипуляции в просвете ВСС не создают опасности для жизни больных, но ухудшают показатели их социально-трудовой адаптации после операции.

Заключение. При повреждении верхнего сагиттального синуса следует стремиться к остановке кровотечения и восстановлению проходимости синуса минимально инвазивными методами. Реконструктивные вмешательства с использованием трансплантатов могут применяться только при невозможности помочь больному другими способами.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ НАРКОМАНИЕЙ

Косаев Дж.В., Будагов И.К., Намазов И.Л., Хасаева Н.Р., Магеррамова Г.Р.
Научный центр хирургии им. акад. М.А. Топчубашева, Баку

Использование наркотиков в инъекционной форме сопровождается увеличением числа сосудистых осложнений. Развитие гнойно-воспалительного процесса и некроза мягких тканей в зоне повреждения сосудов усложняет выполнение реконструктивно-воспалительных операций. Поэтому многие исследователи перевязку магистральных сосудов на протяжении считают радикальным способом. Однако после лигатурных операций высок процент ампутаций и летальность. До сих пор нет четкого выбора хирургической тактики и тактики послеоперационного лечения при повреждении сосудов у больных с парентеральным введением наркотиков. По этой причине хирургическое лечение сосудистых осложнений у наркоманов остается актуальной проблемой экстренной сосудистой хирургии.

Цель. Оценка результатов хирургического лечения больных наркоманией с постинъекционным повреждением магистральных сосудов.

Материал и методы. Проанализированы результаты обследования и хирургического лечения 59 пациентов с сосудистым осложнением, возникшим вследствие внутрисосудистого введения наркотических средств. Средний возраст 39±2,4 года. У 31 больного отмечались тяжелые сопутствующие заболевания: туберкулез (4), гепатиты (14), сифилис (6), гепатиты+сифилис (4), ВИЧ-инфекция+гепатиты (3). Для установления характера повреждений артерий и вен, наличия аневризмы и пульсирующей гематомы, тромбоза сосудов проводили ультразвуковое дуплексное ангиосканирование (УЗДС), МСКТ-ангиографию.

Результаты. В результате УЗДС, МСКТ-ангиографии и интраоперационной ревизии у 9 больных выявлено повреждение общей бедренной артерии (ОБА), у 21 – общей, поверхностной и глубокой бедренной артерий, у 19 – поверхностной бедренной артерии, у 19 – сочетанное повреждение артерий и бедренной вены. У 10 больных отмечался изолированный илеофеморальный тромбоз, лечение которого проводилось консервативно. У 40 пациентов диагностирована постинъекционная пульсирующая гематома без воспалительных явлений и с выраженным воспалительным процессом, у 17 из них с кровотечением, у 9 – ложная аневризма. У 27 пациентов, несмотря на отсутствие ишемии конечности, при УЗДС и МСКТ-ангиографии до операции выявлена окклюзия артерии ниже зоны повреждения.

У 9 пациентов с ложной аневризмой и у 8 с пульсирующей гематомой без гнойно-некротического процесса произведена восстановительная операция на артериях. У 32 больных с пульсирующей гематомой с гнойно-некротическим процессом выполняли перевязку магистральных сосудов (перевязка поверхностной бедренной артерии у 14, перевязка общей, поверхностной бедренной артерии и глубокой артерии бедра у 18) в пределах раны с использованием монофиламентных нитей. У 11 больных с учетом прогрессирования некроза и опасности повторного кровотечения ОБА дополнительно над пупартовой связкой перевязывалась из небольшого разреза. Во избежание ухудшения коллатерального кровообращения не

прибегали к высокой забрюшинной перевязке артерий.

В послеоперационном периоде проводили комплексное лечение: переливание крови и свежезамороженной плазмы, антибиотикотерапия, комплексная витаминотерапия, иммуномодуляторы, препараты, улучшающие реологию крови, внутривенное лазерное облучение крови. В послеоперационном периоде у 9 больных наблюдалось аррозивное кровотечение, им проведена повторная операция с высоким лигированием артерий. У 6 больных развивалась острая ишемия конечности, ставшая причиной ее ампутации.

ПОЯСНИЧНАЯ СИМПАТЭКТОМИЯ И РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЮЩАЯ ОСТЕОТРЕПАНАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДИСТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ АРТЕРИЙ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Косаев Дж.В., Ахвердиева Т.Г., Тагизаде Г.Т., Хасаева Н.Р
Научный центр хирургии им. акад. М.А. Топчибашева, Баку

Широкая распространенность окклюзионных поражений артерий нижних конечностей и значительный вес их в структуре хирургической патологии определяет актуальность проблемы лечения больных с критической ишемией нижних конечностей (КИНК). В системе оказания помощи пациентам с КИНК предпочтение отдается реконструкциям артерий, но эффективность их при дистальной форме сосудистых поражений оставляет желать лучшего. Низкая эффективность или невозможность выполнения прямых реконструктивных операций при дистальных формах поражения заставляет хирургов искать новые методы хирургического лечения. Разработаны и внедрены в клинику менее травматичные способы стимуляции коллатерального кровотока. В их числе – поясничная симпатэктомия (ПСЭ) и реваскуляризирующая остеотрепанация (РОТ).

Цель. Оценка эффективности ПСЭ и РОТ в лечении больных с КИНК, обусловленной дистальным поражением артериального русла.

Материал и методы. Исследования проводились у 67 больных с КИНК с нереконструктабельными окклюзиями и стенозами бедренно-подколенно-берцового сегмента артерий в возрасте от 23 до 78 лет. Женщин было 18, мужчин – 49. С облитерирующим атеросклерозом было 39 пациентов, с тромбангиитом – 28. Язвенно-некротические изменения дистальных отделов конечностей отмечались у 38 больных.

Для установления диагноза и оценки эффективности использовались следующие методы: клинический, ангиография (Siemens, Axiom Artis Zee), МСКТ-ангиография (Siemens, Somatom Definition AS, 64-slice), цветное дуплексное сканирование с ультразвуковой допплерографией (Sonoace PICO), высокочастотная ультразвуковая допплерография (Минимакс-допплер-К), реовазография (Диамант МТ), сатурация кислородом кожи-SpO2 (Bionet), кожная термометрия.

Результаты. При лечении больных с КИНК одновременно с консервативным лечением нами проведены следующие операции непрямой реваскуляризации: поясничная симпатэктомия (ПСЭ) – у 21, реваскуляризирующая остеотрепанация (РОТ) большеберцовой и бедренной кости – у 24, ПСЭ+РОТ – у 22. Операцию ПСЭ проводили под интубационным наркозом, РОТ – под эпидуральной анестезией.

Применение ПСЭ и РОТ в отдельности и в сочетании приводило к уменьшению интенсивности боли, статического отека, нормализации сна больного в течение 3-5 суток, стиханию воспалительной реакции и ограничению некротического процесса, что позволило более раннее выполнение операций на нижних конечностях. В ходе лечения уменьшается потребность в инъекциях наркотических анальгетиков.

Инструментальными методами исследования установлены достоверное повышение кожной температуры ($p<0,05$), сатурации кислородом кожного покрова ($p<0,05$), РИ ($p<0,05$). Сравнительный анализ показал, что при сочетанном применении операции ПСЭ + РОТ показатели лучше, чем при отдельном выполнении этих операций. При сопоставлении этих данных с показателями ЛПИ установлено, что в 87% случаев их динамика была однонаправленной: увеличение ЛПИ после лечения сопровождалось повышением кожной температуры, сатурацией кислородом кожи и РИ. Наилучшую динамику ЛПИ наблюдали при операции ПСЭ+РОТ у больных тромбангиитом и атеросклерозом артерий относительно молодого возраста с хронической ишемией III степени.

Положительные результаты получены у 56 (83,6%) пациентов. У 11 (16,4%) больных изменений в состоянии не наблюдалось, либо имело место ухудшение, заключавшееся в снижении кожной температуры, сатурации кожи кислородом, РИ и ЛПИ по сравнению с дооперационным уровнем.

У 17 (25,4%) больных выполнены малые (ампутация пальцев, некрэктомия, ампутация стопы), у 9 (13,4%) – большие ампутации на уровне голени (5) и средней трети бедра (4). Благодаря использованию ПСЭ и РОТ в оперированных сегментах отмечалось заметное улучшение кровоснабжения тканей, что обеспечивало условия заживления операционной раны.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют об эффективности использования ПСЭ и РОТ в отдельности и в сочетании в лечении больных с нереконструктабельным поражением бедренно-подколенно-берцового сегмента артерий. Их применение у 58 (86,6%) больных позволило сохранить опорную функцию конечности.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ВТОРИЧНОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМАХ

Кузибаев Ж.М., Махкамов К.Э., Юнусов Р.С., Дадаев Х.Х., Исрайилов Д.У., Махкамов М.К.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Вторичная ишемия головного мозга (ВИГМ) является грозным осложнением тяжелой черепно-мозговой травмы и фактором риска неблагоприятного исхода. Однако причины развития и влияние ВИГМ на исход у пациентов с травматическими субдуральными гематомами кровоизлияний (ТСГ) мало изучены.

Цель исследования. Нами произведено ретроспективное исследование, чтобы определить прогностический критерий ВИГМ и значение их на исход ТСГ.

Материалы и методы. Работа основана на анализе результатов диагностики и лечения 127 пациентов с ТСГ. Мужчин было 68 (53,5%), женщин – 59 (46,4%). Средний возраст пациентов составил 47,6±6,5 года. Средняя оценка по ШКГ при поступлении больных составила 9,2±2,4 балла. Среднее время с момента получения травмы до поступления пациентов в стационар составило 6,4±2,5 часа. Всем пациентам проводили хирургическое лечение – декомпрессивная трепанация черепа с удалением ТСГ в течение первых 1–6 ч с момента поступления. Средний объем удаленной ТСГ составил 58,4±9,5 мл. Динамический мониторинг развития послеоперационной вторичной ишемии головного мозга проводили с помощью оценки неврологического статуса, уровня сознания по шкале комы Глазго (ШКГ), КТ головного мозга. Верификацию вида, локализации и объема ТСГ, выраженность повреждения головного мозга осуществляли на основании результата компьютерной томографии головного мозга.

Результаты и обсуждение. Сравнительная оценка уровня сознания исследуемых больных при поступлении показала, что в группе больных без развития ВИГМ уровень сознания по ШКГ составил 10,6±2,4 балла, в группе с прогрессированием ВИГМ – 7,3±1,9 балла. Уровень статистической значимости развития ВИГМ от смещения срединных структур мозга по данным первичной КТ головного мозга был выше других факторов. Мы обнаружили также взаимосвязь между смещением срединных структур мозга и увеличением ВИГМ среди пациентов с ТСГ ($p<0,01$). Критической величиной поперечной дислокации было 9,6±1,4 мм. При такой или большей величине смещения отмечалось выраженное прогрессирование ВИГМ. Одним из основных параметров, отражающих тяжесть поражения мозга и определяющих исход черепно-мозговой травмы, является объем ТСГ. В нашем исследовании была обнаружена достоверная зависимость прогрессирования ВИГМ от объема ТСГ. Эта корреляция была выражена сильнее при объеме гематомы более 40 $см^3$ ($p<0,05$) и несколько слабее при объеме гематомы между 20 и 40 $см^3$ ($p<0,05$). Статистически значимой взаимосвязи между объемом гематомы менее 20 $см^3$ и развитием ВИГМ не определялось ($p>0,05$). ВИГМ в настоящее время считается одним из основных патофизиологических факторов, ведущих к развитию неблагоприятного исхода у пациентов с черепно-мозговой травмой. Мы просмотрели зависимость летальных исходов от выраженности ВИГМ у обследованных больных. Оценка исходов лечения по шкале исходов Глазго показала, что в группе больных с ВИГМ хорошее восстановление было получено у 6 пациентов (10,7%), умеренная инвалидизация – у 11 (19,6%), тяжелая инвалидизация – у 18 (32,1%). Вегетативное состояние развилось у 3 (5,3%). Летальные исходы отмечены у 18 больных (32,1%). В группе больных без ВИГМ хорошее восстановление было получено у 21 пациента (29,5%), умеренная инвалидизация – у 22 (30,9%), тяжелая инвалидизация – у 18 (25,3%). Вегетативное состояние развилось у 2 (2,9%). Летальные исходы отмечены у 8 больных (11,2%). Полученные результаты свидетельствуют о том, что при развитии ВИГМ частота летальных исходов увеличивается в 2,8 раза (32,1% против 11,2%, $p < 0,01$), при этом отмечается увеличение количества благоприятных исходов (хорошее восстановление и умеренная инвалидизация) у больных без ВИГМ 2 раза (60,4% против 30,3%, $p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, к факторам высокой степени риска развития ВИГМ следует относить объем субдуральной гематомы, величину смещения срединных структур и уровень сознания больного. Развитие ВИГМ приводит к увеличению частоты летальных исходов в 2,8 раза, с уменьшением количества благоприятных исходов в 2 раза по сравнению с больными без ВИГМ.

ОПЕРАТИВНАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ГЕМАТОМАХ

Кулматов А.Х., Сариев А.У.
Республиканский научный центр нейрохирургии

Цель. Оценка результатов лечения больных, оперированных по поводу травматических внутримозговых гематом в раннем и отсроченном периоде.

Материал и методы. В отделении экстренной нейрохирургии Республиканского научного центра нейрохирургии в 2013-2015 гг. хирургическое вмешательство проведено 30 пациентам. Больные разделены на 2 группы в зависимости от срока операции: 1-я группа – 17 (56%) больных, оперированных в первые 3 суток после травмы, 2-я группа – 13 (44%) больных, оперированных спустя 3 суток.

Результаты. Всем больным проведено комплексное обследование. Общее состояние больных оценивались по ШКГ. При оценке полученных результатов учитывали тяжесть состояния больных, наличие смещения срединных структур, выраженность общемозговой и неврологической симптоматики, а также использовали шкалу исходов Глазго.

После операции в 1-й группе хорошее восстановление отмечалось у 12 (40%) больных, удовлетворительное восстановление – у 2 (6,7%), плохое восстановление – у 1 (3,3%), смерть наступила у 2 (6,7%). Во 2-й группе хорошее восстановление достигнуто у 7 (23%) пациентов, удовлетворительное – у 2 (6,7%), плохое – у 4 (13,3%). Умерли больные, которые получили тяжелую черепно-мозговую травму и были доставлены в центр в тяжелом состоянии.

Выводы. Один из основных факторов восстановления трудоспособности и снижения инвалидизации – раннее хирургическое лечение, своевременное устранение дислокации головного мозга.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КРИТИЧЕСКОГО КАРОТИДНОГО СТЕНОЗА

Кутлиев У.Х., Абдуллаев Б.П., Изюмова Г.А., Давлетова Д.Ф.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Особым направлением профилактики ишемических нарушений мозгового кровообращения (НМК) является ранняя восстановительная хирургия сонных артерий.

Цель. Сравнительная оценка результатов хирургического и консервативного методов лечения больных со стенозом внутренней сонной артерии (ВСА).

Материал и методы. С февраля 2013 г. в Хорезмском филиале РНЦЭМП было выполнено 104 реконструктивных вмешательства на сонных артериях. Объектом нашего исследования стали 58 пациентов с критическим (70-99%) стенозом ВСА, неотложно госпитализированных в экстренное неврологическое отделение Хорезмского филиала РНЦЭМП. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа – 42 больных, оперированных на каротидных артериях после верификации критического стеноза ВСА, 2-я группа – 16 больных, которым было предложено хирургическое лечение, но которые по тем или иным причинам от операции отказались. Оценка эффективности лечения основана на сопоставлении данных о состоянии неврологического статуса до и после оперативного вмешательства. Результаты оценивали при повторном обследовании больных в различные сроки после операции – от 3 месяцев до 1 года. Возраст больных колебался от 43 до 78 лет. Большинство больных составляли мужчины – 49, женщин было 9. Большинство пациентов были в возрасте 60-69 лет. Диагноз гемодинамически значимой патологии каротидных сосудов поставлен на основании ультразвукового исследования сонных артерий. Критический уровень стеноза ВСА во всех случаях проявлялся развитием ТИА. Очаговые симптомы были представлены двигательными, чувствительными и речевыми нарушениями. Из сопутствующих заболеваний чаще всего встречалась ИБС, артериальная гипертензия, стено-окклюзионная патология других артериальных бассейнов. 1/3 больных имели двусторонние гемодинамически значимые поражения сонных артерий. В 1-й группе всем больным выполнены хирургические вмешательства на каротидном бассейне под общим наркозом. 37 пациентам проведена эверсионная эндартерэктомия, в 5 случаях – «классическая» эндартерэктомия из ВСА. Больные 2-й группы получали консервативное комплексное лечение в стационаре, а в дальнейшем в амбулаторных условиях.

Результаты. У пациентов 1-й группы за весь период наблюдений повторных острых церебральных нарушений и летальных исходов не зарегистрировано. По данным контрольных исследований (ЦДС, КТ-ангиография), проходимость оперированной ВСА была удовлетворительной. В первые месяцы до года после операции у всех пациентов отмечался активный регресс очаговой неврологической симптоматики, нарушения поверхностной и глубокой чувствительности исчезали. У 6 больных 2-й группы в течение всего периода наблюдений развилось повторное ишемическое НМК в бассейне стенозированной ВСА. Умерли 4 пациента. При наблюдении в течение первого года отмечалась удовлетворительная динамика регресса двигательных и чувствительных нарушений. Позже 12 месяцев наблюдения существенных изменений неврологического статуса не было. К концу года очаговая неврологическая симптоматика сохранялась у 13 (81%) больных. Нарушение поверхностной и глубокой чувствительности сохранялось у 5 (31%) больных.

Выводы. Хирургические методы лечения стенозирующего поражения внутренней сонной артерии являются высокоэффективными способами коррекции нарушений кровоснабжения головного мозга, позволяющими улучшить исходы ишемического НМК. Положительный эффект восстановления церебрального кровоснабжения после реконструктивной операции сопровождается полным регрессом или уменьшением выраженности симптомов ишемии мозга.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Маликов Ю.Р., Хакимов А.Б., Хотамов И.Э., Утаев Л.Х.
Навоийский филиал РНЦЭМП

Одной из сложных и актуальных проблем современной сосудистой хирургии является лечение повреждений магистральных сосудов. Этот вид травмы занимает особое место в хирургической практике в связи с тяжестью повреждений и возникающими осложнениями.

В мирное время частота повреждений крупных сосудов достигает 2%, что представляется весьма внушительным. При этом более 50% из них являются следствием дорожно-транспортных происшествий (Каримова Э.А. и др., 1981). Актуальность этой проблемы обусловлена еще и тем, что уровень летальности при травмах магистральных сосудов достигает 15,4-25,5% (Лименев В.Л. и др., 1998).

Изучены результаты хирургического лечения 26 пациентов с повреждениями магистральных сосудов верхних конечностей, находившихся на лечении в отделении хирургии Навоийского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в 2012-2015 гг. Больные были в возрасте от 15 до 55, 23 (88,4%) из них были трудоспособного возраста (от 21 года до 55 лет). Как и во всех других видах механических травм, среди пострадавших большинство были мужчины – 21 (80,7%).

14 (53,8%) больных поступили самотёком без оказания первичной медицинской помощи, 7 (26,9%) доставлены по линии скорой медицинской помощи, остальные 5 (19,2%) переправлены из других лечебных учреждений после оказания им первой медицинской помощи.

Разделение больных по механизму повреждения позволяло сразу, в момент осмотра и сбора анамнеза предположить характер повреждения структур сегмента, наметить план хирургической обработки, прогнозировать возможность развития осложнений в послеоперационном периоде. При массивном повреждении мягких тканей, трубчатых костей и декомпенсации кровообращения резко увеличивался риск развития гнойно-некротических осложнений. По характеру повреждения преобладали резаные ранения – у 15 (57,6%), которые являлись наиболее благоприятными с прогностической точки зрения. Наиболее неблагоприятными были травмы от раздавливания – у 3 (11,5%) и особенно тракционные раны – у 2 (3,8%). Они отличались значительной зоной некроза тканей, более сложной формой, наличием в раневом канале полостей с образованием обширных кожно-мягкотканых дефектов. Эти травмы отличались наибольшим полиморфизмом повреждений структур.

Тяжесть состояния больных усугублялась сочетанием повреждения других структур верхних конечностей, которые также подлежали реконструкции. Сочетанные повреждения сопутствующих вен были диагностированы у 22 (84,6%) пациентов. У 16 (61,5%) ранения сосудов сочетались с повреждением нервных стволов, у 19 (73%) – мышц и сухожилий, у 4 (15,3%) – костей, лишь у 1 (3,8%) больного имело место изолированное ранение магистральных артерий.

У 21 (80,7%) пациента после восстановления всех поврежденных структур получены удовлетворительные и хорошие результаты с восстановлением функции конечности. У 3 (11,5) пострадавших выполнена первичная ампутация. Умер 1 (3,8%) больной.

Анализ результатов лечения больных показал, что при первичном восстановлении поврежденных анатомических структур с применением прецизионной техники при сочетанных повреждениях верхней конечности можно получить положительные результаты.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ АМПУТАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ ГАНГРЕНОЙ

Мамадалиев Б.Р., Умаров О.М., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Несмотря на развитие ангиологии и ангиохирургии, в частности внедрения в практику целого ряда сложных оперативных вмешательств на магистральных артериях, а также эндоваскулярных методик (баллонной дилатации и стентирования), частота ампутаций вследствие ишемической гангрены остается высокой (Бурлеева Е.П., 2003; Покровский А.В., 2008; NASDAB, 2005).

Клинические исследования, проведенные в ведущих сосудистых центрах, показали, что ранние послеоперационные осложнения ампутаций нижних конечностей не имеют тенденции к снижению и составляют от 5,5 до 80% (Шулутко А.М. и др., 2010; Ray R.L., 2000; Auvillo B., 2004). Наиболее частые – гнойно-некротические осложнения (ГНО).

Цель. Оптимизация методов лечения ГНО после ампутаций нижних конечностей у больных с ишемической гангреной.

Материал и методы. В 2010-2015 гг. на базе отделения сосудистой хирургии и микрохирургии ФФ РНЦЭМП на лечении находилось 83 пациента с ишемической гангреной нижних конечностей на фоне острой артериальной непроходимости. У большинства больных (85%) диагностирован тромбоз артерии на фоне облитерирующего атеросклероза. Мужчин было 65 (78.3%), женщин – 18 (21,7%). Средний возраст пациентов 55,8 года.

Практически все больные имели сопутствующие заболевания: ИБС, гипертоническую болезнь, общий атеросклероз, сахарный диабет, ожирение, последствие ОНМК и др. Общее состояние большинства (67%) пациентов расценивалось как тяжелое, что было обусловлено высокой интоксикацией, наличием сопутствующей патологии, выраженным болевым синдромом на фоне пожилого возраста. После обследования и кратковременной предоперационной подготовки выполнены ампутации нижних конечностей на уровне верхней трети бедра у 3 (3,6%) больных, средней трети бедра – у 20 (24,1%), нижней трети бедра – у 42 (50,6%), верхней трети голени – у 5 (6%), средней трети голени – у 5 (6%), нижней трети голени – у 4 (4,8%), на уровне стопы – у 2 (2,4%).

ГНО на нижних конечностях на 3-7-е сутки после ампутаций развились у 18 (21,7%) больных. Некроз культи бедра или голени отмечался у 2 (11,1%) из них, гнойно-некротический фасциит – у 4 (22,2%), нагноение раны – у 12 (66,7%).

Ретроспективный анализ показал, что основными причинами возникновения ГНО были неверно выбранный уровень ампутации конечности – у 5 (6%)

пациентов, неадекватное дренирование раны – у 3 (3,6%), недостаточный гемостаз – у 5 (6%), недостаточное кровоснабжение тканей – у 4 (4,8), неадекватная предоперационная антибактериальная профилактика – у 1 (1,2%). На развитие ГНО влияло также снижение иммунного статуса, нарушение обмена веществ и высокая ишемия тканей культи.

Общая летальность после ампутаций нижних конечностей составила 12,1%, из них после развития ГНО – 2,4%. При развитии ГНО эффективная реампутация нижних конечностей выполнена 3 больным, этапные некрэктомии – у 10, проточно-промывной лаваж установлен у 5, вскрытие гнойников с их дренированием осуществлено у 4 больных. Раны велись открытым способом, активно промывались окислителями, протеолитическими ферментами и растворами антибиотиков широкого спектра действия. После очищения раны применялись мазевые повязки с последующим наложением вторичных швов. Данная методика позволила в большинстве случаев улучшить результаты лечения ГНО после ампутаций нижних конечностей.

Выводы. 1. ГНО являются самыми частыми осложнениями послеоперационного периода у больных, перенесших ампутацию нижних конечностей. 2. Высокая частота ГНО обусловлена ишемией тканей культи, высокой эндогенной интоксикацией и нарушением в иммунном статусе. 3. Лечение ГНО должно соответствовать требованиям гнойной хирургии, при этом необходимо учитывать местные процессы в ране, а также общее соматическое состояние больного. 4. Активная хирургическая тактика позволяет улучшить результаты лечения ГНО после ампутаций нижних конечностей.

ЗНАЧЕНИЕ ДИНАМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА В ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Маманабиев Ю.Т., Лоикова С. Ж., Махмудов Н.И.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Массивная кровопотеря, сопровождающаяся геморрагическим шоком, является наиболее грозным осложнением при травмах и различных заболеваниях и несмотря на постоянное совершенствование методов инфузионно-трансфузионной терапии (ИТТ) – причиной гибели больных в 25-57 % случаев. Возникновению кровотечений способствуют нарушения в системе гемостаза в результате определенного патологического состояния, а кровопотеря, в свою очередь, при отсутствии быстрой и адекватной ИТТ, усугубляет эти нарушения и нередко приводит к ДВС-синдрому.

Тактика ИТТ представляет сложную задачу, для правильного решения которой необходим учет целого комплекса факторов. При этом, как показало большинство исследователей, ведущее значение, наряду с противошоковой терапией, имеет своевременное обеспечение коррекции ОЦК солевыми растворами в сочетании с большими объемами свежезамороженной плазмы до остановки кровотечения с последующим дополнением гемокомпонентной терапией. Отмечается, что лечение кровопотери на фоне гинекологической гемодилюции с использованием коллоидных кровезаменителей и эритроцитной массой, таит в себе угрозу гемодилюционной коагулопатии, увеличивающей обьем кровопотери.

Задачи исследования. Проанализировать состояние системы гемостаза у гинекологических больных на фоне массивной кровопотери и проводимой заместительной терапии, разработать тактику ИТТ с применением лабораторного контроля состояния системы гемостаза при лечении массивной кровопотери и ДВС-синдроме.

Проанализированы результаты лечения 23 больных гинекологического профиля.

Все больные были в тяжелом или терминальном состоянии с геморрагическим шоком II-III степени, с тяжелой гипоксией в 78% случаев под наркозом с применением ИВЛ.

Все больные нуждались в активной терапии геморрагического шока, в диагностике и коррекции нарушений системы гемостаза. Величина кровопотери колебалась в пределах от 1500 мл до 3000 мл. Нарушения в системе гемостаза отмечались практически у всех больных, но имели различную направленность (гипокоагуляционная фаза ДВС-синдрома в 12 случаях, в 7 случаях гипокоагуляционная фаза ДВС-синдрома с гемодилюционной коагулопатией, в 4 случаях гиперкоагуляционная фаза ДВС-синдрома). Для коррекции гиперкоагуляционной фазы ДВС-синдрома применяли гепарин из расчета 30 ед /кг веса больного под контролем коагулограммы. Гемокорректоры с реологическими свойствами в сочетании с солевыми растворами, по показаниям – свежезамороженная плазма до 500-600 мл и другие компоненты и препараты крови. Коррекции гипокоагуляционной фазы ДВС-синдрома проводили большими обьемами свежезамороженной плазмы (1000-2000 мл) в сочетании с солевыми растворами (1500-2000 мл), по показаниям – концентрат тромбоцитов (1-2 лечебная доза), криопреципитат (4-8 доз). Применяли умеренные дозы гепарина (15-20 ед/кг веса). После достижения гемостаза применяли гемокорректоры реологического свойства, отмытые эритроциты или эритроцитарную взвесь при наличии клинических признаков гипоксии. При полной несворачиваемости крови гепарин не применяли. При гипокоагуляционной фазе ДВС-синдрома в сочетании с гемодилюционной коагулопатией применяли большие обьемы свежезамороженной плазмы, по показаниям отмытую эритроцитарную взвесь в сочетании со стимуляцией диуреза.

Проведенные мероприятия оказались эффективными в 74 случаях.

Таким образом, инфузионно-трансфузионная терапия в гинекологической кровопотери не может быть адекватной и успешной без лабораторно-клинического исследования системы гемостаза, диагностики ее нарушений и целенаправленной ее коррекции.

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ И ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ АДЕНОМАХ ГИПОФИЗА

Махкамов К.Э., Азизов М.М.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Исследование проведено среди 220 больных, оперированных в РНЦЭМП в 2005-2015 гг. (умерли 7 больных, летальность 2,1%). Из них 204 больных первично были оперированы транссфеноидально (умерли 4 человека, летальность 1,6%); 16 пациентам проведены повторные операции в связи с инвазией опухоли в окружающие структуры (умер 1, летальность 0,6%); 2 больным операция не проводилась в связи с инкурабельностью больного.

Основные причины смерти 7 больных после транссфеноидальных вмешательств: нарушение мозгового кровообращения (НМК) по геморрагическому типу – у 2 (3,3%), при этом выявлено кровоизлияние в остатки опухоли; нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу – у 4 (6,6%), соматические причины – у 2 (1,6%), кровоизлияние в опухоль с прорывом крови в желудочковую систему и в субарахноидальное пространство – у (1,6%) (больной не был оперирован в связи с нестабильностью гемодинамических показателей).

Кроме того, у ряда больных после операции отмечались изолированные или комбинированные осложнения различной степени тяжести, характер которых зависел от характера роста опухоли и уже имеющихся осложнений. Снижение остроты зрения отмечалось у 8%, нарастание или появление гормональных нарушений – у 4,6%, назальная ликворея – у 5,4%, кровоизлияние в ложе удаленной опухоли – у 2,3%, нарушения функции глазодвигательных нервов – у 0,5%, нарастание болевого синдрома – у 1,3%, интраназальные осложнения – у 1%.

Особую группу составляют больные с питуитарной апоплексией, которая выявлена у 86 (39%). Клиническая картина протекала на фоне симптоматики, обусловленной АГ: ее размерами, направлением роста и гормональной активностью и была динамичной. У 28 (32%) пациентов она определялась острой гипоталамо-гипофизарной дисфункцией из-за нарушений, в первую очередь, внутри аденомы гипофиза, направлением внезапного расширения опухоли и возможным разрывом ее капсулы. При кровоизлиянии в АГ симптоматика была обычно более яркой и полиморфной, чем при развитии некроза в опухоли.

Таким образом, больные с осложненными АГ составляют особую группу, что необходимо учитывать при их лечении. Результаты лечения зависят от тяжести исходного состояния больного, наличия осложнений в дооперационном периоде, инвазии опухоли в жизненно важные структуры основания черепа. Несмотря на то, что методом выбора лечения осложненных АГ является транссфеноидальная аденомэктомия, благоприятный исход после операции возможен при адекватной консервативной терапии, направленной на коррекцию гемодинамических нарушений и поддержание гомеостаза.

МЕТОД ПЛАСТИКИ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ПОСЛЕ ТРАНССФЕНОИДАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АУТОЖИРОВОЙ ТКАНИ В КОМБИНАЦИИ С ГЕМОСТАТИЧЕСКИМИ ПЛАСТИНАМИ

Махкамов К.Э., Азизов М.М.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Несмотря на большой опыт транссфеноидальной хирургии опухолей основания черепа, в частности аденом гипофиза, отмечаются случаи интра- и послеоперационной ликвореи (до 1% при дизэмбриогенетических опухолях и 3% при аденомах гипофиза). На ранних этапах хирургического лечения больных с этим серьезным осложнением производилась пластика седла по традиционной методике – в полость седла укладывалась гемостатическая губка. Из-за глубины, узости раны и малой зоны доступности пластику основания черепа делать крайне сложно. С 2005 г. мы используем метод пластики основания с применением аутожировой ткани в комбинации с гемостатическими пластинами, позволяющий бороться с назальной ликвореей.

Материал и методы. По нашему методу пластика выполнена у 58 пациентов в возрасте от 18 до 58 лет, из них 55 – с эндоэкстраселлярными аденомами гипофиза, 3 – с эндосупраселлярными краниофарингиомами. Всем пациентам в диафрагму турецкого седла и ложе удаленной опухоли накладывали поэтажно гемостатические пластины (Серджисел и Тахокомб), аутожировую ткань и под твердую мозговую оболочку фиксирующие гемостатические пластины. В 2 случаях произведена реоперация с повторной герметизацией, с разгрузочными люмбальными пункциями в связи с развитием стойкой назальной ликвореи. Базальный менингит наблюдался у 1 пациента, вторичное пустое турецкое седло выявлено у 5 больных. Нагноения в области основной пазухи не наблюдалось.

Таким образом, данная методика полностью позволяет решить вопрос лечения послеоперационной назальной ликвореи и может служить альтернативой другим более инвазивным методам лечения послеоперационных ликворей, учитывая тот факт, что она проводится под эндотрахеальным наркозом, а длительность ее не превышает 20-30 мин.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМ ГИПОФИЗА, ОСЛОЖНЕННЫХ ПИТУИТАРНОЙ АПОПЛЕКСИЕЙ

Махкамов К.Э., Азизов М.М.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Исследованы результаты лечения аденом гипофиза, осложненных питуитарной апоплексией, по данным отделения нейрохирургии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. С ноября 2005 года в нейрохирургическом отделении РНЦЭМП внедрен транссфеноидальный подход к опухолям гипофиза. На основании клинико-инструментальных исследований, интраоперационно и по данным микроскопического исследования выявлены 128 случаев аденом гипофиза, осложненных питуитарной апоплексией (ПА). Из них в 63 (41%) случаях выявлен ишемический тип ПА, в 65 (60%) случаях – по геморрагическому типу. По размерам АГ осложненные ПА были распределены на: гигантские, макроаденомы и микроаденомы – при неизмененном турецком седле. Оперативное вмешательство проведено в разные периоды заболевания: в остром периоде прооперированы 32 (25%) больных, остальные в периоде осложнений и последствий. Все больные были оперированы транссфеноидально. Операции выполнялись с использованием операционного микроскопа с этапа рассечения слизистой перегородки носа. Летальные исходы отмечены в 4 случаях. В 2 случаях в послеоперационном периоде отмечалась стойкая назальная ликворея, которая ликвидирована повторной операцией, с герметизацией дна турецкого седла аутожиром в комбинации с гемостатическими пластинами Тахокомб. Клиническая картина питуитарной апоплексии протекала на фоне симптоматики, обусловленной АГ: ее размерами, направлением роста и гормональной активностью и была динамична. В большинстве случаев первые двое суток она определялась острой гипоталамо-гипофизарной дисфункцией, из-за нарушений, в первую очередь, внутри АГ; направлением внезапного расширения опухоли и возможным разрывом ее капсулы. При кровоизлиянии в АГ симптоматика была обычно более яркой и полиморфной, чем при развитии некроза в опухоли. Из всех аденом гипофиза, осложненных ПА, в 35 (27%) случаях выявлен полиморфный, разной степени тяжести диэнцефальный синдром. В среднем больные находились в стационаре 7 дней (от 3 до 9 дней).

Больные с АГ, осложненными кровоизлиянием и некрозом опухоли, составляют особую группу среди больных с аденомой гипофиза, что необходимо учитывать при их лечении. Результаты лечения зависят от тяжести и давности синдрома ПА, во время которого производится хирургическое вмешательство. Несмотря на то, что методом выбора лечения АГ, осложненных ПА, является транссфеноидальная декомпрессия, с удалением излившейся крови и опухолевой массы, благоприятный исход после операции возможен при адекватной консервативной терапии, направленной на коррекцию гемодинамических нарушений и поддержание гомеостаза.

ДИСФУНКЦИЯ ДИЭНЦЕФАЛЬНЫХ СТРУКТУР ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Махкамов К.Э., Азизов М.М.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В литературе описаны синдромы, развивающиеся в ранних и поздних периодах после тяжелых черепно-мозговых травм, к которым относятся нарушение терморегуляции, несахарный диабет, гипоталамическое ожирение и т.д. Среди пациентов нейрореанимационных отделений с черепно-мозговыми травмами признаки повреждения диэнцефальных структур (ДС) выявляются у 35%. Клинические проявления и особенности их течения вследствие повреждения ДС у этих больных чрезвычайно разнообразны.

Цель. Описание диэнцефального синдрома и результатов лечения у пациентов с сочетанными нейротравмами.

Материал и методы. В исследование включены 239 пациентов с диэнцефальным синдромом различной степени выраженности, оперированных в РНЦЭМП в 2010-2015 гг., в возрасте от 18 до 75 лет. Женщин было 104 (43,5%), мужчин – 135 (56,4%). У всех пациентов выявлялись количественные, качественные нарушения сознания и в большинстве случаях диснатриемия.

Результаты. В зависимости от наличия сочетанных травм со стороны внутренних органов и систем пациенты были разделены на 4 группы. В 1-ю группу включены 88 больных с нарушением сознания, сопровождающимся диснатриемией. У 93,5% пациентов на фоне интенсивной терапии исход был благоприятным. Во 2-ю группу вошли 75 пациентов, у которых, кроме когнитивных нарушений и диснатриемии, на фоне искусственной вентиляции легких развивались бронхолегочные осложнения или повреждение не более одного органа. Благоприятный исход был у 67,6% из них. 3-ю группу составили 32 пациента, у которых имело место повреждение двух систем. Исход был благоприятным у 29%, летальный исход наступил у 43%, а грубая инвалидизация (ШИГ 3) развилась у 28%. 4-ю группу составили 44 пациента с повреждением более 2 систем. Исход был благоприятным у 21% из них, смерть наступила у 64%, грубая инвалидизация развилась у 15%.

Заключение. У больных с сочетанной и осложненной нейротравмой диэнцефальный синдром проявляется сочетанием нарушения сознания различной степени и водно-электролитными расстройствами (в частности диснатриемией) и, как минимум, в сочетании с повреждением одного органа и системы. Тяжесть диэнцефального синдрома и исход определяются тяжестью черепно-мозговой травмы, наличием сочетанных повреждений органов и систем.

ОСТРЫЕ ДИСТАНТНЫЕ ИШЕМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ СПИНАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ТРАВМАХ

Машарипов Б.О.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Диагностика ишемических поражений спинного мозга представляет значительные трудности, которые заложены как в природе самого патологического процесса, так и в многообразии вызывающих его этиологических факторов. Миелоишемия, развивающаяся на расстоянии от места локализации основного патологического очага, называется дистантной. Дистантная миелоишемия, которая встречается у 15% больных с вертеброспинальной травмой, развивается в критических зонах при магистральном типе кровоснабжения спинного мозга.

В Хорезмском филиале РНЦЭМП в 2010-2015 гг. на лечении находились 498 пострадавших с вертеброспинальной травмой, из них 98 – с нарушением функции спинного мозга. Всем больным проведены стандартные исследования (спондилография в стандартных проекциях, КТ, МРТ). С переломами шейных позвонков было 44 пациента, грудных позвонков – 22, поясничных позвонков – 32. Осложнения со стороны спинного мозга без перелома шейных позвонков наблюдались у 4 больных с центромедуллярным синдромом и у 2 с полным нарушением функции спинного мозга.

У всех 6 больных на уровне C5-C7 обнаружены остеофиты, грыжи и стеноз позвоночного канала с нарушением спинального кровообращения. У 2 больных с тетраплегией болезнь закончилась летальным исходом из-за тяжелого нарушения перистальтики кишечника, дыхания, ФТО и гипертермии.

У 2 больных с компрессионным переломом тела легкой степени на грудопоясничном уровне с клиникой разного уровня поражения спинного мозга и позвоночника интраоперационно повреждение дурального мешка и спинного мозга не обнаружено. У обоих больных был перелом поперечного отростка и XII ребра справа с повреждением радикуломедуллярной артерии (Адамкевича). В последующем на МРТ на местах повреждений и на грудном уровне определялись кистозные полости. Для диагностики дистантных расстройств кровообращения спинного мозга необходимо МРТ-исследование критических зон на уровне CIV-V, ThIV-VIII, LI-II. При повреждении шейных и поясничных позвонков необходимо исследование и грудного уровня для диагностики дистантных нарушений кровообращения спинного мозга.

Выводы. 1. Всем больным с разными уровнями поражения спинного мозга и позвоночника необходимо проведение МРТ критических зон. 2. Показанием к операции является необходимость устранения компрессии спинного мозга и кровоснабжающих сосудов.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ ПРИ ЧРЕЗ- И НАДМЫЩЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМАХ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ: ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Машарипов Ф.А., Мусаев Т.С., Юлдашев А.А., Низов О.Н.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз

В практике детской травматологии чрез- и надмыщелковые переломы плечевой кости привлекают внимание своей трудностью лечения и значительным количеством неблагоприятных исходов. Особенно при осложненных формах в виде нарушенного кровообращения поврежденной конечности. Данная категория пострадавших детей представляет сложность данной проблемы как в организационном, так и хирургическом плане. Учитывая, что пациентам с различными недиагностированными сосудистыми осложнениями требуется длительное лечение и еще более продолжительный реабилитационный период, которые сами по себе далеко не всегда гарантируют получение удовлетворительного результата, крайне необходимо совершенствовать как методы ранней диагностики, так и адекватного хирургического лечения и более активно их внедрять в повседневную практику.

За период с 2006 по 2015 г. в отделении детской травматологии РНЦЭМП находились на лечении 101 ребенок с нарушением периферического кровообращения поврежденной конечности при чрез- и надмыщелковых переломах плечевой кости. Нарушения кровообращения в виде ослабленной пульсации на артериях предплечья на поврежденной конечности наблюдались у 35 (34,6%) больных, отсутствие пульса у 66 (65,4%). Наибольшее количество переломов отмечено в возрасте от 4 до 10 лет.

Диагностика и лечение нарушения периферического кровообращения при чрез- и надмыщелковых переломах плечевой кости у детей проводилась по разработанной нами программе (№ DGU 02169 ГПВ РУз, от 29.03.11 г.). По программе все больные клинически исследовались, обращали внимание на цвет кожи, температуру кисти и пальцев, а также на характер смещения костных отломков на рентгенограммах. Особое внимание обращали на состояние мягких тканей области локтевого сустава: наличие грубой деформации, напряженного отека, подкожное кровоизлияние по передней поверхности локтевого сустава с натяжением подкожной клетчатки и кожи (симптом Кирмиссона). При отсутствии или ослаблении пульсации на лучевой артерии больным проведен ряд исследований в установленном порядке, последовательно: пульсоксиметрия, цветовое дуплексное сканирование (ЦДС), мультислойная компьютерная томография с контрастной ангиографией и пункционная ангиография.

Консервативное лечение нарушения кровообращения поврежденной конечности заключалось

в проведении закрытой репозиции костных отломков с наложением гипсовой повязки под местной анестезией при незначительных смещениях костных отломков с последующим курсом спазмолитической, антикоагулянтной терапии и назначением препаратов, улучшающих периферическое кровообращение. При значительных смещениях костных отломков производили остеосинтез плечевой кости по методике НИИТО МЗРУз аппаратом Илизарова и устройством клиники РНЦЭМП под общей анестезией.

Показанием консервативного ведения больных с нарушением кровообращения явилась положительная динамика показателей пульсоксиметрии и данные ЦДС. При снижении пульсовой волны, сатурации ниже 95% на пульсоксиметрии, а также при значимых асимметриях кровотока плечевой артерии на ЦДС было поставлено показание к ревизии и хирургической коррекции плечевой артерии. Оперативное лечение детей с чрез- и надмыщелковыми переломами плечевой кости, осложненные нарушениями периферического кровообращения, заключалось в первичной стабилизации костных отломков под контролем электронно-оптического преобразователя методом внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза с использованием аппарата Илизарова по методике НИИТО МЗ РУз или устройством клиники при наличии ротационного смещения костных отломков. Далее выполнялась ревизия и декомпрессия плечевой артерии совместно с сосудистыми хирургами. Основными причинами нарушения кровообращения поврежденной конечности при чрез- и надмыщелковых переломах плечевой кости у детей явились ушиб и ущемление плечевой артерии костными отломками, сдавления отечными мягкими тканями при глухой гипсовой повязке, а также ятрогенные повреждения после закрытой ручной репозиции отломков. Выполнены следующие виды операции: ревизия, высвобождение плечевой артерии из межкостных промежутков и артериолиз плечевой артерии у 38 больных; ревизия, артериолиз, симпатэктомия для разрешения травматического спазма – 9 случаев, тромбэктомия и боковой шов плечевой артерии – у 8; тромбэктомия, резекция плечевой артерии анастомоз «конец в конец» – у 9 и аутовенозное протезирование поврежденной плечевой артерии в 2 случаях**.** В результате динамического наблюдения и комплексного лечения больных с нарушением кровообращения при чрез- и надмыщелковых переломах плечевой кости в 98 (96,1%) случаях мы получили положительные исходы.

Таким образом, повреждение плечевой артерии при чрез- и надмыщелковых переломах плечевой кости у детей является наиболее грозным осложнением, которое требует тщательного контроля на всех этапах лечения состояния периферического кровообращения. Отсутствие пульсации на лучевой артерии, снижение пульсовой волны, сатурации ниже 95% на пульсоксиметрии, а также значимые асимметрии кровотока плечевой артерии на ЦДС, являются прямым показанием к ревизии и хирургической коррекции поврежденной плечевой артерии в неотложном порядке.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ СЛОЖНЫХ ТРАВМАХ I ПАЛЬЦА КИСТИ

Минаев Т.Р., Юлдашев А.А., Низов О.Н., Йулдашев М.Ж., Худайназаров Д.А.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Успехи в реплантационной хирургии крупных и мелких сегментов конечностей, и, в частности, пальцев кисти уже давно и хорошо известны. В этой области накоплен значительный опыт, четко определены показания и противопоказания для выполнения восстановительных операций. Большинство хирургов давно уже отказалось от попыток реплантировать во что бы то ни стало любой отчлененный сегмент пальца, независимо от уровня и характера повреждения. Более того, среди современных работ все меньше встречается публикаций, посвященных собственно реплантациям пальцев, и все больше по плановым восстановительным операциям. Это объясняется тем, что в настоящее время все реже встречаются, перспективные в плане реконструкции, гильотинные ампутации, при которых все структуры и, прежде всего, сосуды, повреждены только на уровне отчленения. Гораздо чаще приходится иметь дело с ампутациями тракционного и раздавливающего характера, при которых имеют место как обширные размозжения мягких тканей, так и повреждения артерий и вен на значительном протяжении.

Необходимо подчеркнуть, что с точки зрения функциональности кисти наибольшую ценность имеет ее I палец, потеря которого влечет утрату трудоспособности кисти, по данным различных авторов, на 45-50%. Также характерно, что большинство плановых реконструкций направлено на восстановление именно этого пальца (пересадка пальца со стопы на кисть, поллицизация других пальцев кисти, кожно-костные реконструкции и т.д.).

С этой точки зрения, понятно стремление все же попытаться восстановить отчлененный I палец, даже при сложных механизмах его ампутации.

За период с 2010 по 2015 г. у нас пролечено 39 больных, поступавших с диагнозами: полная или неполная травматическая ампутация I пальца кисти различного характера. У 37 (95%) из них механизм травмы был тракционный или от раздавливания с размозжением сегмента. У 28 (72%) уровнем ампутации была ногтевая фаланга или межфаланговый сустав.

Выполнить первичную ампутацию и формирование ампутационной культи пришлось в 21 (54%) случае. Это как из-за характера повреждения – размозжение как мягких тканей, так и костной основы сегмента и из-за отказа самого пациента от реконструкции, предполагающей длительное многоэтапное лечение.

Попытка выполнить реплантацию предпринята у 6 (15%) больных. В 4 из 6 случаев был достигнут положительный результат.

Еще у 12 (31%) пациентов выполнена кожно-костная реконструкция с использованием как острого трубчатого стебля (7), так и двухлопастной пластики (5). Послеоперационное течение было гладким в 9 случаях. В 3, из-за недостаточного ухода, имели место мацерация и прорезывание швов, что несколько удлинило сроки лечения, но в конечном счете сегмент удалось сохранить.

Таким образом, несмотря на сложный характер травмы, благодаря использованию различных оперативных методик в 16 случаях из 39 (41%) удалось или сохранить или реконструировать поврежденный I палец, что даже при его ограниченной функции позволило в значительной степени восстановить трудоспособность кисти.

Выводы. В современных условиях, среди общего количества травматических ампутаций I пальца, доля реплантабельных случаев, из-за характера и уровня повреждения, не превышает 15%.

С учетом важности для функции кисти I пальца, необходимо даже при сложном характере травматической ампутации попытаться выполнить его реконструкцию.

Подобные операции, даже при всей их сложности, с учетом ограниченного характера повреждения у взрослых можно выполнять под местной анестезией.

Приживление I пальца в среднефизиологическом положении, даже при значительном ограничении объема движений, дает возможность, из-за восстановления функции противопоставления, значительно улучшить трудоспособность кисти.

К ВОПРОСУ О ТЕХНИКЕ СОСУДИСТОГО ШВА

Минаев Т.Р., Юлдашев А.А., Низов О.Н., Йулдашев М.Ж., Юлдашев У.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Повреждения магистральных сосудов при сочетанных травмах конечностей, по разным данным, имеют место в 45-60% случаев. Восстановление адекватного кровотока имеет неоспоримый приоритет перед другими манипуляциями, так как должно производиться в очень жестких временных рамках. Успех операции на 90% зависит от техники сосудистого шва, что подразумевает правильный выбор способа его выполнения, подходящего шовного материала и достаточный опыт оператора.

Сосудистый шов может быть как ручным, что подразумевает применение специального атравматичного шовного материала, так и аппаратным, т.е. с использованием определенных технических приспособлений (танталовые скобки, кольца Донецкого, лазерная сварка и т.д.). Каждое направление имеет как свои преимущества, так и недостатки, но, тем не менее, в настоящее время большинство хирургов предпочитают ручную технику.

Известно два основных вида ручного сосудистого шва – непрерывный циркулярный и узловой. Сосуды большого диаметра традиционно восстанавливаются непрерывным швом. Это может обвивной шов (по методике А. Карреля, А.И. Морозовой), непрерывный рантовидный шов (Е.И. Сапожников), непрерывный П-образный (по способу И. Литтмана). Циркулярный шов выполняется достаточно быстро, дает хорошую герметичность, но при затягивании нити могут развиться деформация и сужение анастомоза.

Сосуды малого диаметра (в микрохирургии) соединяются отдельными узловыми швами, причем как простыми, так и П-образными (методика Ф. Бриана, М. Жабулея). Такая техника, хотя и не вызывает сужения анастомоза, тем не менее требует больше времени на выполнение и не всегда обеспечивает его достаточную герметичность.

Изучение традиционных видов выполнения сосудистых анастомозов – А. Карреля или И. Литтмана – натолкнуло нас на мысль о разработке комбинированного сосудистого шва. Как известно, при классических методиках узловые швы-держалки после окончания анастомозов просто удаляются или оставляются, но при этом они никак не связаны с основной непрерывной нитью.

Наша же методика заключалась в следующем. Непрерывный шов после выполнения анастомоза на 1/3 окружности умеренно затягивается и фиксируется одиночным узловым швом. После этого продолжается следующая треть анастомоза, непрерывная нить вновь умеренно затягивается и опять фиксируется узловым швом. Таким образом, благодаря непрерывному шву удается создать герметичность анастомоза, в то время как узловые швы предотвращают его сужение из-за чрезмерного затягивания.

На основе анализа результатов 113 артериальных анастомозов с использованием того или иного вида сосудистого шва выявлено, что тромбозов при выполнении непрерывного шва было 1,8%, узлового шва – 0,9%, тогда как при производстве комбинированного шва не было ни одного. Образование перисосудистых гематом при выполнении непрерывного шва отмечено в 4,4%, при использовании узлового и комбинированного шва – только в 0,9% случаев.

Аналогичная картина наблюдалась и при выполнении венозных анастомозов.

Таким образом, предложенная нами собственная методика комбинированного сосудистого шва не только сочетает в себе преимущества узлового и непрерывного способов, но и практически лишена их недостатков.

КОЖНАЯ ПЛАСТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ДИСТАЛЬНЫХ ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Минаев Т.Р., Юлдашев А.А., Низов О.Н., Давлатов Ж.Х.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В последние годы на мелких негосударственных предприятиях используются различные металло- и деревообрабатывающие станки, а также ручные электрические и пневматические инструменты повышенной травмоопасности. Кроме того, в быту все шире используются электромясорубки, миксеры, кофемолки, используемые для дробления, измельчения и смешивания продуктов. Люди, работающие на них, часто имеют весьма слабое представление о технике безопасности. Это привело к значительному росту травматизма и, в первую очередь, пальцев рук.

При таких травмах, наряду с восстановлением поврежденных структур, большое значение имеет полноценное закрытие кожных дефектов, то есть выполнение того или иного вида кожной пластики. Недостаточно внимательное отношение к этому этапу реконструкции чревато развитием кожных некрозов с обнажением и инфицированием подлежащих структур в конечном итоге с потерей сегмента.

За прошедший год в отделение хирургии сосудов и микрохирургии РНЦЭМП за медицинской помощью обратились в экстренном порядке 192 больных с травмами пальцев, из которых у 83 (43%) имели место повреждения дистальных фаланг. Причем у 55 больных было повреждение одного, а у остальных 28 – двух и более пальцев. Мужчин было 71 (86%), женщин – 12 (14%). У 45 пострадавших были полные и неполные травматические ампутации ногтевых фаланг, причем ампутированные сегменты чаще или не доставлялись совсем или были в совершенно непригодном для пластики состоянии. У остальных 38 имели место травматические дефекты кожи и мягких тканей. У части таких больных выполнялась первичная хирургическая обработка с формированием культей на уровне дистальных межфаланговых суставов (26). У остальных пациентов при частичном сохранении ногтевой фаланги или костной основы пальца выполнялся один из вариантов кожной пластики.

При использовании местных кожных лоскутов их выкраивают такого размера, чтобы можно было бы без натяжения зафиксировать на дефекте. Донорские участки обычно перекрывают свободными полнослойными кожными аутотрансплантатами, поскольку стягивание краев донорской раны ухудшает питание кожных лоскутов.

Кожная пластика лоскутом на ножке с соседнего пальца выполнена нами у 14 (17%) пациентов, кожная пластика лоскутом на ножке с ладони – у 5 (6%), пластика «острым» стеблем Филатова – у 10 (12%), пластика I пальца «островковым» лоскутом с III пальца – у 4 (5%), формирование кончика пальца ротационными и перемещенными лоскутами – у 11 (13%), свободная кожная пластика – у 13 (~16%), формирование ампутационных культей – у 26 (32%).

Гладкое послеоперационное течение отмечалось у 78 (94%) больных. У 3 больных имел место полный некроз свободных кожных трансплантатов, у 2 – краевой некроз лоскутов на ножке. У всех пациентов после проведенной некрэктомии и санации раны заживали вторичным натяжением.

Выводы. 1. Недостаточно внимательное отношение к этапу кожной пластики чревато развитием кожных некрозов, обнажением и инфицированием подлежащих структур, и, в конечном итоге, потерей сегмента. 2. При травматических дефектах пальцев существует достаточно широкий набор реконструктивных операций, имеющих свои определенные показания, и рассчитывать на успех можно только при их строгом соблюдении. 3. В ряде случаев, когда необходимо адекватное восстановление сенсорной функции пальцев, должны использоваться островковые перемещенные или свободные трансплантируемые лоскуты. 4. Использование микрохирургической техники значительно сокращает сроки лечения, улучшает как качество выполняемых операций, так и отдаленные результаты.

НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРОМБОЗАХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ТАЗА

Муминов Ш.М., Хамидов Б.П., Ким Д.Л., Султанов Н.М., Дадамьянц Н.Г., Джалалов Ф.З.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) – тяжелое заболевание, сопровождающееся высокой летальностью, большим количеством осложнений. Смертность от ТЭЛА в общей популяции колеблется от 2,1 до 6,2%. По данным разных авторов, почти в 95% случаев ТЭЛА обусловлена острым венозным тромбозом в системе нижней полой вены (НПВ).

Цель. Оптимизация тактики лечения острых тромбозов системы НПВ.

Материал и методы. В отделении хирургии сосудов Республиканского научного центра экстренной помощи в 2003-2013 гг. на стационарном лечении находился 2701 пациент с тромбозами системы НПВ, из них с острым восходящим тромбофлебитом (ОВТ) – 1287, с тромбозами глубоких вен – 1414. С клиникой ТЭЛА поступили 211 (7,8%) больных, из которых 14 были госпитализированы в среднем после 15 суток лечения в терапевтических отделениях РНЦЭМП с различными диагнозами. Всем пациентам с тромбозами глубоких вен нижних конечностей выполняли цветное дуплексное сканирование (ЦДС) на цифровом ультразвуковом сканере EUB-6000 (Hitachi, Japan) и Siemens HD11X (Holland). В глубоких венах голени тромб локализовался у 242 (8,9%) больных, в бедренно-поколенном сегменте –

у 378 (14,0%), подвздошно-бедренном сегменте – у 780 (28,9%), в нижней полой вене – у 14 (0,5%). При локализации тромба в илеокавальном и подвздошно-бедренном сегментах (выше паховой складки) для выявления характера и проксимального конца 165 (6,1%) пациентам выполнено рентгеноконтрастное исследование. Ретроградная илеокаваграфия (РИКГ) произведена у 124 (4,6%), ангиопульмонография (АПГ) – у 41 (1,5%), у 63 с имплантацией кава-фильтра. Все исследования выполнялись на ангиографической установке Iconus 200 (Siemens, Germany) и Allura (Germany).

Результаты. Все пациенты с тромбозом глубоких вен, при обследовании которых обнаружен окклюзирующий тромб, а также больные с тромбозами вен голени получили курс консервативной терапии: НФГ (или НМГ) 5-7 дней, внутривенные инфузии реополиглюкина, дезагрегантов, таблетированные формы НПВС в общепринятых дозировках. В отделении на фоне консервативной терапии умерли 16 (1,1%) больных с тромбозами глубоких вен в системе нижней полой вены от повторной массивной ТЭЛА и нарастающей сердечно-легочной недостаточности.

Из 1287 больных с ОВТ в первые сутки от момента поступления были прооперированы 1256 (97,6). У 401 больного тромб локализовался в верхней трети бедра, у 446 – в средней трети бедра, у 409 – в нижней трети бедра. Резекция большой подкожной вены произведена у 1104 (87,9%), резекция большой подкожной вены, тромбэктомия из сафенофеморального соустья – у 152 (12,1%). В послеоперационном периоде клиника тромбоэмболии легочной артерии у этих больных не наблюдалась.

Показаниям к оперативному вмешательству при тромбозах глубоких вен нижних конечностей явились наличие флотирующего тромба, а также эпизоды или существующая клиника тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии.

Имплантация кава-фильтра выполнена 63 пациентам, тромбэктомия с пликацией НПВ – 10, пликация НПВ – 15, тромбэктомия с каваклипированием – 28, каваклипирование – 96, тромбэктомия с пликацией общей подвздошной и поверхностной бедренной вены (ПБВ) – 59, пликация и перевязка ПБВ – 85. Следует отметить, что у 15 больных каваклипирование сопровождалось симультанными операциями (прерывание беременности – 3, экстирпация матки – 4, ампутация матки – 8).

Выводы. Результаты лечения больных с острыми тромбозами системы НПВ указывают на оправданность и необходимость активной тактики в решении данного сложного вопроса сосудистой хирургии. При возникновении осложненных форм острого венозного тромбоза оптимальным методом профилактики ТЭЛА является хирургическая коррекция.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТОМ

Муминов Ш.М., Ким Д.Л., Хамидов Б.П., Султанов Н.М.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Острый варикотромбофлебит является наиболее распространённым осложнением варикозной болезни поверхностных вен нижних конечностей (Савельев В.С., 2001), который развивается примерно у каждого 5-6 пациента. Частота развития этого осложнения варикозной болезни достигает 30% (Кириенко Л.И., 2006).

Цель. Улучшение результатов лечения больных острым варикотромбофлебитом путём применения активной хирургической тактики и адекватной медикаментозной терапии для предотвращения тромбоэмболических осложнений.

Материал и методы. В 2003-2013 гг. под нашим наблюдением находились 1287 больных с острым варикотромбофлебитом поверхностных вен нижних конечностей. Мужчин было 514 (39,9%), женщин – 773 (60,1%). Больные были в возрасте от 15 до 85 лет, средний возраст – 47,3±4,3 года. Острый тромбофлебит голени имелся у 31 (2,4%) больного, бедра – у 1256 (97,7%). При распространении процесса до уровня верхней трети бедра больным проводилось комплексное обследование, включающее, помимо традиционных методов, ультразвуковое ангиосканирование. При распространении процесса в пределах голени и отсутствии поражения глубоких вен больным назначалось амбулаторное лечение, которое включало венотоники, НПВС, гепариносодержащие мази и гели местно.

Результаты. Больные с распространением процесса на бедро были госпитализированы в экстренном порядке. Всем больным выполнена операция кроссэктомия под местной анестезией. У 152 (12,1%) больных тромб флотировал в бедренной вене. Эти операции были сопряжены со значительной опасностью фрагментации тромба и последующей эмболией легочной артерии. Однако используемая нами методика (операция выполняется после продольной венотомии культи БПВ до сафенофеморального соустья и выполнения больным пробы Вальсальвы с одновременным использованием электрического отсоса до получения удовлетворительного ретроградного кровотока из бедренной вены) позволила во всех случаях избежать осложнений. В послеоперационном периоде больным назначались инъекции прямых антикоагулянтов под контролем показателей ВСК, коагулограммы, НПВС, гепариносодержащие мази и гели местно.

При поражении вен голени у 31 (2,4%) пациента проводилась консервативная терапия, после которой нарастание воспалительного процесса в проксимальную сторону (уровень коленного сустава) не наблюдалось. Больные выписаны на амбулаторное лечение. У

больных с острым варикотромбофлебитом на уровне бедра, подвергнутых хирургическому лечению, длительность стационарного лечения составила 4,4±1,0 сутки. После купирования явлений острого варикотромбофлебита больным было рекомендовано выполнение планового оперативного лечения варикозной болезни.

Выводы. Адекватное медикаментозное и по показаниям оперативное лечение у больных с острым варикотромбофлебитом нижних конечностей позволяет избежать и максимально снизить риск развития тромбоэмболических осложнений.

ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЧРЕЗ- И НАДМЫЩЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМАХ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ, ОСЛОЖНЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СОСУДИСТО-НЕРВНОГО ПУЧКА

Мусаев Т.С., Машарипов Ф.А., Наврузов С.Ю., Толипов Н.Н.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

При чрез- и надмыщелковых переломах плечевой кости у детей в момент травмы может возникать повреждение плечевой артерии и периферических нервов. Своевременная диагностика и лечение повреждений плечевой артерии и периферических нервов при чрез- и надмыщелковых переломах плечевой кости у детей является актуальной проблемой в неотложной травматологии.

За период с 2006 по 2015 г. в отделении детской травматологии РНЦЭМП находились на лечении 1606 пациентов с чрез- и надмыщелковыми переломами плечевой кости, что составило 21,2% от общего числа пролеченных больных с повреждениями костей верхней конечности. Наибольшее количество переломов отмечено в возрасте от 4 до 10 лет. Из 979 больных с чрез- и надмыщелковыми переломами плечевой кости со смещением костных отломков в 164 случаях наблюдалось повреждение сосудисто-нервного пучка. Из них в 101 (9,7%) случае выявлены признаки нарушения кровообращения, а в 63 (6,5%) случаях отмечены повреждения периферических нервов. Консервативный метод лечения проведен у 43 (26,2%) больных, а у 121 (73,8%) – оперативный.

Нами разработана программа диагностики и выбора лечения чрез- и надмыщелковых 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, цветное дуплексное сканирование, мультислойная 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 чрез- и надмыщелковых переломах плечевой кости, осложненных интерпозицией сосудисто-нервного пучка, заключалось в следующем: первично производили закрытую репозицию под контролем электронно-оптического преобразователя и стабилизацию костных отломков методом внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза с использованием устройства клиники; после этого выполняли ревизию сосудисто-нервного пучка в области перелома стандартным передне-медиальным доступом в нижней трети плеча с переходом на область локтевого сгиба. Следует отметить, что наличие устройства позволяло интраоперационно, в процессе освобождения ущемленных артерии и нерва, дозировано смещать концы костных отломков без риска вторичного повреждения выделяемых структур. В 65 случаях произвели ревизию плечевой артерии в области перелома. В 33 случаях во время операции обнаружена интерпозиция плечевой артерии между отломками плечевой кости. В этих случаях выполнен артериолиз плечевой артерии. 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 интерпозицией сосудисто-нервного пучка, во всех случаях получены хорошие результаты.

Заключение. Таким образом, установленный лечебно-диагностический стандарт при оказании неотложной помощи при чрез- и надмыщелковых переломах плечевой кости у детей, осложненных повреждениями сосудисто-нервного пучка, приводит к своевременному выявлению глубины повреждения и способствует предупреждению возникновения тяжелых осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Мусоев Т.Я., Аюбов Б.М.
Бухарский филиал РНЦЭМП

Цель работы. Проанализировать результаты оказания помощи пострадавшим с травмой магистральных сосудов верхних конечностей.

Материалы и методы. В основу настоящего сообщения положен анализ наблюдений над 30 пострадавшими с повреждениями магистральных сосудов верхних конечностей, доставленных по экстренным показаниям в Бухарский филиал РНЦЭМП за период 2011-2015 гг. Мужчин было 26, женщин – 4.

По возрастному составу они распределились следующим образом: от 17 до 20 лет было 3 пациента, от 21 до 30 лет – 13, от 31 до 40 лет – 9, от 41 до 50 лет – 2, свыше 50 лет – 3. У 21 (70%) из них повреждения сосудов были открытыми, у 9 (30%) – закрытыми. Причинами первых чаще служили колото-резаные ранения, нанесенные различными острыми предметами. Лишь в 2 наблюдениях они стали следствием огнестрельных ранений. Закрытые повреждения были обусловлены тупой травмой (автодорожной, бытовой). Время поступления пострадавших в стационар от момента травмы варьировало в следующих пределах: до 1 ч – 11 случаев, от 1 до 6 ч – 12, от 6 до 12 ч – 4, от 12 до 24 ч – 2, свыше суток – 1 больной. 7 пациентов доставлены с наличием жгута на травмированной конечности, 10 – давящей повязки, остальные – без использования каких-либо способов временной остановки кровотечения. В диагностике анализируемых повреждений учитывали клинические проявления, результаты физикальных исследований, иногда прибегали к дуплексному сканированию сосудов. При необходимости производили рентгенографию костей и суставов. Ранение подмышечной артерии выявлено у 2 пациентов. При этом у 1 из них оно сочеталось с повреждением подмышечной вены. В 10 наблюдениях отмечено повреждение плечевой артерии, в 8 – лучевой и в 6 – локтевой артерии. У 4 пострадавших имелось одновременное ранение лучевой и локтевой артерий. В 2 случаях была повреждена плечевая вена. Таким образом, у 30 больных отмечены ранения 35 сосудов. Изолированная травма магистральных сосудов верхних конечностей имелась у 18 (60%) больных. У остальных она сочеталась с переломами костей (6), нервов (3), сухожилий (2).

Результаты. Пострадавшим выполнены следующие оперативные вмешательства на сосудах: циркулярный шов –21 (70,3%), протезирование аутовеной – 2 (8%), боковой шов – 3 (10,1%), лигирование – 3 (11, 6%). У 6 больных с повреждением костей осуществлялась и фиксация костных отломков. 4 из них выполнен остеосинтез титановыми пластинами, 1 наложен компрессионно-дистракционный аппарат, 1 произведена иммобилизация конечности гипсовой повязкой. 3 пациентам произведено восстановление нервных стволов путем наложения традиционного эпиневрального шва, 2 – сшивание сухожилий. Восстановить магистральный кровоток удалось во всех случаях, где выполнялась реконструктивная операция. Больным в послеоперационном периоде назначали антибактериальную терапию, а большинству из них – и гепарин. В последние годы отдаем предпочтение низкомолекулярным его аналогам (фраксипарин, клексан и др.) В послеоперационном периоде у 1 пострадавшго развился тромбоз реконструированного сегмента, устраненный тромбэктомией. Поверхностное нагноение раны возникло в 2-х наблюдениях. Летальных исходов не было.

Наибольшую сложность представляли пострадавшие с сочетанными повреждениями, потребовавшими и одновременного восстановления костей, сухожилий и нервов. У таких пациентов сосудистая операция следовала за травматическим пособием, а шов нерва выполняли после восстановления магистрального кровотока. Лигатурные операции произведены больным с одновременными повреждениями парных артерий предплечья. У 3 из них была перевязана лучевая артерия, а у 5 – локтевая. Наложение циркулярного шва на одну из поврежденных артерий обеспечивало питание дистальных сегментов конечности. Из-за невозможности выполнения первичной реконструктивной восстановительной операции в 1 случае была лигирована плечевая вена.

Выводы. Наш опыт свидетельствует, что успехи лечения больных с травмой магистральных сосудов верхних конечностей зависят от целого ряда факторов, среди которых первостепенное значение принадлежит срокам их госпитализации и установлению правильного диагноза, своевременности оперативного вмешательства и выбору оптимального способа восстановления магистрального кровотока. У всех пострадавших удалось добиться положительных результатов. Это стало возможным благодаря тому, что хирургическую помощь подобным больным оказывали ангиохирурги, имеющие большой опыт в этой области.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Мусоев Т.Я., Аюбов Б.М.
Бухарский филиал РНЦЭМП

Цель работы. Оценить возможности хирургического лечения пострадавших с повреждениями магистральных сосудов нижних конечностей.

Материалы и методы. Изучены результаты хирургического лечения 40 пациентов с ранениями магистральных сосудов нижних конечностей, доставленных по экстренным показаниям в Бухарский филиал РНЦЭМП за период 2011-2015 гг. Мужчин было 38, женщин 2. Возраст их варьировал от 18 до 47 лет, составив в среднем 27,2 года. Причинами повреждений магистральных сосудов у 27 (67,5%) пострадавших были колото-резаные раны, у 6 (15%) – закрытая травма (включая 2 больных с многооскольчатыми переломами костей голени, обусловившими ранения сосудов), у 1 (2,5%) пациента – огнестрельное ранение. В 6 (15%) наблюдениях повреждения сосудов явились следствием ятрогенной травмы при оперативных

вмешательствах на костной системе. Все пострадавшие, за исключением больных с ятрогенной травмой, произошедшей в хирургическом корпусе больницы, были доставлены через 2 ч и более от момента получения травмы. У большинства из них отмечены геморрагический шок и клинические признаки ишемии пораженной конечности различной степени выраженности. Ранение мягких тканей в проекции магистральных сосудов, отсутствие или ослабление периферической пульсации, наличие кровотечения или гематомы в сочетании с клиническими проявлениями ишемии пораженной конечности позволили большинству пострадавших ставить правильный диагноз уже до операции. Лишь в нескольких случаях возникла необходимость в выполнении УЗИ.

Результаты. Ранения сосудов среднего калибра выявлены у 27 пациентов. При этом у 9 из них были повреждены поверхностная бедренная артерия, у 9 – подколенная артерия, у 1 – глубокая артерия бедра, у 4 – бедренная вена, у 1 – подколенная вена. В 2 наблюдениях имелось сочетанное поражение поверхностной бедренной артерии и бедренной вены, в 1 – подколенной артерии и обеих большеберцовых артерий. У 13 больных отмечались повреждения артерий малого диаметра (берцовых артерий). Ранение задней большеберцовой артерии обнаружено у 5, передней большеберцовой – у 6 пациентов, обеих большеберцовых – у 1, малоберцовой артерии – у 1 больного. Таким образом, у 40 пострадавших были повреждены 45 сосудов. У значительной части пациентов ранения магистральных сосудов нижних конечностей сопровождались повреждениями окружающих мягких тканей и опорно-двигательного аппарата. Все пострадавшие были оперированы. Боковой шов наложен 15 больным с пристеночным ранением, циркулярный – 11 пациентам при полном пересечении сосудов. 4 пострадавшим произведена пластика поврежденного сосуда «заплатой» из аутовены, 11 – выполнено аутовенозное протезирование в связи с протяженным его поражением (более 2 см). Аутовенозное подколенно-заднебольшеберцовое шунтирование в сочетании с лигированием передней большеберцовой артерии произведено пациенту с массивным размозжением обеих большеберцовых артерий. Одному больному с необратимой ишемией конечности, обусловленной обширными разрывами подколенной и обеих большеберцовых артерий, выполнена первичная ампутация бедра по Календеру. У 1 пациента наступил тромбоз реконструированного сегмента. В результате тромбэктомии магистральный кровоток был восстановлен. Из 40 оперированных умерли 2 (5%).

Восстановить проходимость поврежденных магистральных сосудов нижних конечностей удалось у 39 из 40 пострадавших. У большинства пациентов получены хорошие результаты. Летальные исходы наступили у 2 пациентов с ранениями бедренных сосудов, сочетавшимися с обширной травмой мягких тканей. Оба поступили в поздние сроки от момента травмы в состоянии геморрагического шока с наличием тяжелой ишемии нижних конечностей. В ходе экстренных операций у пострадавших удалось восстановить магистральный кровоток, но состояние их продолжало оставаться тяжелым и, несмотря на интенсивную терапию, в ближайшем послеоперационном периоде наступила смерть.

Выводы. При невозможности или определенных трудностях, связанных с доставкой пострадавших с ранениями магистральных сосудов нижних конечностей в специализированное отделение сосудистой хирургии, квалифицированная помощь им может быть оказана в условиях общехирургического стационара больницы скорой помощи. Залогом успеха является знание хирургами общего профиля клинической картины повреждения магистральных сосудов, умение диагностировать их и выполнять адекватные оперативные вмешательства. При этом результаты лечения во многом зависят от квалификации сотрудников анестезиологической службы и службы интенсивной терапии.

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЗОВ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Мустафакулов И.Б., Карабаев Х.К., Мирзабаев А.М., Марупова А.А., Мусаев У.Т.
Самаркандский государственный медицинский институт,
Самаркандский филиал РНЦЭМП

В структуре травматизма мирного времени закрытые повреждения живота, составляющие 2-4% от всех травматических повреждений, являются одним из трудных разделов экстренной хирургии, как в диагностическом, так и в тактическом отношении. Летальность при изолированных повреждениях органов брюшной полости достигает 20-25%, при сочетании травмы органов брюшной полости с повреждением других областей тела (черепа, груди, таза, позвоночника), летальность возрастает до 50-70% (Исаков Б.Р. и др., 2002; Мельник И.В. и др., 2002).

Цель. Изучение состояния гемостаза у пациентов с сочетанной травмой.

Материал и методы. Мы располагаем опытом лечения 602 пострадавших с закрытой травмой груди, поступивших в отделение торакоабдоминальной хирургии Самаркандского филиала РНЦЭМП в 2004-2015 гг. Среди больных с закрытой травмой грудной клетки и живота у 295 (49%) травма была сочетанной, у 307 (51%) – изолированной. Мужчин было 377, женщин – 225, возраст больных от 15 до 80 лет. Среди этиологических факторов повреждений основу составляли различного рода падения, которые явились причиной травмы у 444 (68%) человек, у 102 (17,1%) пострадавших имелись прочие травмы.

Повреждения локализовались слева у 313 (52,1%) пострадавших, справа – у 225 (37,5%), у 67 (11,2%)

имелись двусторонние повреждения. Легкие были повреждены у 153 (25,4%) пациентов. Наиболее частым осложнением закрытой травмы груди был пневмоторакс, который наблюдался у 152 больных. У 64 пациентов выявлен гемопневмоторакс. Ушибы сердца встречались у 8 пострадавших, в том числе у 6 – ишемическая, у 2 – аритмическая форма. У 4 пострадавших имелись разрыв бронха, у 3 – перикарда.

Сочетанная травма (груди и живота) имелась у 256 человек (42,5%), политравма (повреждение 3-х и более анатомических областей) – у 36 (6%). Наиболее часто сочетанные травмы сочетались с тяжелой черепно-мозговой травмой (у 50), переломами грудного отдела позвоночника (у 38), переломами костей верхней конечности (у 35), нижних конечностей (у 27) и переломами костей таза (у 2). У 8 больных был выявлен разрыв купола диафрагмы с эвентрацией органов брюшной полости в грудную клетку. У 18 больных выявлена обширная внутрилегочная гематома, сопровождающаяся кровохарканьем. Наблюдались также разрыв главного бронха (у 4) и разрыв пищевода (у 8).

У 44 больных выявлены грудно-брюшные повреждения: разрывы кишечника (у 20), печени (у 11), селезенки (у 8), брыжейки кишечника с забрюшинной гематомой (у 5).

Результаты. У больных с сочетанной травмой в послеоперационном периоде производилась оценка комплекса гемореологических параметров: вязкости крови и плазмы, гематокрита, концентрации гемоглобина и белков плазмы, деформируемости и агрегации эритроцитов, адгезии лейкоцитов. Изучалось состояние коагуляционного, тромбоцитарного гемостаза и ряда антикоагуляционных показателей крови.

В результате исследований установлено, что у 88% пациентов после перенесённой травмы и операции укорочения показателей коагуляционного гемостаза не наступало. У 17% больных имело место повышение спонтанной агрегации тромбоцитов. У больных, перенесших травму в сочетании с кровопотерей, наблюдалось состояние гипокоагуляции.

Однако у 8% больных при наличии перитонита, послеоперационного панкреатита имели место значительные изменения коагуляции, которые служат предпосылкой к формированию острой эмболии или тромбоза. У этих пациентов наблюдалось повышение вязкости крови, агрегация эритроцитов увеличивалась на 35%, степени адгезии лейкоцитов на 40-45%, спонтанная агрегация тромбоцитов возрастала в 2-3 раза. Развившийся синдром гипервязкости крови оказывает неблагоприятное воздействие на тканевую перфузию. Известно, что возрастание агрегации эритроцитов затрудняет диффузионный перенос кислорода из крови в ткань, а повышение степени адгезии лейкоцитов и спонтанной агрегации тромбоцитов увеличивает сопротивление кровотоку на уровне микроциркуляции и способствует тромбообразованию. В этих условиях мы осуществляли дифференцированный подход к профилактике острого тромбоза:

1. При нарушении коагуляционного звена гемостаза использовали прямые и непрямые антикоагулянты в сочетании с декстранами или инфуколом, рефортаном.

2. При имеющейся активизации тромбоцитарного звена гемостаза мы применяем сочетание антифосфодиэстеразных препаратов с блокаторами кальциевых каналов в комплексе с инфузионной терапией.

3. Недостаточная концентрация или слабая активность антитромбина III купировалась введением свежезамороженной плазмы с гепарином.

4. Тяжелая интоксикация в сочетании с явлениями гемореологической недостаточности корригировалась плазмаферезом в комплексе с экстракорпоральной тромболейкосупрессией.

Выводы. Предложенный подход позволяет селективно и действенно купировать явление гиперкоагуляции и осуществлять эффективную профилактику послеоперационных тромбозов у больных с сочетанной травмой.

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

Мустафакулов И.Б., Карабаев Х.К., Кенжемуратова К.С., Насимов А.М., Карабаева Г.Х.
Самаркандский государственный медицинский институт,
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) – эмболия ветвей или ствола легочной артерии тромботическими массами, по данным В.С. Савельева и соавт., является причиной смерти 3-5% больных (Асамов Р.Э. и др., 2004).

Цель. Изучение частоты ТЭЛА у больных после неотложных хирургических вмешательств.

Материал и методы. В отделениях хирургического профиля Самаркандского филиала РНЦЭМП за последние 10 лет (2006-2015 гг.) произведено 111998 операций. Послеоперационная летальность составила 1,25%. Летальность в период с 2006 по 2010 г. равнялась 1,28%, с 2011 по 2015 г. – 1,22%.

Результаты. ТЭЛА была диагностирована у 127 (0,11%) больных, в том числе в первые пять лет (2006-2010 гг.) ТЭЛА наблюдалась у 0,14% оперированных, в последующие 5 лет (2011-2015 гг.) – у 0,09%. За весь период ТЭЛА была причиной смерти у 5,4% больных: с 2006 по 2010 г. – 7,0%, с 2011 по 2015 г. – 3,7%.

Снижение количества тромботических осложнений мы связываем с внедрением единой схемы профилактики ТЭЛА во всех хирургических отделениях и выполнение в последние 5 лет операций с использованием новых медицинских технологий, отличающихся меньшей травматичностью и меньшей продолжительностью общей анестезии.

В дооперационном и послеоперационном периоде широко применялась неспецифическая профилактика, включающая:

– разъяснение больному обязательной активной подготовки к операции, независимо от возраста и патологии (эластическая компрессия нижних конечностей, ранняя активизация в послеоперационном периоде);

– обеспечение адекватной гидратации;

– обеспечение нормоволемической гемодилюции (оптимальная величина гематокрита перед началом операции 27-29%);

– лечение динамической и циркуляторной недостаточности;

– оптимальный выбор анестезии.

При высоком риске тромбоэмболических осложнений у экстренных больных проводилась специфическая профилактика нефракционированным гепарином: первое введение за 2 ч до операции, в последние 3 года – низкомолекулярные гепарины (клексан, фраксипарин). В неотложных случаях гепаринизацию начинали после окончания операции, но не позже 12 ч после окончания операции. Профилактическое введение прямых антикоагулянтов продолжаем в течение 6 суток после операции с обязательным лабораторным контролем.

Выводы. Снижение тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде возможно при условии:

– использования новых медицинских технологий, обладающих меньшей травматичностью;

– правильного выбора метода анестезии;

– использования методов неспецифической и специфической профилактики тромбоэмболических осложнений до и после операции у пациентов всех групп риска.

ТРАКЦИОННО-РОТАЦИОННО-РАЗДАВЛИВАЮЩИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ КИСТИ У ДЕТЕЙ (ПОСЛЕ ЭЛЕКТРОМЯСОРУБКИ)

Наврузов С.Ю., Мусаев Т.С., Низов О.Н., Юлдашев А.А. , Минаев Т.Р., Машарипов Ф.А., Толипов Н.Н.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Повреждения кисти в результате попадания в движущийся механизм являются тяжёлой травмой, которые часто угрожают потерей конечности как органа. Именно такой тяжёлой травмой является попадание у детей кисти в электромясорубку. Максимально возможное сохранение каждой фаланги пальца, каждого пальца, каждого фрагмента кисти как органа, восстановление анатомического строения и функции кисти являются приоритетными целями лечения пострадавших детей с такими повреждениями. Неотложными мероприятиями в этих случаях являются противошоковое лечение и обезболивание, ПХО и ревизия раны, репозиция и фиксация костных отломков, восстановление прерванных структур, профилактика раневой инфекции и ишемических осложнений. Крайне важна оценка состояния кровообращения повреждённого сегмента, которая должна проводиться коллегиально по возможности с обязательным участием микрохирурга для решения вопроса о возможном выполнении микрососудистого шва, восстановлении костных, сухожильных и связочных структур. При невозможности восстановления кровообращения нужно произвести ПХО в виде формирования ампутационной культи пальцев или кисти.

В период с 2000 по январь 2016 г. в РНЦЭМП в отделениях сосудистой хирургии с микрохирургией и детской травматологии находились на лечении 13, из которых 12 непосредственно поступили в РНЦЭМП, а 1 ребёнок госпитализирован через несколько дней после травмы. Причиной травм во всех случаях являлся недостаточный надзор за детьми, которые получили травму в результате игры и подражания взрослым. Следует отметить, что все происшествия происходили в случае с электромясорубками, у которых диаметр тубуса цилиндра составлял около 50 мм. В возрасте 1 года был 1 ребёнок, 2 лет – 7 (в т.ч. 1 – 2,5 года), 3 лет – 3 (в т.ч 1 – 3,5 года), 4 лет – 1, 5 лет – 1. Девочек было 6, мальчиков 7. Правых кистей было 6, левых 7. К 9 детям вызывали бригады МЧС для снятия тубусов (цилиндров) электромясорубок, у 2 детей тубусы электромясорубки были сняты методикой обратного вращения, 2 детей поступили уже освобождённые от тубуса электромясорубки. Освобождение 11 детей от тубуса электромясорубки было проведено под общим обезболиванием, непосредственно перед оперативным вмешательством. Механизм травмы является тракционно-ротационно-раздавливающим. Как правило, имеются повреждения 2 и более уровней: 1-й на уровне среднедистальных фаланг, 2-й на уровне пястно-фаланговых сочленений, последующие на уровне запястно-пястных соединений. Решающим для определения жизнеспособности тканей является сохранение кровообращения в дистальных фрагментах, которое сразу точно определить не представляется возможным и приходится определять границы жизнеспособных тканей в условном варианте. Чаще всего страдали III, II и IV пальцы, реже I и V. Исход лечения зависел от степени и количества уровней повреждения пальцев и кисти. Все 12 пострадавших детей были оперированы под общим обезболиванием в течение 2 ч после поступления. У 7 детей были проведены ПХО ран, остеосинтез фаланг пальцев и пястных костей, восстановление прерванных структур. У 5 детей из-за размозжения тканей сразу была выполнена ПХО ран и сформированы ампутационные культи пальцев (3) и кисти (2). У 1 девочки, поступившей на 4 сутки после травмы, произведена некрэктомия, и сформирована культя в области нижней трети предплечья. Полностью сохранены пальцы кисти у 3 детей, у которых повреждения были только на пальцах, и кровообра-

щение дистальных фрагментов было сохранено. Однако и у таких детей в послеоперационном периоде развились контрактуры пальцев разной степени. У 4 детей после первой операции развился некроз дистальных фрагментов, что потребовало в дальнейшем некрэктомии, в результате чего были потеряны кисти у 2 детей, пальцы – еще у 2. Одному мальчику потребовалась третья операция: кожная пластика культей пальцев кисти. Таким образом, всего кисти были потеряны у 5 детей, пальцы также у 5. Всем детям проводили экстренную профилактику столбняка, антибактериальную терапию как минимум двумя препаратами. После восстановительных операций проводили гепаринотерапию и лечение, направленное на улучшение периферического кровоснабжения под контролем ВСК. 9 детей находились на лечении в ОРИТ.

Таким образом, травмы кисти у детей, полученные в результате попадания кисти в электромясорубку, являются тяжёлыми калечащими повреждениями. Тяжесть повреждения зависит от количества уровней повреждений, степени размозжения тканей, сохранности кровообращения дистальных фрагментов.

СОЧЕТАННЫЕ КОСТНО-СОСУДИСТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Наврузов С.Ю., Мусаев Т.С., Низов О.Н., Юлдашев А.А., Машарипов Ф.А., Толипов Н.Н., Ким Д.Л.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Повреждение магистральных сосудов конечностей при открытых переломах длинных трубчатых костей (ОПДТК) являются грозными осложнениями, которые угрожают жизни пострадавших и часто становятся причиной потери конечности как органа. Сохранение жизни и конечности, восстановление ее анатомического строения и функции являются последовательно приоритетными целями лечения пострадавших детей с такими повреждениями. Неотложными мерами в этих случаях являются противошоковые мероприятия, ПХО и ревизия раны, репозиция и фиксация костных отломков, профилактика раневой инфекции. Крайне важной является оценка состояния кровообращения повреждённого сегмента, которая должна проводиться коллегиально по возможности с обязательным участием сосудистого хирурга, чтобы решить вопрос о расширенном характере ПХО – выполнении сосудистого шва, а при невозможности восстановления кровообращения выполнения ПХО в виде формирования ампутационной культи.

В отделении детской травматологии в 2007-2015 гг. под нашим наблюдением находились 369 больных с ОПДТК. У 21 (5,7%) пострадавшего были повреждения магистральных сосудов: у 4 верхней конечности и у 17 нижней. Причинами травм у пострадавших была железнодорожная (рельсовая) травма, у 8 ДТП, у 2 кататравма, у 2 попадание конечности в движущийся механизм. Травматическая ампутация конечностей имела место у 15 (4%) пострадавших: у 9 после железнодорожной травмы, у 4 после ДТП и у 2 после попадания конечности в движущийся механизм. 17 пострадавших были доставлены в течение 1-2 ч после травмы, 2 в срок до 6 ч, 2 в срок более 24 ч переводом из других лечебных учреждений. При поступлении все пострадавшие были помещены в ОРИТ, в том числе 5 в экстренном порядке оперированы почти сразу после поступления в шоковую палату в операционной центрального приемного отделения на фоне интенсивных противошоковых мероприятий. Остальных оперировали после короткой интенсивной противошоковой терапии. 16 пострадавшим потребовалось оперативное лечение с привлечением сосудистых хирургов, были привлечены также и другие специалисты: в 6 случаях нейрохирурги, в 3 – детские хирурги.

Оперативное лечение на повреждённых сегментах – ПХО проводилась в расширенном объёме или как реплантация пострадавшей конечности, или как формирование ампутационной культи.

ПХО раны в расширенном объёме включает дополнительно выполнение кожной пластики, наложение сосудистых и эпиневральных швов. У 1 ребенка после ДТП отмечался перелом средней трети бедра с повреждением бедренной артерии. Ребёнок был доставлен через 40 минут после травмы, в экстренном порядке была произведена ревизия бедренной артерии, затем открытая репозиция костных отломков бедренной кости и интрамедуллярный остеосинтез штифтом Еланского, после чего наложен шов на бедренную артерию. У 3 пациентов после ДТП со скальпированной раной при открытых переломах костей голени были выполнены ревизия сосудисто-нервного пучка, устранение сдавления магистрального сосуда, кожная пластика по Красовитову и остеосинтез аппаратами внешней фиксации. 1 больному после кататравмы произведена ПХО, ревизия раны, освобождение сдавления плечевой артерии, открытая репозиция костных отломков плечевой кости и остеосинтез аппаратом Илизарова, затем наложен эпиневральный шов срединного нерва, установлена система проточного дренирования раны. У 1 ребенка после кататравмы при открытом чрезмыщелковом переломе плечевой кости с полным повреждением плечевой артерии и срединного нерва вначале произведена ПХО, ревизия раны, затем открытая репозиция костных отломков и остеосинтез аппаратом Илизарова, после чего выполнен шов плечевой артерии и эпиневральный шов срединного нерва.

ПХО с реплантацией или с формированием культи конечности выполняется при травматических ампутациях сегментов конечности. Из 5 случаев реплантации конечностей удачной была только 1 попытка – после ДТП, ребёнок был доставлен в течение 1 ч – отмечалась травматическая ампутация левой верхней конечности на уровне нижней трети плеча. После укорачивающей остеотомии был произведён интра-

медуллярный остеосинтез штифтом Богданова, после чего выполнен анастомоз «конец в конец» плечевой артерии и вены. В случаях травматической ампутации были предприняты 4 попытки реплантации, однако в 1 случае из-за кровотечения во время операции выполнена ампутация, в 3 случаях впоследствии были произведены некрэктомии в отсроченном порядке из-за нарастания ишемических и некротических изменений травмированного сегмента. В 11 случаях от попытки реплантации отказались до операции, и сразу была выполнена ПХО раны и формирование ампутационной культи конечности.

Всем пострадавшим проводилась экстренная профилактика от столбняка, 9 пострадавшим была введена противогангренозная сыворотка в профилактической дозе. Антибактериальное лечение проводилось как минимум 2 препаратами (в основном предпочитали комбинацию цефазолина, или цефтриаксона с метронидазолом). 8 детям проводились сеансы гипербарической оксигенации.

Следует отметить, что в последующем 6 детям потребовалось дополнительное оперативное лечение. 4 из них переведены в отделение комбустиологии для последующей операции аутодермопластики.

Таким образом, лечение ОПДТК в сочетании с повреждением магистральных сосудов у детей является сложной диагностической и лечебной задачей, которая требует решения в максимально сжатые сроки с обязательным участием сосудистых хирургов, а также многих других специалистов для адекватной оценки степени повреждения и выбора оптимальной тактики лечения.

ЛЕЧЕБНЫЕ СТАНДАРТЫ ТАКТИКИ ПРИ РАНЕНИЯХ СЕРДЦА

Назаров Н.Н., Гафуров З.К., Сиддиков М.П., Меликузиев Э.Б., Косимов Ф.П., Убайдуллаев Ф.
Андижанский государственный медицинский институт
Андижанский филиал РНЦЭМП

Ранения сердца и перикарда перестали быть редкостью и являются одной из актуальных и острых проблем неотложной хирургии. К настоящему времени эта проблема из чисто медицинской переросла в важную социально-экономическую, поскольку пострадавшие с ранениями сердца в большинстве своем – люди молодого, трудоспособного возраста. Хотя процент повреждений сердца в структуре проникающих ранений груди мирного времени невысок и составляет, по одним данным 5,1% (Кабанов А.Н. и др., 1982), а другим – 19,1% (Замятин П.Н., 1990), абсолютное число пострадавших с ранениями сердца исчисляется тысячами.

В то же время следует признать, что общая летальность при ранениях сердца продолжает оставаться высокой, составляя 8,2-42,0 % (Никитенко И.К. и др., 1985; Гринев М.В. и др., 1990; Вагнер Е.А. и др., 1991; Кутушев Ф.Х. и др., 1995; Aitar S. c! al., 1991, Mitchell M.E. et at., 1993), а у части пострадавших доходит до 81,3 % (Henderson V.J. et al., 1994). Тампонада сердца, кровотечение, повреждение коронарных артерий и интракардиальных структур, тяжелые сочетанные ранения несут непосредственную угрозу жизни пострадавшего с ранением сердца, а стремительное нарастание явлений шока и терминальных состояний нередко служат одной из причин лечебно-диагностических ошибок.

Формально повреждения сердца относятся к кардиохирургии. Однако реальную хирургическую помощь пострадавшим в нашей стране оказывают хирурги общего профиля.

До сих пор является актуальной задачей поиск надежных методов ранней диагностики ранений сердца. В сомнительных случаях в этом отношении много ценной информации дает применение неотложной торакоскопии.

Цель исследования: Используя возможности современных методов исследования, улучшить результаты хирургического лечения ранений сердца.

Материалы и их обсуждения. В АФ РНЦЭМП в периоде с 2004 по 2015 г. наблюдали 28 пострадавших в возрасте от 17 до 68 лет, у которых имелось ранение сердца. Мужчин было 22 (90%), женщин – 6 (10%). Рана грудной клетки слева установлена у 22 (90%), справа – у 6 (10%).

Основной причиной повреждения у 22 (78,5%) были колото-резаные ранения, которые носили криминальный характер, у 4 (14,2%) суицидальное повреждение, у 2 (7,1%) – при неосторожном обращении с острым предметом.

Все пострадавшие поступали в приемное отделение в состоянии плевропульмонального, геморрагического шока с нестабильной гемодинамикой и кардиреспираторными нарушениями.

У 54% пострадавших имелось повреждение двух анатомических областей, у 40% трех анатомических областей, а у 6% пострадавших ранения были обусловлены повреждением четырех анатомических областей.

Всем пострадавшим при поступлении наряду с реанимационными мероприятиями осуществлялось инструментальное обследование, динамическая рентгенография органов грудной клетки, УЗИ брюшной и плевральных полостей, торакоцентез и дренирование плевральных полостей по показаниям. 7 пациентам была выполнена диагностическая торакоскопия, которая стала решающим моментом для определения дальнейшей тактики лечения.

Диагноз «ранение сердца» явился у 7 больных абсолютным при обнаружении ранения в области сердца.

В остальных случаях ранение сердца было установлено от 2 часов до 1 суток с момента поступления больного в стационар, во время обследования или во время операции.

Сложность проблемы диагностики ранения сердца в остром периоде заключается в том, что больные поступали в стационар в тяжелом или критическом состоянии, а также в ограничении времени для дополнительной диагностики и наблюдения, крайне затруднительным обстоятельством являлось состояние алкогольного опьянения больного. Повреждение перикарда может быть нераспознанным, когда повреждения сочетаются с переломами ребер или гемопневмотораксом на той же стороне. Даже после дренирования плевральной полости ранение сердца и перикарда может быть нераспознанным. Крайнюю трудность вызывает РС справа, когда она сочетается с гемопневмотораксом. В двух случаях мы наблюдали больного с тяжелой сочетанной травмой, когда после дренирования плевральной полости, справа не было распознано РС. Только после вызова по линии САС торакального хирурга, когда нарастали кардиогемодинамические нарушения, с помощью диагностической торакоскопии было установлено РС.

Таким образом, лучевые методы диагностики в первые часы ранения не могут быть информативными, а алкогольное опьянение смазывает клиническую картину повреждения. У этой категории пострадавших кардиореспираторные нарушения проявляются после выхода из алкогольного состояния или когда кровотечение прогрессирует. Снижение пульсации сердца и сглаживание талии сердца при рентгеноскопии может правильно интерпретировать лишь опытный специалист.

Решением проблемы своевременной диагностики РС может стать традиционная торакоскопия, которая не требует специального оборудования и оснащенной операционной. Процедуру можно выполнять в палате интенсивной терапии и в перевязочной, независимо от тяжести состояния пострадавшего, не требуется раздельной интубации бронхов и ИВЛ.

Нами у 7 пострадавших было выявлено РС в 5 случаях слева, в 2 случаях было диагностировано ранение перикарда справа. При традиционной торакоскопии под местной анестезией осматривали плевральную полость, наличие или отсутствие гемоторакса, наличие продолжающего кровотечения, если есть его источник, целостность перикарда. В 5 случаях при осмотре в плевральной полости были обнаружены ранение перикарда с наличием гематомы вокруг. В одном случае торакоскопия была произведена в связи с нарастающими кардиогемодинамическими нарушениями у больного после дренирования плевральной полости справа. При торакоскопии установлено ранение перикарда справа с небольшой гематомой вокруг.

Во всех случаях произведена торакотомия, перикардиотомия, ушивание раны сердца.

Летальность наступила у 4-х больных, причиной смерти в 3-х случаях стала кровопотеря на операционном столе, в одном случае смерть наступила от полиорганной недостаточности после операции на 3-ьи сутки.

Выводы. Таким образом, диагностика ранений сердца основывается на классической триаде признаков: локализация раны в проекции сердца, признаков наружного или внутреннего кровотечения, симптомов тампонады сердца, дополненных рутинными и простыми методами инструментального исследования (рентгенография грудной клетки, электрокардиография, пункция плевры и перикарда, неотложная торакоскопия, эхокардиография).

Традиционная торакоскопия является простым и эффективным методом и может применяться в различных по степени оснащенности стационарах, оказывающих неотложную помощь пострадавшим с травмой грудной клетки.

СВЯЗЬ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗИОГРАММЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

Насимов С.Т.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) у новорожденных и детей раннего возраста – одна из актуальнейших проблем неонатальной и детской неврологии. В последние годы инсульт у новорожденных и детей выявляется все чаще, однако диагностика и лечение этого состояния представляют значительные трудности ввиду существования большого количества причин и отсутствия общепринятого подхода к лечению.

Цель. Корреляционный анализ показателей системы гемостаза и клинико-анамнестических данных у детей, перенесших геморрагический инсульт.

Материал и методы. Проанализированы исходы у 33 детей, из них 24 (72,7%) мальчика и 9 (27,3%) девочек, перенесших инсульт, в возрасте от 24 дней до 6 месяцев. Изучены экстрагенитальный анамнез, осложнения беременности и родов у женщин, состояние новорожденного при рождении, факторы риска и основные причины геморрагического инсульта. Были изучены основные звенья системы гемостаза: тромбоцитарное, коагуляционное, а также фибринолитическая и антикоагуляционная система. Показатели гемостаза определяли следующими методами: агрегацию тромбоцитов с АДФ-индуктором по методу Born на анализаторе агрегации тромбоцитов Биола (Россия); коагуляционный гемостаз: активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновая активность по Quick, тромбиновое время, концентрация фибриногена по Клаусу; фибринолитическая система: XIIa зависимый фибринолиз; антикоагулянтная система: антитромбин-III с помощью модифицированной тест-системы Реаклот-АТ III, протеин С-скрининговым методом.

Результаты. Анализ акушерского анамнеза показал, что от 1-2 беременности рождены 22 (66,6%) ребенка, 3-4 родов – 22 (66,6%). 24 (72,7%) ребенка появились на свет физиологическим путем, 9 (28,2%) – путем кесарева сечения. Анемию перенесли 11 (33,3%) матерей, заболевания почек – 9 (27,27%), варикозное расширение вен – 8 (24,2%), ревматизм – 1 (3,03%), носовые кровотечения – 3 (9,09%), кровоподтеки – 4 (12,1%). TORCH-инфекция (ЦМВ и ВПГ) во время беременности выявлена у 4 (12,1%). В течение беременности антибиотики принимали 9 (27,27%) женщин, противоварикозные препараты – 4 (12,12%), сосудистые препараты, в том числе курантил, – 2 (6,06%), антикоагулянты, спазмолитики – в единичных случаях.

Наиболее частым осложнением беременности была угроза прерывания беременности – у 8 (24%), преэклампсия I-III степени – у 1 (3%), ранние токсикозы – у 18 (54,5%). Острая респираторная инфекция во время беременности наблюдалась у 14 (42%) женщин.

Важную роль в возникновении острых нарушений мозгового кровообращения играли такие интранатальные факторы, как преждевременное отхождение околоплодных вод – у 6 (18,18%), слабость родовой деятельности – у 12 (36,36%), стремительные роды – у 7 (21,2%), затяжные роды – у 5 (15,15%). Обследование детей с ОНМК показало, что срок гестации при рождении колебался от 28 до 42 недель; 6 (18,03%) детей были недоношенными (28-37 нед.); у 23 (69,6%) срок гестации составил 38-40 недель, у 2 (6,06%) – 41-43 недель.

Большинство новорожденных – 16 (48,5%) – имели массу тела от 2500 до 3500 г. 2 (6,06%) доношенных детей имели низкую массу от 1500 до 1999 г. По данным анамнеза, у этих детей наблюдалась внутриутробная задержка развития. Масса тела 3500-3500 г отмечалась у 9 (27,27%) новорожденных, более 4000 г – у 6 (18,18%). Наследственно отягощенный гемостазиологический анамнез среди родственников (родители, братья, сестры) выявлен у 5 (15%).

При изучении системы гемостаза у детей с геморрагическим инсультом было установлено, что показатели скрининговых тестов (АЧТВ, ПТИ, тромбиновое время, фибриноген плазмы) незначительно отличались от таковых в группе сравнения.

Агрегационная функция тромбоцитов с АДФ-индуктором снижалась в 2 раза относительно контроля. Концентрация антитромбина-III не отличалась от контроля.

Несмотря на то, что в среднем показатели протеина С были в норме, у 5 (15,0%) детей нормализованное отношение данного протеина было снижено. Концентрация фактора Виллебранда соответствовала нормальным значениям. Содержание РФМК увеличено в 3 раза по сравнению с контролем. Следует отметить, что у 100% обследованных детей была снижена фибринолитическая активность плазмы.

Таким образом, нарушения в системе гемостаза при ОНМК по геморрагическому типу носят разнонаправленный характер, что диктует необходимость проведения комплексной диагностики нарушений гемостаза с помощью высокоинформативных методов исследования. Для ранней диагностики геморрагических инсультов у детей необходимо внедрение скрининг-нейровизуализации во всех родильных домах.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С НЕТРАВМАТИЧЕСКИМИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ

Насимов С.Т.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Вопросы хирургического лечения НВЧК у детей раннего возраста являются наиболее дискуссионными из-за высокой летальности. До настоящего времени не разработаны четкие показания к оперативному и консервативному лечению НВЧК у детей раннего грудного возраста в остром периоде кровоизлияний, особенно сопровождающегося нарушением свертывающей системы крови.

Цель исследования. Сравнение результатов консервативного лечения и хирургических методов лечения при НВЧК у детей раннего возраста.

Материал и методы. В отделении нейрохирургии детского возраста РНЦЭМП с 2012 по 2016 г. получали лечение 347 детей с НВЧК. Возраст детей варьировал от периода новорожденности до 6 мес. Среди больных в количественном соотношении преобладали мальчики – 77,5%, девочки – 22,5%. Распределение больных по возрасту показало, что в группе исследуемых больных превалировали дети до 2-х мес. (85,0%), наименьшая частота встречаемости наблюдалась у детей от 2-х до 6 мес. (15,0%). По результатам проведенных КТ-исследований головного мозга часто встречалось субдуральное кровоизлияние – в 41,2% случаев, паренхиматозное кровоизлияние – в 25,0%, субарахноидальное кровоизлияние – в 12,5%, паренхиматозное кровоизлияние с прорывом в желудочковую систему – в 11,2% и реже в 10,1% случаев имело место внутрижелудочковое кровоизлияние. Среди них консервативно лечились 46 детей, оперативно – 301 ребенок раннего возраста. Консервативное лечение включало: 1. Базисную терапию: а) регуляцию функции сердечно-сосудистой системы; б) мероприятия, направленные на уменьшение отека головного мозга; в) нейропротекцию; г) мероприятия по профилактике и лечению соматических осложнений. 2. Патогенетическую терапию: а) применение средств ангиопротекторного действия; б) при субарахноидальном кровоизлиянии и интрацеребральных гематомах с прорывом крови в ликворную систему – профилактика сосудистого спазма (вазоселективные блокаторы кальциевых каналов – вазоактивные препараты); Показанием к хирургическому лечению являлось: 1. Отсутствие положительного результата или ухудше-

ние на фоне консервативной терапии. 2. Внутримозговые полушарные кровоизлияния объемом более 40 мл (по данным МСКТ). 3. Кровоизлияние в мозжечок. 4. Окклюзионная гидроцефалия при геморрагическом инсульте. 5. Выраженная дислокация головного мозга (по данным МСКТ). В зависимости от характера операции и особенностей клинического течения детей были разделены на 3 группы. 1-я группа – 172 пациента с отрицательной неврологической динамикой, оперированных методом пункционной аспирации. 2-я группа – 129 пациентов с прогрессирующим нарушением сознания и нарастающим неврологическим дефицитом, которым была выполнена энцефалотомия и открытая аспирация НВЧК. 3-я группа – 50 детей, пролеченных консервативно. Внутрижелудочковое кровоизлияние (ВЖК) в 1-й группе произошло у 42% детей, во 2-й группе – у 50%, а в 3-й – у 44%. 85% детей прооперировали в срок от 3 до 10 суток. Объем удаленных гематом варьировал от 20 до 100 $см^3$: в 1- й группе – от 15 до 45 $см^3$ (80 %), во 2-й – от 45 до 100 $см^3$ (90%), в 3-й – от 15 до 30 $см^3$ (34%). В 1-й группе было больше детей с таламическими гематомами (73%), во 2-й – с субкортикальными (33%), в 3-й – с таламическими (40 %).

Результаты и обсуждение. Уровень летальности среди оперированных в сопоре 1-й группы составил 22%, а во 2-й – 16%. В 3- й группе в исходном состоянии оглушения летальность составила 9%, в сопоре – 12%. Среди детей с ГВК объемом от 30 до 50 $см^3$ в 1-й группе умерли 18 %, во 2-й – 13%; с ГВК от 50 до 70 $см^3$. В 1-й группе летальных исходов не было, а во 2-й – 10%. Максимальный уровень летальности был у больных с ВМГ объемом от 70 до 100 $см^3$. 3% больных с ВМГ объемом от 30 до 50 $см^3$, 12 % с ВМГ от 50 до 70 $см^3$ и 25% с объемом ВМГ от 70 до 100 $см^3$. Результаты лечения зависели от локализации ВМГ. При субкортикальных ВМГ у детей 1-й группы летальных исходов не было, во 2-й умерли 10%, в 3-й – 2%, при путаменальных ВМГ в 1-й группе летальных исходов не было, во 2-й умерли 12%, в 3-й – 4%, при таламических – соответственно по группам 12%, 13% и 8%. С интравентрикулярной геморрагией в 1-й группе летальность была 16%, во 2-й – 14%.

Выводы. На результаты лечения НВЧК оказывают влияние тактика ведения больного (консервативное или оперативное лечение), тяжесть состояния в предоперационном периоде, объем и локализация ГВК, особенность оперативного вмешательства. Пункционно – аспирационный метод более результативен у пациентов с массивными НВК, клиническое течение которых характеризуется угнетением сознания от оглушения до сопора. Детям с ВЖК в виде интравентрикулярной геморрагии предпочтительно оперировать пункционно-аспирационным методом. В случае полной интравентрикулярной тампонады наиболее эффективен пункционно – аспирационный метод в сочетании с наружным дренированием желудочков.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТРАВМАХ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНЫ

Норкузиев Ф.Н., Парсаханов Р.Г., Нишонов Х.Т., Норкузиев Н.У.
Джизакский филиал РНЦЭМП

Хирургия повреждений кровеносных сосудов – важнейший раздел неотложной ангиохирургии. В настоящее время растет число повреждений конечностей при работе на промышленном и сельскохозяйственном оборудовании, в результате дорожно-транспортных происшествий и в большинстве случаев в бытовых условиях. В мирное время частота повреждений крупных артерий конечностей колеблется от 0,1 до 1,3% от числа поступивших на стационарное лечение по поводу различных видов механической травмы. От своевременной диагностики повреждений сосудов и квалифицированно выполненной операции зависит жизнь больного и сохранение жизнеспособности конечностей или органов. Для этого необходимо правильно организовать работу хирургического стационара, а врач должен овладеть навыками для выполнения хирургической манипуляции на сосудах по показаниям. Основными причинами неудачных исходов операций являются тактические ошибки хирургов-травматологов, которые сводятся к неумению наложения жгута, перевязки крупных сосудов и применения временных шунтов во время остановки кровотечения. В последующем они приводят к прекращению магистрального кровотока, усугублению ишемии конечности и диастазу сосудов. Диагностика повреждений магистральных сосудов конечностей зависит от того, какая эта рана – открытая или закрытая, а также от общего состояния больного, степени наружного или внутреннего кровотечения и ишемии конечностей. Тяжесть кровотечения в свою очередь зависит от степени повреждений сосуда и его калибра. Тяжесть состояния больного определяется также сопутствующими повреждениями костей, мягких тканей и наличием травматического шока.

Цель. Ретроспективный анализ результатов лечения повреждений магистральных сосудов в условиях Джизакского филиала РНЦЭМП.

Материал и методы. В нашем Центре в 2010-2015 гг. получили стационарное лечение 27 больных с повреждениями магистральных сосудов верхних и нижних конечностей, из них 23 мужчины и 4 женщины в возрасте от 14 до 60 лет. У 14 (59,2%) пациентов повреждения локализовались на магистральных сосудах верхних, у 13 (40,8%) в нижних конечностях. Колото-резаные раны отмечались у 21 (77,7%) пациента, рвано-ушибленные у 6 (22,2%), в т.ч. у 3 с сочетанной травмой. Машиной скорой помощи доставлены 9 (33,3%), самотеком 18 (66,6%) пациентов. Все больные оперированы. У 16 пострадавших имелось полное пересечение сосуда с расхождением концов, при котором наложен первичный сосудистый шов, т.е.

циркулярный сосудистый шов (конец в конец). При этом убедились в том, что кровоток по клинике восстановлен, натяжение сосуда отсутствует. У 1 из этих больных наблюдался тромбоз анастомоза вследствие низкой гемодинамики и множественных переломов ребер при сочетанной травме. Пациент оперирован повторно через 4 ч с благоприятным исходом. 8 пострадавшим при наличии натяжения, размозжения и дефекта в сосуде применен анастомоз с аутовеной. У 3 больных имело место костно-сосудистое повреждение плечевой артерии. Кроме наложения анастомоза им проводили фасциотомию. Показанием к фасциотомии послужили стабильная ишемия конечности (больше 6 ч) и сочетанные сосудисто-костные и артериовенозные повреждения, когда жизнеспособность конечностей была сомнительной. Все больные оперированы на фоне проводимых реанимационных мероприятий под общим наркозом.

В послеоперационном периоде всем больным назначили антибактериальную, антикоагулянтную и сосудорасширяющую терапию. У 3 больных наблюдалось нагноение раны, у 1 (3,7%) больного течение послеоперационного периода осложнилось остеомиелитом костей предплечья, в последующем аррозивным кровотечением, что закончилось ампутацией конечности. Летальных исходов не было.

Таким образом, своевременное применение восстановительных операций, наложение первичного сосудистого шва конец в конец или боковых швов атравматической иглой позволили улучшить исход лечения больных с травматическими повреждениями верхних и нижних конечностей. Важным моментом является диагностика повреждения сосудов, борьба с шоком, своевременная организация восстановительных операций и профилактика гнойно-септических осложнений.

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТОМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Норкузиев Ф.Н., Тожибоев М.П., Юлдашев М.Х., Ахмедов Х.Э., Даминов Б.Н., Субхонкулов Р.И., Гофуров А.Н., Нахалбаев Р.Т., Холмирзаев Б.Ф., Алимов А.К.
Джизакский филиал РНЦЭМП

Как известно, варикотромбофлебит – осложнение варикозной болезни подкожных вен нижних конечностей – считается наиболее частым экстренным состоянием в сосудистой хирургии. Опасность этого осложнения обусловлена его склонностью к нарастанию в проксимальном направлении по просвету большой подкожной вены с последующей фрагментацией и миграцией оторвавшегося тромба в малый круг кровообращения, что вызывает фатальную тромбоэмболию легочной артерии и ее ветвей.

Цель. Систематизация собственного клинического опыта по ведению больных с варикотромбофлебитом нижних конечностей.

Материал и методы. В 2003-2015 гг. в Джизакском филиале РНЦЭМП проведено стационарное лечение 56 больных с варикотромбофлебитом, из них 36 (64,3%) женщин и 20 (35,7%) мужчин в возрасте от 19 до 66 лет (средний возраст – 48,5 года). Острый восходящий варикотромбофлебит большой подкожной вены (БПВ) диагностирован у 40 (71,4%) пациентов, ограниченный тромбофлебит на уровне голени – у 16 (28,6%).

Показание к хирургическому лечению, основной задачей которого является хирургическая профилактика ТЭЛА, – переход видимой проксимальной границы тромба на бедро, что имело место у 35 (62,5%) больных. При этом предпочтение отдаем кроссэктомии: после пересечения БПВ у устья проверяем наличие хорошего ретроградного кровотока, перевязываем все притоки, иссекаем БПВ в пределах раны. У 2 (3,6%) больных головка тромба достигала сафенофеморального соустья и переходила в бедренную вену, в связи с чем кроссэктомия была дополнена тромбэктомией. У 5 (8,9%) пациентов с ограниченным варикотромбофлебитом на уровне голени, у которых отсутствовал выраженный перифлебит, с целью профилактики рецидива тромбоза и тромбоэмболического синдрома выполнена флебэктомия.

Медикаментозную профилактику инфекционных осложнений и прогрессирования тромбоза начинали до операции и продолжали в послеоперационном периоде. Консервативная терапия включала назначение антикоагулянтов (гепарина, фраксипарина), антибиотиков, НПВС, антигистаминных препаратов, антиагрегантов, венотоников (детралекс, флебодиа), местное лечение (гепариновая мазь, физиотерапия).

Летальных исходов и послеоперационных осложнений не было.

Таким образом, стандартизация подходов к выбору тактики хирургического лечения варикотромбофлебитов нижних конечностей с учетом распространенности и локализации процесса, отношения головки тромба к устью БПВ позволяет избежать фатальной ТЭЛА и улучшить результаты терапии.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С УРГЕНТНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Норкузиев Ф.Н., Тожибоев М.П., Юлдашев М.Х., Ахмедов Х.Э., Даминов Б.Н., Субхонкулов Р.И., Гофуров А.Н., Нахалбаев Р.Т., Холмирзаев Б.Ф., Алимов А.К.
Джизакский филиал РНЦЭМП

Одним из серьезных осложнений у хирургических больных является тромбоз глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК), который развивается у 30% больных. Наиболее часто тромботические осложнения возникают у пациентов ортопедо-травматологического профиля и после абдоминальных операций. Опасность развития тромбоэмболических осложне-

ний особенно велика у больных старше 45 лет на 7-14 сутки после травмы или операции. Это связано с наличием у хирургических больных всех факторов триады Вирхова, т. к. механические повреждения тканей приводят к изменению состояния сосудистой стенки, гиперкоагуляции крови, венозному стазу, усиливающемуся вследствие длительной послеоперационной гипокинезии.

Цель. Оценка эффективности применяемого в клинике комплекса мероприятий по профилактике послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений у больных с ургентными заболеваниями органов брюшной полости.

Материал и методы. В отделении экстренной хирургии Джизакского филиала РНЦЭМП с 2011 г. применяется протокол комплексной профилактики флеботромбозов и ТЭЛА, эффективность которого изучена у 75 больных, оперированных широким лапаротомным доступом по поводу острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Мужчин было 30 (40,0%), женщин – 45 (60,0%). Средний возраст пациентов – 44,5 года (от 28 до 75).

Профилактика венозных тромбозов включала эластичное бинтование нижних конечностей; применение антикоагулянта прямого действия гепарина в дозе по 5000 ЕД подкожно непосредственно перед экстренной операцией и каждые 12 ч после операции в течение 4-5 дней, общестимулирующую и дыхательную гимнастику в постели; движения в голеностопных, коленных и тазобедренных суставах, подтягивание пяток к ягодицам, активное трение стопой одной ноги голени и бедра другой каждые 30-40 мин; раннее послеоперационное восстановление активности пациентов, лечебную физкультуру; умеренную гемодилюцию – Ht 30%. Перед началом введения гепарина определяем количество тромбоцитов и гемоглобина, величину гематокрита, показателей коагулограммы.

Результаты. На фоне проводимого комплекса мер профилактики тромбоэмболических осложнений показатели коагулограммы указывали на стабильное сохранение нормокоагуляции и некоторое увеличение фибринолитической активности крови.

Нефатальный флеботромбоз после операции отмечался у 3 (4,0%) больных, в том числе восходящий варикотромбофлебит большой подкожной вены – у 2 (2,7%), илеофеморальный тромбоз – у 1 (1,3%). Оба пациента с восходящим варикотромбофлебитом были подвергнуты операции – кроссэктомии с целью хирургической профилактики тромбоэмболии легочной артерии. Анализ причин этого осложнения показал, что применение эластичных бинтов недостаточной ширины, особенно у тучных больных с конусовидной формой нижней конечности, может привести к развитию «эффекта жгута», который замедляет опорожнение соответствующего сегмента вены и травмирует ее. С учетом этого обстоятельства в последний год мы начали использовать преимущественно компрессионные чулки отечественного производства, на фоне применения которых мы пока еще не отмечали флеботромбозы в системе нижней полой вены.

Фатальная ТЭЛА констатирована у 1 (1,3%) пациентки 58 лет, оперированной по поводу ущемленной гигантской послеоперационной вентральной грыжи.

Таким образом, профилактика послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений у больных с ургентной абдоминальной патологией должна носить комплексный характер. Обязательным компонентом такой профилактики должно стать периоперационное применение прямых антикоагулянтов и компрессионного трикотажа.

ВОЗМОЖНОСТИ СИМУЛЬТАННОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ СОЧЕТАННОМ ПОРАЖЕНИИ КАРОТИДНОГО И КОРОНАРНОГО РУСЛА

Обейд М.А., Абдурахманов А.А., Хамидов Б.П., Султанов Н.М., Рахимов Н.М., Дадамянц Н.Г.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

По данным A. Ebuzer и соавт. (2014), стенозы каротидных артерий являются дополнительным фактором риска, ухудшающим послеоперационный прогноз после аортокоронарного шунтирования (АКШ). При сочетанных поражениях коронарного и каротидного русла до сих пор не сформировано однозначного стандартизированного подхода к хирургическому лечению (Базылев и др., 2007). Выбор последовательности этапов зачастую основывается на выраженности поражения того или иного русла. Таким образом, проблема выбора тактики хирургического лечения при сочетанных поражениях каротидных и коронарных артерий сохраняет свою высокую актуальность.

Цель. Анализ результатов симультанных операций у больных с сочетанным поражением коронарного и каротидного русла.

Материал и методы. За период с 2014 по 2016 г. в РНЦЭМП оперированы 6 пациентов с сочетанным поражением каротидного и коронарного русла. Средний возраст больных 67,2±3,5 года. 2 оперированных больных были женского пола, 4 мужского. Все больные были подвергнуты симультанной операции односторонней (со стороны наибольшего поражения) каротидной эндартерэктомии и аортокоронарного шунтирования на работающем сердце. Выбор симультанного подхода был основан на том, что все оперированные имели двустороннее поражение каротидного русла (более 70%). У всех больных была нестабильная стенокардия с многососудистым поражением (более 2 сосудов) коронарного русла. У 4 больных наблюдалась хроническая ишемия головного мозга III степени, у 2 – II степени. 4 пациентам КЭЭ производилась с редрессацией каротидной артерии, 1 выполнена резекция внутренней сонной артерии (имел место кинкинг), у 1 осуществлена пластика передней стенки внутренней сонной артерии аутовенозной заплатой,

после КЭЭ. У 4 больных шунтировано 4 коронарных сосуда, у 2 – 3. Индекс шунтирования составил 3,6%. Лишь у 1 пациента не использовали внутреннюю грудную артерию для шунтирования передней межжелудочковой артерии.

Результаты. Послеоперационный период протекал без осложнений, раны зажили первичным натяжением. В раннем послеоперационном периоде не наблюдалось нарушений мозгового кровообращения и других сердечно-сосудистых осложнений (острый инфаркт миокарда, сердечная недостаточность). Средняя продолжительность послеоперационного госпитального периода составила 8,8±1,2 дня. На контрольном цветном дуплексном сканировании экстракраниальных сосудов со стороны хирургического вмешательства стеноза не выявлено, был визуализирован ламинарный кровоток. На эхокардиографии патологических отклонений также не обнаружено, средний конечно-диастолический объем составил 145,7±5,1 мл; фракция выброса в среднем – 52,2±3,1%. Все больные наблюдались в отдаленном периоде, средняя продолжительность наблюдения – 16±1,2 месяца. Больные жалоб не предъявляли, контрольная ЦДС экстракраниальных сосудов и ЭхоКГ также без патологических отклонений.

Таким образом, симультанный подход к лечению сочетанного поражения каротидного и коронарного бассейнов на работающем сердце является достаточно эффективным и безопасным методом, который, несмотря на тяжелое сочетанное поражение и наличие сопутствующих заболеваний, позволяет достичь хорошего результата.

МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫЙ ТРОМБОЗ. ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ

Отабоев И.Х., Махмудов Н.И., Холматов К.К., Яриев И.А.
Ферганский филиал РНЦЭМП

В последнее время отмечается увеличение числа больных с мезентериальной ишемией. С одной стороны, это связано с ростом количества сердечно-сосудистых заболеваний, но в большей степени – с улучшением прижизненной диагностики тромбозов и эмболии мезентериальных сосудов. Однако методы объективной внутрибрюшной оценки состояния кишечника в раннем послеоперационном периоде остаются актуальной проблемой.

Цель. Улучшение диагностики с использованием современных технологий и послеоперационного ведения.

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы результаты диагностики и лечения 168 больных с мезентериальным тромбозом, находившихся на стационарном лечении в отделении 1-й хирургии Ферганского филиала РНЦЭМП в 2005-2015 гг. Мужчин было 96 (57,1%), женщин – 72 (42,9%). Средний возраст больных 66±3,4 года. Острый мезентериальный тромбоз в основном развивался на фоне атеросклероза, инфаркта миокарда, мерцательной аритмии, эндокардита, аневризмы аорты, резкого снижения артериального давления (нарушения ритма сердца, шок различного генеза). Диагноз острого нарушения мезентериального кровообращения ставился на основании общеклинического (несоответствие сильной боли в животе и малоболезненной абдоминальной пальпации, систолический шум в точках чревной и брыжеечной артерий, ослабление кишечных шумов или полное отсутствие перистальтики, отсутствие вздутия живота в ранних стадиях, повышение внутрибрюшного давления в поздних стадиях) и лабораторного (нейтрофильный лейкоцитоз с выраженным сдвигом формулы влево, картина метаболического ацидоза) обследования. С учётом тяжелого соматического состояния пациентов использовали ступенчатый метод диагностики, начиная с наименее инвазивных, щадящих инструментальных методик: рентгенологическое и ультразвуковое исследование органов брюшной полости, компьютерную томографию с контрастным усилением кишечника.

К инвазивной методике – лапароскопии, диагностической лапаротомии – прибегали для визуального осмотра кишечника, определения тяжести и распространенности поражения, а также для уточнения объема оперативного вмешательства (142 больных). Досуточная диагностика острого мезентериального тромбоза составила 85,7% (144 больных). При установлении диагноза на фоне комплексной патогенетической терапии проводили срочное оперативное вмешательство. Оперативное вмешательство заключалось в проведении резекции пораженного участка кишечника при сегментарном тромбозе у 18 больных, субтотальной резекции – у 34, расширенной резекции с охватом толстого кишечника – у 14. Тотальный некроз тонкой или толстой кишки выявлен у 82 (48,8%) обследованных. Важным этапом в лечении данной категории больных является динамическое наблюдение за состоянием кишечника в раннем послеоперационном периоде, направленное на своевременную диагностику осложнений (нарастание области ишемии, несостоятельность анастомоза, образование гнойного очага и др.).

Выводы. 1. Современные методики диагностики позволили диагностировать острый тромбоз мезентериальных сосудов в первые 24 ч у 85,7% больных. Летальность при различных формах резекций составила 27,2%, общая летальность – 76,3%. 2. Контрольно-динамический осмотр позволял своевременно выявлять осложнения в раннем послеоперационном периоде.

РЕЗУЛЬТАТЫ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ В ОСТРЕЙШИЙ ПЕРИОД СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ

Пилипенко Ю. В., Элиава Ш. Ш., Белоусова О. Б.
ФГАУ «Научно-исследовательский институт нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» МЗ РФ, Москва)

Считается общепризнанным, что при аневризматическом субарахноидальном кровоизлиянии (САК), хирургическое лечение, направленное на выключение аневризмы головного мозга, должно быть проведено как можно раньше с целью недопущения рецидива кровоизлияния. Кроме того, приблизительно с 3-4 суток после САК у больных начинают прогрессировать вазоспазм и связанные с ним осложнения. Поэтому оптимальным временем проведения микрохирургических операций по поводу разорвавшихся аневризм считается период в течение первых трех суток, позволяющий рассчитывать на меньшую хирургическую травму мозгового вещества.

Целью данной работы явился анализ результатов микрохирургических операций по поводу аневризм, проведенных не позднее 72 часов с момента САК.

Материал и методы. В исследуемую группу включено 57 пациентов, которым проведено клипирование 63 аневризм головного мозга в НИИ нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко за период с 2006 по 2015 г. Операции в течение первых суток с момента САК проведены 23 (40,4%) пациентам, вторых – 17 (29,8%), третьих – 17 (29,8%). Возраст пациентов варьировал от 23 до 69 лет, средний – 45,6 лет. Соотношение пациентов мужского и женского пола составило 1/1,4. Аневризмы передних отделов вилизиева круга диагностированы в 53 (93%) случаях, задних отделов – в 4 (7%) случаях. Согласно классификации Хант-Хесс в I стадии поступило 5 (8,8%) пациентов, II– 9 (15,8%), III– 24 (42,1%), IV – 10 (17,5%), V – 9 (15,8%). Выраженность САК по Fisher среди оперированных больных распределялась следующим образом: II степень отмечалась в 6 (10,5%) случаях, III степень – в 22 (38,6%), IV степень – в 29 (50,9%).

Результаты лечения оценивались через 1 месяц после операции.

Результаты. Благоприятные результаты лечения (ШИГ 5 и 4) достигнуты у 30 (52,6%) пациентов. Выраженная инвалидизация (ШИГ 3) отмечалась у 12 (21,1%) больных. Двое пациентов (3,5%) находились в вегетативном статусе. Послеоперационная летальность составила 22,8% (13 пациентов).

Количество послеоперационных смертельных исходов значительно отличалась в зависимости от временного периода. Так, в интервале времени с 2006 по 2010 года, скончалось 10 (34,5%) из 29 пациентов. За последующий пятилетний период с 2011 по 2015 год летальные исходы после операции отмечены у 3 (10,7%) из 28 пациентов. Статистическая значимость достоверна (p-0,02).

Заключение. За последние годы качество нейрохирургической помощи пациентам в первые сутки после аневризматического САК значительно улучшилось. В первую очередь это обусловлено более четкими клиническими, хирургическими, анестезиологическими и реанимационными принципами ведения пациентов, основанными на опыте учреждения, рекомендательном протоколе российской ассоциации нейрохирургов и международных директивах при данной патологии.

ЛЕЧЕНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ У ДЕТЕЙ: ДЕКОНСТРУКТИВНЫЕ И РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ

Пилипенко Ю. В., Элиава Ш. Ш., Яковлев С. Б.
ФГАУ «Научно-исследовательский институт нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» МЗ РФ, Москва

Церебральные аневризмы у детей – редкая патология, встречающаяся в 2,4% среди пациентов всех возрастных групп. Для аневризм, диагностируемых в детском возрасте, характерны сложные анатомические особенности, что создает определенные трудности при выборе оптимального метода их хирургического лечения.

Целью данной работы явился анализ результатов операций по поводу аневризм головного мозга у детей.

Материал и методы. В исследуемую группу включено 157 пациентов с аневризмами головного мозга, которые оперированы в НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко за период с 1998 по 2015 г. Возраст пациентов варьировал от 1 мес до 17 лет, средний – 13,3 года. Соотношение пациентов мужского и женского пола составило 1,7/1. Аневризмы имели гигантские размеры в 31,2% случаев, фузиформное строение тела – в 20% и частичное тромбирование полости – в 32,5%.

Микрохирургические операции проведены у 60,5% пациентов, эндоваскулярные – у 39,5%.

Все операции разделены на 2 типа: 1) деконструктивные, которые подразумевают выключение аневризмы вместе с несущим сосудом и 2) реконструктивные – выключение аневризмы с сохранением несущей артерии.

Результаты лечения оценивались согласно шкалы исходов Глазго (ШИГ).

Результаты. В исследуемой группе детей с аневризмами реконструктивные операции (клипирование, окклюзия спиралями, имплантация поток-изменяющих стентов) проведены по поводу 110 (66,7%) аневризм и деконструктивные (треппинг-клипирование, проксимальное клипирование и проксимальная окклюзия баллоном или спиралями) выполнены в 51 (30,9%) случае. В 4 (2,4%) случаях произведено укрепление небольших аневризматических расширений хирургической марлей.

Благоприятные результаты лечения (ШИГ 5 и 4) достигнуты у 135 (86%) пациентов. Выраженная инва-

лидизация (ШИГ 3) отмечалась у 17 (10,8%) больных. Один пациент (0,6%) к моменту выписки находился в вегетативном статусе. Послеоперационная летальность составила 2,6% (4 пациента).

Заключение. Несмотря на сложные анатомические характеристики аневризм у детей, в большинстве случаев удается достигнуть благоприятных результатов хирургического лечения. Основной целью лечения педиатрических аневризм должны быть реконструктивные вмешательства. Хотя дети переносят выключение артерий, в том числе крупных, относительно хорошо, в последующем после таких деконструктивных операций возникает риск формирования новых аневризм в результате повышенной гемодинамической нагрузки на артерии, принимающие участие в коллатеральном кровоснабжении.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ АНЕВРИЗМ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Рахматов К.Р.
Ташкентская медицинская академия

В настоящее время с развитием методов диагностики сосудистой патологии головного мозга аневризмы все чаще встречаются в практике врача-нейрохирурга. Хотя частота аневризм головного мозга не велика и составляет 2-13% (Kaneko T., 2001; Nakase H., 2006; Ogilvy C.S., 2006). Своевременная диагностика и хирургическое лечение спасает жизнь больных и позволяет предупредить нежелательные последствия и катастрофы аневризм.

Цель. Выявление частоты, локализации, формы и размера аневризм головного мозга.

Материал и методы. Под наблюдением были 34 больных с аневризмами головного мозга, находившихся на лечении в РНЦНХ в 2013-2014 гг. Обследование больных включало КТ, МРТ-ангиографию, которые позволяли определить локализацию, форму и размер аневризмы головного мозга.

Результаты. Одиночные аневризмы диагностированы у 31 (91,1%) обследованного, 2 аневризмы – у 2 (6,2%), множественные (3) – у 1 (2,7%). У 32 (94%) пациентов были мешотчатые аневризмы, у 2 (6%) аневризм были фузиформные (сонная артерия). Мелкие (0-3 мм) аневризмы имели место у 3 (8,7%) больных, средних размеров (4-15 мм) аневризмы были у 22 (64,5%), большие (16-25 мм) – у 7 (20,5%), гигантские (более 25 мм) аневризмы были у 2 (6,3%). Аневризмы передней соединительной артерии встречались у 13 (38,7%) обследованных, внутренней сонной артерии – у 14 (41,5%), передней мозговой артерии – у 3 (8,7%), средней мозговой артерии – у 7 (20,6%), базилярной артерии – у 1 (2,7%). В неврологии у 7 (20,5%) больных определялась общемозговая симптоматика, у 3 (8,7%) – различной степени снижение остроты зрения на стороне аневризмы, у 3 (8,7%) – моторная афазия. 20 (35,1%) больных по данным КТ поступили с признаками субарахноидального кровоизлияния, что свидетельствовало о ранее разорвавшейся аневризме.

Выводы. Большинство аневризм были одиночными, среднего размера. В основном встречались аневризмы внутренней сонной артерии и передней мозговой артерии.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СУКЦИНАСОЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Рузиев П.Н., Хамраев И.Ш., Мизамов Ф.О.
Самаркандский государственный медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Острая артериальная ишемия нижних конечностей – достаточно распространенная сосудистая патология с высоким числом заболеваемости и смертности. Так, частота возникновения острой ишемии конечностей составляет от 5 до 10 больных на 10 000 населения в год (Каримов Ш.И. с соавт., 2003; Покровский А.В., 2004; Norgren L.et al., 2007). В результате развития острой артериальной непроходимости от 5 до 20% больным выполняется ампутация конечности (Вахидов А.В., 1985; Гавриленко А.В., Шабалтас Е.Д., 2003).Число летальных исходов составляет от 8 до 22%, а у больных старческого и пожилого возраста эта цифра достигает 31% (Каримов Ш.И. с соавт., 2008; Бахритдинов Ф.Ш. с соавт., 2009).

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с острой ишемией нижних конечностей путем применения препарата Сукцинасол.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты лечения 45 больных с острой ишемией нижних конечностей, находившихся на стационарном лечении в Самаркандском филиале РНЦЭМП. Мужчин было 16 (35,6%), женщин – 29 (64,4%). У 24 (53,3%) пациентов причиной острой ишемии была эмболия, а у 21 (46,7%) – тромбоз. Длительность заболевания составила от 2 часов до 10 суток. Всем больным при поступлении, кроме рутинных методов исследования проведены: определение содержания миоглобина, показателей перекисного окисления липидов (ПОЛ), ангиография. Определение содержания миоглобина, показателей перекисного окисления липидов (ПОЛ) производилось перед операцией, а также после операции на 2-е и 7-8-е сутки.

Результаты. Степень ишемии пораженной конечности оценивали по классификации В.С. Савельева. У основной массы – 42 (93,3%) больных была ишемия от IIA до IIIA степени. По уровню поражения преобладали более проксимальные окклюзии на уровне подвздошно-бедренного и бедренного сегментов – 28 (62,2%) наблюдений, бедренно-подколенный и подколенный с голенью встречались в 17 (37,8%) случаях.

В зависимости от клинической ситуации и характера острой артериальной окклюзии выполняли

эмболэктомию, тромбэктомию или же аутовенозное шунтирование. Им, кроме стандартной терапии, применялся Сукцинасол внутривенно в суточной дозе 400 мл, в течение 5 суток после операции.

У всех больных при поступлении отмечалось статистически достоверное повышение содержания миоглобина, при этом этот рост продолжался и после восстановления кровотока. К моменту выписки отмечалась тенденция к снижению концентрации миоглобина в крови до 15-17%. Наблюдалась также интенсификации процессов ПОЛ. Перед выпиской у пациентов, которые получали Сукцинасол, концентрация малоновых диальдегидов снижалась на 40-50%.

Исследование детоксицирующего действия Сукцинасола показало, что уже через 24 часа после первой инфузии препарата наблюдалось значительное снижение (на 30%) уровня средних молекул в крови, а на 7-е сутки уровень средних молекул приблизился к норме, снизившись в 1,2 раза.

Детоксикационный эффект Сукцинасола подтверждён динамикой показателей внутриклеточных ферментов печени: снижением на 6-7-е сутки уровня АлАТ в 1,2, АсАТ – в 1,3, билирубина – в 1,2, мочевины – в 1,3, креатинина – в 1,1 раза, что фактически привело к их нормализации.

В послеоперационном периоде была проведена только 1 повторная операция.

Выводы. Включение в комплексную терапию больных с острой ишемией нижних конечностей Сукцинасола способствует снижению показателей перекисного окисления липидов в крови, значительному уменьшению интоксикации и нормализации биохимических показателей.

МИКРОАНГИОПЛАСТИКА ПРИ ТРАВМЕ КОНЕЧНОСТЕЙ

Рузиев П.Н., Хамраев И.Ш.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

В лечении травматических повреждений конечностей достигнуты определённые успехи, однако процент продолжительной нетрудоспособности и инвалидности остаётся ещё высоким. На существенное улучшение исходов лечения больных с травмами конечностей может повлиять оказание специализированной помощи. Лечение больных с различными видами ран, причем как непосредственно после повреждения кожных покровов, так и через различные интервалы времени, является актуальной проблемой хирургии на фоне все возрастающего числа бытового травматизма, природных и техногенных катастроф, локальных вооруженных конфликтов.

Одним из основных принципов в лечении верхних и нижних конечностей является максимально раннее и полноценное устранение дефектов кожи и мягких тканей.

В хирургическом отделении РНЦЭМП оперированы 38 больных (21 мужчина и 17 женщин) в возрасте от 12 до 54 лет по поводу травмы конечностей. Причинами явились резаная рана (у 17 больных), автотравма (у 14 больных) и другие (у 7 больных). Площадь травматических дефектов составляла от 3 до 10 $см^2$. Бытовая травма имела место у 6 пациентов, производственная – у 32. Время поступления составляло от 1 до 4 часов от момента получения травмы. При поступлении состояние пострадавших с травмой дистальных отделов конечностей было относительно удовлетворительным, средней тяжести и гораздо реже – тяжёлым.

Для определения возможности проведения восстановительной операции оценивали вид травмы, уровень, обширность и глубину зоны повреждения тканей. При этом имелись механические загрязнения размозженных тканей и разнообразные повреждения кожных покровов, мышц, костей с нарушением целостности сухожилий, нервов, кровеносных сосудов, что нередко сопровождалось расстройством регионального кровообращения различной степени. Больные тяжелыми травмами (отрывами, обширной травмой мягких тканей в сочетании с повреждением сосудов или изолированным нарушением целостности магистральных сосудов) преимущественно поступали в вечернее время суток в состоянии шока (разной степени). Для определения возможности восстановительной операции оценивали вид травмы, уровень, обширность и глубину зоны повреждения тканей. Общим для всех открытых изолированных и обширных повреждений мягких тканей конечностей являлось проведение по возможности наиболее ранней тщательной ПХО. Одновременно с ПХО осуществляли выделение, освежение острым лезвием бритвы и маркировку разорванных сосудов, нервов, сухожилий. Особое внимание обращали на сохранение целостности даже незначительных кожно-фасциальных и кожно-фасциальных мостиков, которые имеют важное значение для оттока венозной крови, лимфы и притока крови.

Артерии и вены пальцев, кисти, предплечья, плеча, стопы, голени сшивали под оптическим увеличением по типу в конец, а при наличии дефекта выполняли сегментарную аутовенозную пластику. Целостность мышц восстанавливали узловыми или П-образными швами.

При закрытии обширных дефектов использовали возможности пластики местными тканями, пластику кожи лоскутом на временной питающей ножке и методику свободной кожной пластики.

После наложения рыхлой асептической повязки конечности придавали возвышенное положение с целью облегчения оттока венозной крови и лимфы. Пульс на периферических артериях конечности после восстановительной операции в первые дни послеоперационного периода не всегда отчетливо определялся из-за развития отёка мягких тканей. Больные после тяжелых восстановительных операций на сегментах конечностей

первые несколько дней раннего послеоперационного периода находились под наблюдением. Постоянно проводили контроль за КЩС, свёртывающей системой электролитами крови, степенью повреждения. Проводилась комплексная терапия. Для предупреждения деструктивных процессов, ускорения восстановительных процессов и регенерации мышц и нервных проводников конечности после восстановительной операции использовали ЛФК, массаж и медикаментозную терапию (Прозерпин, витамины и др.).

ОСТРАЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ТЯЖЁЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Сабиров Д.М., Баратов Б.И., Расулов У.А., Саттаров А.Э., Сабиров Д.Р., Камалов К.У.
Таш.ИУВ, ЦВКГ, ВМФ МОРУ

Введение. Острая сердечно-сосудистая недостаточность при тяжёлой черепно-мозговой травме обусловлена полученной травмой, запрограммированными вторичными изменениями. В практической деятельности врачи постоянно сталкиваются с дилеммой, какой объём интенсивной терапии, а именно состав и объём инфузионной терапии выбрать. По поводу данного вопроса есть разные точки зрения. Одни авторы рекомендуют держать отрицательный водный баланс, другие выступают за так называемую три Н (или три Г) терапию. Но случаи тяжёлой черепно-мозговой травмы с каждым годом возрастают, и врачам разных специальностей приходится участвовать в лечении этой категории больных на разных этапах медицинской помощи.

Цель. На примере личного опыта ведения 124 (100%) больных с тяжёлой черепно-мозговой травмой и с учётом рекомендаций ведущих клиник зарубежных стран предложить лечебную тактику ведения данной категории больных.

Материал и результаты. Изучив тактику лечения и исходы всех больных (100%), мы разделили больных на две группы: первая группа – 60% больных – поступила из других лечебных учреждений на 2 сутки, все больные получали лечение с отрицательным водным балансом на фоне базовой терапии. Гемодинамические показатели корригировались до физиологических нормальных показателей (АДсист 110-120 мм рт. ст., пульс 60-80 уд. в мин.). Вторая группа – 40% больных – поступила в стационар в первые сутки, и им проводилась симптоматическая терапия с положительным водным балансом. Гемодинамические показатели корригировались с учётом основной патологии ТЧМТ и развившихся осложнений: отёка и набухания головного мозга, показателей ВЧД, ЦПД, а также сопутствующей гиповолемии, болевого синдрома. Кроме базовой терапии им проводилась три Г терапия. Кроме того, при нейрохирургическом вмешательстве в первой группе 40% больных (20% из них оперировались в лечебных учреждениях, откуда они были доставлены, а 20% уже оперировались непосредственно в ЦВКГ), а во второй группе 20% больных оперировались в ЦВКГ в первые сутки после предоперационной подготовки. Длительность пребывания больных в отделении нейрореанимации в первой группе была дольше по сравнению со второй группой на 20 дней, и неврологический дефицит был более выражен, что потребовало более длительной нейрореабилитации. Во второй группе востановление больных проходило быстрее, больные переводились в нейрохирургическое отделение на 8-10 сутки, неврологический дефицит был менее выражен (применялась шкала исходов по Глазго и другие шкалы), нейрореабилитация проходила быстрее.

Вывод. Учитывая личный опыт и данные зарубежных клиник, рекомендуем:

1) при проведении базисной терапии, а именно инфузионной терапии применять три Г терапию;

2) прежде чем проводить специализированную кардиологическую терапию (сердечные гликозиды, В-адреноблокаторы, и др.), исключить влияние на сердечно-сосудистую систему таких факторов, как: болевой синдром, психомоторное возбуждение, гиповолемия, повышение ВЧД, анемия, гипоксический синдром, септические состояния, гипо- или гипергликемия и другие сопутствующие факторы;

3) во время анестезиологического пособия иметь в виду, что на фоне повышенного ВЧД возможна триада Кушинга (артериальная гипертензия, брадикардия, нарушение дыхания) до вскрытия твёрдой мозговой оболочки, и до удаления гематомы, инородного тела, а после будет развиваться гипотензия, возможно тахикардия;

4) на фоне базовой терапии, после стабилизации гемодинамики, необходимо включить в лечение группы препаратов: антигипоксанты (р-р цитофлавин 10,0 мл на 200,0 мл физ. р-ра в/в 2 раза в день и др.), нейропротекторы (р-р глиатилина 1000 мг на физ. р-ре 2 раза в день в/в, и др.), ингибитор протеаз (р-р овомин 60 тыс АТЕ на физ. р-ре в/в 2 раза в день), инфузионная терапия (коллоиды: кристаллоиды в соотношении 1:2 в/в), и др.

5) необходимо строго проводить динамический мониторинг витальных функций с использованием технического оборудования данного лечебного учреждения.

Данные рекомендации могут быть рассмотрены коллегами как предполагаемый алгоритм к действию. Но к каждому больному надо подходить индивидуально – не бывает двух одинаковых больных.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Сайдалиев Е.И., Ражабов М.М.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Лечение сосудистой патологии головного мозга представляет собой одну из наиболее актуальных

проблем нейрохирургии. Артериальные аневризмы – самая частая причина нетравматических субарахноидальных кровоизлияний. Частота аневризм сосудов головного мозга составляет 13-15 больных на 100 тыс. населения в год (Коновалов А.Н., 2009). Артериовенозные мальформации составляют от 18 до 34% от всей сосудистой патологии головного мозга (Самочерных К.А., 2002).

Цель. Оценка результатов хирургического лечения артериовенозных мальформаций в зависимости от их характеристик.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 28 больных, прооперированных с АВМ в 2014 г., из них в области задней черепной ямки – 1 (3,6%), поверхностных полушарий головного мозга – 18 (64,3%), глубоких полушарий головного мозга – 9 (32,1%).

В зависимости от размера АВМ распределялись следующим образом: малого объема АВМ были у 7 (25%) больных, среднего – у 13 (46,4%), большого объема – у 5 (17,9%), гигантского – у 3 (10,7%).

Результаты. Результаты хирургического лечения АВМ зависели от локализации, объема, клинического состояния и возраста больных. Блокирование АВМ удалось у всех пациентов с локализацией АВМ в поверхностных полушариях головного мозга (100%), у 4 (44,4%) больных в глубоких полушариях, у остальных 5 (55,6%) выключение АВМ из кровотока было субтотальным, а у 2 только частичным. У больного с локализацией АВМ в задней черепной ямке исход оперативного вмешательства был неблагоприятным.

В клинике АВМ преобладает эпилептический синдром: у 45% больных заболевание начинается с припадков, у 27% больных эпилептический синдром возник после кровоизлияния.

Худшие исходы хирургического лечения у больных пожилого возраста обусловлены наличием у них соматической патологии. Операции у таких больных чаще приводит к неблагоприятным исходам.

Выводы. 1. Исход хирургического лечения АВМ зависел от локализации, объема, клинического состояния и возраста больных. 2. Наиболее высокая клиническая эффективность в виде снижения риска повторного кровотечения и уменьшения стойких неврологических нарушений отмечалась у пациентов с локализацией АВМ в поверхностных полушариях головного мозга, а также у больных с малым и средним объемами АВМ. 3. Фактором, ухудшающим исход хирургического лечения АВМ, является пожилой возраст больных.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОДНОСТОРОННЕЙ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ТРАВМОЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Сафин Р.Р.

ОРИТ-4 Травмцентра ГАУЗ РКБ МЗ РТ, г. Казань

Односторонняя спинальная анестезия (ОСА) сопровождается минимальным влиянием на показатели гемодинамики: в ответ на венодилятацию развивается компенсаторная вазоконстрикция в неблокированных зонах, что предотвращает артериальную гипотонию и брадикардию. Эти свойства ОСА, наряду с минимальными финансовыми затратами, делают перспективным использование ОСА при остеосинтезе переломов костей нижних конечностей в день поступления (А.А. Хряпа 2010).

Цель. Изучение частоты артериальной гипотонии и брадикардии при двух вариантах нейроаксиального обезболивания.

Материалы и методы. Использовался оригинальный метод ОСА, предусматривающий нагревание раствора местного анестетика (МА) перед его введением, на которую получен патент РФ №2316360. Отличие от обычной спинальной анестезии (СА) и ОСА состоит в том, что пациент перед проведением спинальной пункции располагается на неповреждённой стороне. Пациент укладывается на горизонтальную поверхность. Полиэтиленовый пакет, в котором находится шприц и ампула с МА, согреваются в подмышечной впадине пациента в течение 5 минут. После пункции и истечения ликвора из иглы МА быстро набирается в шприц, и вводится в объёме 2-3 мл в зависимости от возраста, пола и антропометрии пациента в течение одной минуты. Экспозиция после введения МА в течение 20 минут, после чего пациент может быть уложен на спину. Инфузионная преднагрузка в объёме 1000-2000 мл осуществлялась во время экспозиции. Проведено сравнение в исследуемой (n=113) и контрольной группах (n=109) у пациентов в возрасте 41±19 лет, с переломами бедренной и большеберцовой кости, которым был проведён блокирующий интрамедуллярный остеосинтез (БИОС). В контрольной группе использовалась традиционная СА. Изучалась частота эпизодов артериальной гипотонии и брадикардии (снижение АД и ЧСС ниже 30% от исходных показателей). Статистический анализ: метод сопряженных таблиц (X2).

Результаты. Частота эпизодов артериальной гипотонии и брадикардии в исследуемой группе составила 0,26 % (3 случая), в то время как в контрольной группе таких случаев было 13,7 % (15 наблюдений).

Вывод. ОСА подогретым МА отличается ничтожно малой частотой осложнений в виде артериальной гипотонии и брадикардии.

Обсуждение. Преимущества указанной методики ОСА перед обычной техникой ОСА заключаются в том, что пациент изначально укладывается на неповреждённую сторону, при этом исключается как необходимость дополнительного обезболивания пациента, так и вероятность развития ортостатических реакций в случае разворота пациента на 180°, если возникает необходимость разворота пациента для его укладки на операционном столе. Данная методика ОСА эффективна лишь в том случае, когда используются МА, имеющие удельную плотность ниже 0,9999 при 37°С .

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЫ

Сорока В.В.
Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе,
Клиника неотложной сердечно-сосудистой хирургии

Взрывная травма в последние два десятилетия стала мрачной реальностью не только в странах, ведущих боевые действия, или охваченных гражданской войной, но и во внешне мирных странах. Террористические атаки на небоскребы в Нью-Йорке (2001) открыли печальную статистику 21 века. Взрывы в новом столетии уже лишили жизни десятки тысяч людей, сотни тысяч ни в чем не повинных людей пострадали от бессмысленной жестокости паранойяльных фанатиков.

Патогенетические компоненты взрывной травмы («бризанс», ожоги и др.) существенно отличаются от обычных огнестрельных повреждений и диктуют необходимость специфического лечения. В работе представлены результаты анализа более трех тысяч пострадавших от взрыва (литературные данные) и собственный опыт лечения взрывной травмы (57 пострадавших). Подробно описанный российскими военными хирургами в Афганистане (Нечаев Е.А., Грицанов А.И., Фомин Н.Ф., Миннулин И.П. и др., 1995; Брюсов П.Г., Шаповалов В.М., Артемьев А.А., Дулаев А.К., 1996) «синдром общего сотрясения», который характеризовался стойкой гипотонией, несмотря на адекватную инфузионную терапию синдром, был через 12 лет подтвержден и американскими военными хирургами в Ираке (Nelson T.J., Clark T., Larsen E.T., Lewis S.T.,2008). Они, описав сходные симптомы, назвали его «resistance to resuscitacion»(«устойчивость к реанимации») .

Анализ экспериментальных и клинических данных дает возможность предположить, что в основе синдрома «resistance to resuscitacion» лежит воздушная эмболия и/или ушиб сердца. «Воздушное замусоривание» (аналог траш-синдрома и no-reflow) через открытое овальное окно (парадоксальная эмболия) приводит к множественным микроциркуляторным инфарктам в жизненно важных органах (сердце, мозг, кишечник, почки) и запускает полиорганную недостаточность, которая в первые сутки проявляется как сердечно-легочная недостаточность. Ушиб сердца также протекает как микроциркуляторный инфаркт миокарда, вызывая стойкую, резистентную к инотропной и инфузионной терапии, гипотонию. Патогенетически направленным лечением может стать гипербарическая оксигенация, эмпирически широко применявшаяся отечественными военно-полевыми хирургами в Афганистане и лечение ушиба сердца (кардиальное мониторирование с аналогичным лечением инфаркта миокарда). Противопоказана искусственная вентиляция легких в режиме положительного давления в конце выдоха, введение коллоидных растворов и транспортировка, особенно воздушным транспортом.

ОПТИМИЗАЦИЯ ВОЛЕМИЧЕСКОГО СТАТУСА ПОСЛЕ СОЧЕТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА КЛАПАНАХ СЕРДЦА И КОРОНАРНЫХ СОСУДАХ

Стрижков Н.А., Ибадов Р.А.
АО «Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова»

Цель. Оптимизация волемического статуса в раннем послеоперационном периоде после сочетанных операций трёхклапанной коррекции сердца и аорто-коронарного шунтирования (АКШ).

Материал и методы. Обследованы 52 пациента в возрасте от 33 до 78 лет (средний возраст 46,2±0,5 года), из них 37 (71,15%) мужчин и 15 (28,85%) женщин, после сочетанных операций трёхклапанной коррекции сердца и АКШ. Предоперационная диагностика основана на руководстве по диагностике и лечению пациентов с клапанными пороками сердца American Hard Association (2006). ЭхоКГ (Corevision, Toshiba) для оценки внутрисердечной гемодинамики, ангиография коронарных сосудов рентгеноэндоваскулярным методом. Предоперационная оценка общего сердечно-сосудистого риска (ВНОК, 2009) включала оценку поражения органов-мишеней и ассоциированных состояний.

Результаты. В результате проведенного исследования выявлено, что при снижении фракции укорочения (ФУ) ниже 23% у 30 (57,69%) больных конечный диастолический объём (КДО) увеличивался на 23,1% (180,1±5,6 мл). При снижении объёма инфузионной нагрузки отмечалась нормализация гемодинамических параметров левого желудочка (ЛЖ) на фоне общей положительной клинической динамики.

При повышении ФУ выше 41% и одновременном уменьшении КСО более чем на 18% у 10 (19,23%) больных отмечались признаки гиповолемической дисфункции ЛЖ, логическим решением чего являлось увеличение волемической нагрузки.

Анализ оценки предоперационных факторов сердечно-сосудистого риска выявил достоверную зависимость между волемическим дисбалансом и величинами артериального давления (АД), пульсового АД, концентрацией глюкозы плазмы, при оценке функции почек – уменьшение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) < 60 мл/мин/1,73 м2 (MDRD) или снижение клиренса креатинина < 60 мл/мин (Кокрофта – Гаулта).

Выводы. Фракция укорочения является наиболее информативным диагностическим предиктором волемических нарушений. Для проведения оптимальной инфузионной терапии после сочетанных операций трёхклапанной коррекции сердца и АКШ необходима суммарная оценка общего сердечно-сосудистого риска и поражения органов-мишеней.

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Султанов Н.М., Хамидов Б.П., Дадамьянц Н.Г., Ким Д.Л., Муминов Ш.М., Мубораков Ш.Р.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Ишемический инсульт – это тяжелое заболевание, имеющее высокий процент летальности и инвалидизации. С появлением современных методов защиты головного мозга и осознания значения реперфузии, в последнее десятилетие поменялись подходы к терапии пациентов с острыми инсультами. Каротидная эндартерэктомия (КЭ) является одной из наиболее часто выполняемых и высокоэффективных сосудистых реконструктивных операций, которая ускоряет процесс реабилитации после ОНМК, а также позволяет предотвратить развитие повторных острых нарушений мозгового кровообращения.

Уже доказано, что КЭ является эффективным методом лечения склонных к инсульту пациентов. Но пока еще нет проспективной оценки применения ее у больных с уже состоявшимся инсультом в остром периоде заболевания. Если основной целью плановой КЭ является профилактика острых инсультов, то в экстренных и неотложных случаях у пациентов с нестабильной неврологической клиникой первостепенной задачей считается устранение источника постоянной тромбоэмболии и/или восстановление перфузии в зоне ишемии.

Цель исследования. Провести анализ ближайших результатов каротидных эндартерэктомий, выполненных в остром периоде ишемического инсульта.

Материал и методы. С 2004 по 2015 г. в отделении сосудистой хирургии РНЦЭМП МЗ РУз обследован и прооперирован 61 больной в острой стадии ишемического инсульта. Из них мужчин было 45 (73,8%), женщин – 16 (26,2%.). Возраст больных колебался от 45 до 72 лет, составляя в среднем 60,7 + 2,6.

Показания к оперативному вмешательству определяли на основании данных цветного дуплексного сканирования и МСКТ – ангиографии, на которых оценивали степень стеноза ВСА, протяженность атеросклеротической бляшки, эмбологенность, а также учитывали толерантность головного мозга к ишемии. Каждый пациент наблюдался совместно с неврологом как до, так и после операции. Показания к операции ставились только после совместного клинического разбора.

Все больные поступали в неврологическое отделение клиники в тяжелом состоянии. После осмотра и обследования у 38 (62,3%) диагностировано острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), у 23 (37,7%) – повторный ишемический инсульт (ИИ).

Операции выполнялись при выявлении стеноза ВСА более 75%. Кроме того, дополнительным показанием к оперативному лечению явилось наличие в просвете сонных артерий эмбологенных бляшек 1-2-3 типов (по Gray-Weal и соавт.).

Тяжесть неврологического статуса оценивали по шкале Ренкина. Время от начала заболевания до проведения операции составило от 2-х до 18 суток.

В 2 (3,3%) случаях была произведена классическая каротидная эндартерэктомия. У 37 (60,7%) пациентов применена эверсионная КЭ, которая еще в 4 (6,6%) случаях дополнена удалением флотирующего тромба. У 12 (19,7%) больных была выполнена открытая КЭЭ с заплатой «Gore-tex» или «Vascutek». У 6 (9,8%) больных произведена пластика НСА.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде у 2 (3,3%) больных был диагностирован ишемический инсульт. Временная нейропатия черепно-мозговых нервов отмечена у 2 (3,3%) больных. Кровотечение, потребовавшее повторного вмешательства, было у 1 (1,6%) пациента, что было связано с резким повышением артериального давления, на фоне приема аспирина и не имело явного источника. К моменту выписки из стационара регресс неврологической симптоматики отмечен у 59 (96,7%) пациентов. Из 21 (34,4%) больного с III баллами на шкале Ренкина, в послеоперационном периоде состояние оценено на I балл у 5 (23,8%), на II – у 16 (76,2%) больных. Из 32 (52,5%) больных с IV баллами по шкале Ренкина – перешли в категорию I балл – 1 (3,1%), II – 13 (40,6%), III – 16 (50,0%), IV – 1 (3,1%) и V – 1 (3,1%) больной. У 2 больных из этой группы был диагностирован повторный ишемический инсульт. Из 8 (13,1%) больных, у которых до операции было V баллов по шкале Ренкина, в послеоперационном периоде состояние оценено в III балла у 7 (87.5%), и в IV – у 1 (12.5%) больного.

Таким образом, при выявлении гемодинамически значимых стенозирующих поражений экстракраниальных сосудов у больных с **острым нарушением мозгового кровообращения**, с целью укорочения сроков реабилитации, возможно проведение хирургической коррекции сосудов уже в ранние (первые 1-3 недели) сроки после развития острых цереброваскулярных расстройств.

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЗОВ У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ТАЗА

Тиляков А.Б., Каримов Б.Р.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В практике травматолога тромбозы глубоких вен нижних конечностей и, как их следствие, эмболические осложнения (ТЭЛА) занимают одно из первых мест. У пациентов с повреждениями опорно-двигательного аппарата, особенно у пострадавших с нестабильными переломами костей таза, высока вероятность развития венозных тромбозов. Причины общеизвестны: повреждение окружающих кость мягких тканей и сосудов, длительная иммобилизация, дли-

тельный постельный режим, наличие сопутствующих соматических патологий. Зачастую ТЭЛА развивается после выписки из стационара, что создает иллюзию относительно низкой частоты тромбоэмболических осложнений.

Проанализированы результаты лечения 415 больных с различными видами повреждений таза. 326 (78%) пострадавших были в трудоспособном возрасте 18-55 лет. Лиц мужского пола было 228 (54%), женского 187 (46%). Учитывая тот факт, что основной причиной повреждений таза явились дорожно-транспортные происшествия и падения с высоты, сочетанный и множественный характер травмы отмечался у 327 (78,8%) больных. У 298 из них была черепно-мозговая травма различной степени тяжести, у 90 повреждения грудной клетки и легких, у 84 травмы органов брюшной полости, у 42 повреждения почек и мочевого пузыря; у 317 больных эти травмы сочетались с повреждениями костей конечностей. У 244 больных наблюдались явления травматического шока различной степени тяжести.

В зависимости от клинико-анатомического варианта повреждения таза и тактики лечения пострадавшие были разделены на три группы согласно классификации Центра документации АО. 1-я группа: переломы костей таза тип А – 178 больных, 2-я группа: тип В – 115 больных, 3-я группа: тип С – 122 больных.

В 1-й группе оперативные вмешательства выполнены у 67 больных. При переломах ветвей лонно-седалищных костей с сочетанными повреждениями органов брюшной полости и мочевыводящих путей (наличие эпицистостомы, требующей раннюю активизацию) выполнялась передняя стабилизация облегченным вариантом стержневого аппарата клиники.

Во 2-й группе у 86 (74,7%) больных, учитывая отсутствие вертикального смещения половин таза и наличие повреждения таза по типу «открытой книги», смещения легко устранялись в аппаратах. Оптимальным методом лечения повреждений таза являлся остеосинтез стержневыми аппаратами.

В 3-й группе у 15 пациентов нами использованы методы погружного накостного остеосинтеза и перкутанного остеосинтеза колон вертлужной впадины резьбовыми стержнями, у 19 оперативное вмешательство комбинировалось с чрескостным остеосинтезом с применением стержневых аппаратов.

Всем больным проводилась гепаринотерапия с использованием низкомолекулярного (НМГ) и нефракционированного гепарина (НФГ) с целью профилактики флеботромбозов и ТЭЛА. Критериями отбора больных в группы для антикоагулянтной терапии служили возраст старше 40 лет, наличие одного или нескольких общеизвестных факторов риска тромбоэмболических осложнений (ожирение, шок или гиповолемия при поступлении, наличие варикозных вен нижних конечностей, ТЭЛА или ТГВ в анамнезе).

С целью ускорения венозного кровотока и повышения эффективности антикоагулянтной терапии у всех больных независимо от степени риска с целью механической профилактики использовалось эластичное бинтование.

Для оценки степени эффективности проводимой терапии больным в 1, 3, 7 и 10 сутки проводили анализ коагулограммы. Дуплексное ангиосканирование вен нижних конечностей выполняли на 3 и 10 сутки нахождения больного в стационаре. При выявлении тромбоза в системе нижней полой вены выполнялась рентгеноконтрастная флебография – илеокавография.

У 15 больных, оперированных в первые трое суток, у 21 больного, подвергшегося хирургическому вмешательству позже 3 суток, и у 8 больных, которых лечили консервативными методами, при ультразвуковом исследовании в остром периоде травмы были выявлены признаки острого венозного тромбоза в системе нижней полой вены. У всех пострадавших имело место одностороннее поражение. У 6 больных диагностирована тромбоэмболия легочной артерии с летальным исходом.

У пациентов с эмболоопасными тромбами была произведена ретроградная контрастная илеокавография. Во всех случаях результаты ЦДС были подтверждены. Все больные были оперированы ангиохирургами, которыми выполнено клипирование нижней полой вены с тромбэктомией и без тромбэктомии.

Таким образом, все больные с нестабильными повреждениями костей таза старше 40 лет имеют два и более фактора риска развития тромбоза, соответственно всем им необходимо проводить механическую и фармакологическую профилактику ТГВНК и ТЭЛА. Ранний остеосинтез повреждений таза значительно снижает риск развития тромбозов.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ И НЕРВОВ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Тошев Б.Р., Хамдамов У.Р., Сафаров М.Н.
Бухарский филиал РНЦЭМП

Проблема повреждений артерий предплечья с сопутствующим повреждением нервов является действительно актуальной в настоящее время, в условиях растущего травматизма – как промышленного, так и бытового.

Цель работы: улучшить результаты диагностики и лечения больных с повреждением сосудов верхней конечности с сопутствующим повреждением нервов.

Материал и методы. В данной работе представлены результаты лечения 123 пациентов, поступивших в Бухарский филиал РНЦЭМП за период 2010-

2015 гг. с повреждениями сосудов и нервов верхних конечностей. При этом у 61,4% было изолированное повреждение артерий, у 10,3% только вен. Сочетанное повреждение артерий и вен выявлено в 28,3% случаев. Кроме того, у 35 (28,8%) пострадавших имело место сочетанное повреждение нервных стволов, 14,4% костей.

Результаты и обсуждения. Сравнительная оценка отдаленных результатов изолированных и сочетанных повреждений сосудов верхних конечностей показала, что число хороших и удовлетворительных результатов к концу первого года наблюдения при изолированных повреждениях было на 10% лучше – 95,3%, чем при сочетанных травмах – 84,7% соответственно. В дальнейшем кумулятивное число хороших и удовлетворительных результатов при изолированных повреждениях изменилось незначительно (92,3%), тогда как при сочетанных повреждениях оно уменьшилось до 72,6%. Эти больные оперированы в отдаленном периоде по поводу тех или иных последствий ранений нервных стволов, при этом кровообращение в конечности было полностью компенсировано.

Анализ отдаленных результатов хирургического лечения изолированных и сочетанных повреждений сосудов и нервов верхних конечностей показал, что к концу первого года наблюдения хорошие, и удовлетворительные результаты лечения получены у 80% больных, к концу второго года кумулятивное число их снизилось до 78,3% и держалось на этом уровне в течение всего периода наблюдения. Неудовлетворительные результаты на этот период получены у 12 пострадавших, причем у 6 из них осложнения так или иначе были связаны с тяжелой ишемией конечности и только в 5 случаях обусловлены дефектами оперативного вмешательства.

Таким образом, частота сочетанных повреждений сосудисто-нервного пучка, включающих повреждение артерии и нерва при травме конечностей, достигает 28,8% (35 пациентов), при этом оперативное восстановление нерва было выполнено у 10 (29,1%) пострадавших. Причиной повреждения сосудисто-нервного пучка в подавляющем большинстве случаев явились колото-резаные раны верхней конечности. В диагностике повреждений элементов сосудисто-нервного пучка верхней конечности необходимо учитывать данные дооперационного клинического и инструментального обследования (УЗ, допплер), результаты интраоперационной ревизии повреждений и послеоперационное неврологическое обследование, в случае необходимости – повторное отсроченное вмешательство на нервах конечности.

Хирургическая тактика должна состоять в раннем одномоментном восстановлении сосудов и нервов верхней конечности. Такая тактика позволяет добиться наиболее полного восстановления функции поврежденной конечности и во многом предупредить инвалидизацию пострадавшего. Противопоказанием к срочному восстановлению нерва следует считать загрязнение, нагноение раны, раны с размозжением и дефектом длины нерва. При сравнении результатов первичного и вторичного восстановления нервов при сочетанном повреждении нервов и сосудов верхних конечностей обнаружено, что первичное восстановление поврежденного нервного ствола и артерии не несет дополнительных осложнений, а по ряду параметров является предпочтительней, вследствие более раннего и более полного восстановления функции поврежденной конечности. Кроме того, первичное восстановление нерва позволяет в большинстве случаев отказаться от повторного вмешательства, что не только сокращает общие сроки лечения, но и снижает его финансовые затраты.

ВЫБОР МЕТОДА РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВЕ ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА, ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Туйчиев Б.А., Махмудов Н.И., Низамитдинов А.А.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Лечение пептических язв гастроэнтероанастомоза (ГЭА), особенно в случаях осложненного течения, каковым является кровотечение, остается одной из наиболее трудных задач хирургической гастроэнтерологии.

Цель. Выбор метода реконструктивного оперативного вмешательства с учетом клинического течения заболевания и интраоперационных находок.

Материал и методы. Проанализированы медицинские карты 71 стационарного больного, находившегося под нашим наблюдением в 2005-2014 гг. по поводу пептической язвы гастроэнтероанастомоза, осложненной кровотечением. Для определения степени кровопотери пользовались классификацией В.К. Гостищева, М.А. Евсеева (2004). Все пациенты ранее перенесли операцию резекции 2/3 желудка по методике Бильрот II в модификации Гофмейстера – Финстерера, причем 12 (16,9%) из них оперированы экстренно по поводу профузного язвенного кровотечения и прободной язвы.

19 (26,8%) больных находились под диспансерным наблюдением и получали противоязвенное лечение. У 41 (57,7%) больного желудочный дискомфорт после первичной операции появился через 1,5 года, у остальных 30 (42,3%) – через 2-2,5 года. У всех больных для реконструктивной операции в комплекс лечения в пред- и послеоперационном периоде входило адекватное восстановление гомеостаза, проведение гемостатической, противоязвенной и антианемической терапии. Все пациенты обследованы по стандартной схеме, принятой в клинике, включающей ЭФГС, контрастную рентгеноскопию желудка и УЗИ желудочно-кишечного тракта.

У 38 (53,5%) больных содержание гемоглобина в периферической крови находилось на уровне 67-75

г/л, эритроцитов – 2,6•1012/л в 1 мкл, лейкоцитов – 10,7•1012/л в 1 мкл, выявлен анизоцитоз. Существенных патологических изменений при исследовании функциональных показателей печени не обнаружено, исключение составило лишь гипопротеинемия (общий белок крови 57-60 г/л).

Результаты. На основании клинико-инструментальных данных и выполненной реконструктивной операции больные были разделены на три группы. В первую группу включены 23 (32,4%) больных, которые госпитализированы по поводу язвенного кровотечения легкой степени. Им в течение 6-7 дней проводилась предоперационная подготовка, которая заключалась в назначении коллоидных и кристаллоидных препаратов в дозе 1,5 л. На ЭФГС у всех 23 пациентов выявлен язвенный инфильтрат в зоне отводящей петли диаметром до 1,0×0,8 см, в центре которого имеется дефект до 0,6×0,5 см без признаков кровотечения. Контрастной рентгеноскопией выявлена язвенная «ниша» 0,5×0,4 см. У этих пациентов операцией выбора явилась резекция желудка с ГЭА и наложение термино-латерального соустья при условии интенсивной противоязвенной терапии. У 21 (70,0%) из 30 (42,2%) больных 2-й группы интраоперационной находкой явилась резекция 2/3 желудка на длинной петле. Пептическая язва располагалась в зоне приводящей петли. У этих пациентов операцией выбора оказалась резекция желудка вместе с ГЭА и методикой по Ру. Послеоперационный период протекал гладко, осложнений не наблюдалось. Показатели периферической крови нормализовались на 5-6 сутки. Выполненная в эти же сроки контрастная рентгеноскопия ЖКТ выявила своевременную порционную эвакуацию по анастомозу и продвижение бариевой взвеси по петлям тонкой кишки. Нарушений в электролитном составе крови не выявлено. Остальные 9 (30,0%) пациентов этой группы оперативному лечению были подвергнуты на 10-12 сутки после нормализации показателей периферической крови. Интраоперационной находкой у этих 9 пациентов явилось наличие инфильтрата в зоне ГЭА размерами 3,5×2,5 см, в центре которого имелся язвенный дефект 1,5×1,0 см и стеноз в зоне анастомоза, расширение культи желудка, атрофия стенок последнего. Учитывая выявленную патологию, реконструктивное вмешательство заключалось в резекции анастомоза и операции методикой по Ру. Послеоперационный период протекал гладко. На выполненной через 5 суток контрастной рентгеноскопии ЖКТ установлена своевременная порционная эвакуация бариевой взвеси. Через три месяца больные жалоб не предъявляют. В 3-ю группу включены 18 (25,4%) больных с клиникой тяжелой степени геморрагии. В комплекс лечения включили антианемические препараты, аскорбиновую кислоту и витамины группы В в известных дозировках. Объем реконструктивного вмешательства заключался в резекции ГЭА. Операция завершена по методу Ру. Показанием послужили локализация язвенного дефекта в зоне приводящей петли и наличие признаков синдрома приводящей петли. Послеоперационный период у этих пациентов протекал гладко. К 6-7 суткам отмечалось повышение содержания гемоглобина в периферической крови. На выполненной в эти же сроки контрастной рентгеноскопии ЖКТ отмечена своевременная порционная эвакуация через анастомоз и продвижение бариевой взвеси по петлям тощей кишки. 7 (38,9%) больных этой группы оперативному вмешательству подвергнуты в экстренном порядке, у 3 в связи с продолжающимся кровотечением, установленном ЭФГС. Им выполнена резекция ГЭА. Вмешательство завершено методикой по Бильрот II. Показанием к срочной реконструктивной операции у 4-х пациентов послужил нестабильный гемостаз и риск рецидива кровотечения из пептической язвы, расположенной в зоне отводящей петли ранее наложенного ГЭА. У 3 пациентов в послеоперационном периоде наблюдались осложнения, в том числе у 2 несостоятельность анастомоза, у 1 ТЭЛА с летальным исходом.

Выводы. 1. Методом выбора реконструктивного оперативного вмешательства при пептической язве ГЭА с локализацией на приводящей петле, осложненной кровотечением, в наших исследованиях являлась методика по Ру. 2. В пред- и в послеоперационном периоде обязательным компонентом лечения пептической язвы ГЭА, осложненной кровотечением, должна быть противоязвенная, гемостатическая и антианемическая терапия, коррекция гомеостаза.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗОВ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Туйчиев Б.А.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Тромбоз мезентериальных сосудов на протяжении многих лет остается актуальной проблемой экстренной хирургии. Летальность при данной патологии, по разным данным, превышает 80%.

Цель. Ретроспективное исследование больных с острым тромбозом мезентериальных сосудов, поступивших на лечение в 2010-2015 гг.

Материал и методы. Изучены результаты хирургического лечения 56 больных с острым тромбозом мезентеральных сосудов, из них 44 мужчины и 12 женщин в возрасте от 46 до 76 лет (59,2±12,5 года). 80% пациентов были старше 46 лет, женщин старше 60 лет было 20%.

Ранее перенесли операцию 40 пациентов. Удельный вес больных пожилого и старческого возраста превысил 87%. Тотальное и субтотальное поражение кишечника наблюдалось у 10 (5,6%) больных. Сегментарное поражение наблюдалось у 8 (4,7%) пациентов, у 15 (3,7%) патологический процесс локализовался в бассейне верхней брыжеечной артерии, у 7 (12,6%) в бассейне нижней брыжеечной артерии. Ввиду тяжести состояния не оперированы 5 (100% летальность) больных. У 11 больных при диагностической лапаро-

скопии был выявлен сегментарный тромбоз, принято решение о выполнении резекции кишки. У 7 (63,6%) пациентов с сегментарным поражением выполнена резекция кишки, в том числе резекция тонкой кишки у 4. Летальность после данной операции составила 36,6%. Общая летальность составила 87,3%, общая послеоперационная летальность – 80,5%, при резекции кишки – 54,3%. Летальные исходы в основном были связаны с прогрессированием тромбоза. Всего в 2010-2015 гг. летальность вследствие ОТМС в Ферганском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи составила 39,2% (22 пациента). У умерших больных при поступлении имелась тяжелая сопутствующая патология, в том числе ИБС, нарушения ритма сердца. Среди оперированных больных с тромбозом мезентериальных сосудов релапаротомия выполнена у 2 пациентов, у 1 интраоперационно выявлена несостоятельность швов межкишечных анастомозов, 1 больному наложена одноствольная илеостома. Пациент поступил спустя более 6 суток после начала приступа с послеоперационным парезом кишечника на фоне выраженного спаечного процесса и гиповолемического состоянии. Операция закончилась конверсией на традиционный доступ с лапаротомией с последующей ревизией, санацией и наложением межкишечных анастомозов и искусственных наружных кишечных свищей.

Выводы. 1. Большинство больных (72%) поступают в стационар с запущенной стадией мезентериального тромбоза, когда повлиять на исход заболевания уже невозможно. 2. Основным фактором, позволяющим улучшить результаты лечения данной патологии, нужно считать своевременную диагностику хронической мезентериальной ишемии с назначением соответствующей терапии. 3. Современные методики диагностики позволили диагностировать острый тромбоз мезентериальных сосудов в первые 24 ч у 85,7% больных. Летальность при различных формах резекций составила 27,2%, общая летальность – 39,2%.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЭМБОЛИЗМА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ТРАВМЕ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Туляков Р.П., Эрназаров Х.М., Рузиев О.Н., Кодиров Б.Р., Нуруллаев Д.Я.
Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Сегодня антикоагулянтная терапия при венозных тромбозах включена во многие протоколы лечения этих пациентов. Однако до сих пор не достигнут консенсус в отношении необходимости, сроков, вида препарата, конкретных схем назначения профилактической антикоагулянтной терапии у больных со скелетной травмой.

Согласно последнему официальному Международному консенсусу Международного союза ангиологов и Международного союза флебологов, достигнутого на Европейском Венозном форуме, который проходил на Кипре в 2009 г., назначение НМГ или НФГ рекомендовано всем стационарным больным с факторами риска венозного тромбоза. В то же время в литературе активно обсуждаются вопросы о целесообразности, а также медицинских и экономических преимуществах и недостатках этих двух видов гепаринопрофилактики.

Цель. Уменьшение частоты и тяжести венозного тромбоэмболизма при тяжелой травме опорно-двигательного аппарата путем оптимизации гепаринопрофилактики.

Материал и методы. Нами проведено сравнительное изучение эффективности клексана и гепарина с целью профилактики венозного тромбоэмболизма у больных в раннем периоде скелетной травмы. В исследование включались пациенты отделения травматологии Кашкадарьинского филиала РНЦЭМП с изолированным переломом бедренной кости, руководствуясь следующими соображениями:

1) эти больные, как правило, подвергаются оперативному лечению и длительное время находятся на постельном режиме, вследствие чего значительно возрастает риск развития венозных тромбозов.

2) высокая частота костно-сосудистых повреждений при переломах бедра с высокой вероятностью флеботромбоза.

Критериями отбора больных в группы антикоагулянтной терапии служили возраст старше 40 лет, наличие одного или нескольких общеизвестных факторов риска тромбоэмболических осложнений (ожирение, шок или гиповолемия при поступлении, наличие варикозных вен нижних конечностей, ТЭЛА или ТГВ в анамнезе). С соблюдением принципов репрезентативности в каждую группу были включены по 35 больных.

В день поступления пострадавшим выполняли общий анализ крови и определяли показатели коагулограммы. В последующем проводили ежедневный клинический мониторинг для выявления начальных симптомов флеботромбоза нижних конечностей и ТЭЛА, особое внимание обращая на признаки плохой переносимости клексана или гепарина. Коагулограмму и концентрацию тромбоцитов определяли два раза в неделю в течение всего периода нахождения пациентов в клинике.

Результаты. Известно, что травма тканей (механическая, операционная и т.п.) приводит к повреждению внутреннего слоя сосудистой стенки. Дефект эндотелия может возникнуть и опосредованно вследствие ишемии сосуда из-за его сдавления развивающимся отеком, гематомой, отломками костей и т.п. К этому месту адгезируются тромбоциты, которые затем агрегируются, из места повреждения высвобождаются тромбоксан и тканевой тромбопластин, которые приводят к сдвигу системы гемостаза в сторону гиперкоагуляции, что увеличивает вероятность венозного тромбоэмболизма.

Изучение коагулограммы показало, что профилактическое введение клексана уже через двое суток после начала курса терапии вызывало достоверное удлинение времени свертывания крови на 39,2% и снижение ПТИ на 35,7%, уровня фибриногена А на 44,3% ($p<0,05$). Такая же, но менее отчетливая тенденция наблюдалась у больных, получавших гепарин (эти показатели изменились соответственно на 31,4, 16,96 и 32,95%).

В последующем у больных, получавших гепарин, колебания времени свертывания крови были минимальными, но постепенно снижался уровень фибриногена А, который так и не достиг нормы на 10-й день антикоагулянтной терапии.

При использовании клексана у больных с травмой отмечалось некоторое увеличение времени свертывания крови ($p<0,05$), которое оставалось в допустимых пределах. Концентрация фибриногена А снижалась до нормального уровня на 5-е сутки лечения.

Вывод. Использование в раннем периоде травмы ОДА как гепарина, так и клексана было достаточно эффективным в плане коррекции нарушений системы свертывания крови. Однако клексан имеет некоторые преимущества перед традиционной гепаринотерапией, которые заключаются в более длительном действии препарата, а следовательно, в более постоянной концентрации его в организме. Риск передозировки клексана минимален, что делает необязательным частый контроль свертывающей и антисвертывающей системы крови, поэтому препарат может использоваться для профилактики тромбоэмболических осложнений в острый период травматической болезни и в послеоперационном периоде у больных с переломами ОДА.

АЛГОРИТМ ПРОФИЛАКТИКИ ТЭЛА У БОЛЬНЫХ С ТРАВМАМИ ТАЗА И/ИЛИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Туляков Р.П., Кодиров Б.Р.
Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Цель. Улучшение результатов лечения венозных тромбозов и хирургической профилактики ТЭЛА у больных с травмами таза и/или нижних конечностей**.**

Материал и метод. Под наблюдением были 214 пациентов с механической травмой таза и нижних конечностей, госпитализированных в отделения экстренной травматологии, хирургии сосудов РНЦЭМП. Кроме того, в исследование включены 47 клинически здоровых лиц для оценки частоты носительства мутантных аллелей генов фактора II, V и МТГФР среди здоровой популяции.

Как известно, хирургическое лечение тромбоза глубоких вен нижних конечностей, главным образом, направлено на предотвращение фатальной ТЭЛА. Поэтому наиболее важным, часто жизненным показанием к оперативному лечению является эмболоопасность венозного тромба. Исходя из этого, в нашей клинике с целью профилактики ТЭЛА создан новый алгоритм лечения больных с травмами таза и/или нижних конечностей на госпитальном этапе. Получено положительное решение Патентного ведомства Республики Узбекистан на заявку №DGU 20080162 от 30 августа 2008 г.

Результаты. Согласно этому алгоритму, на первом этапе у больных с травмами таза и/или нижних конечностей выявляли факторы риска посттравматических флеботромбозов: 1) наследственная тромбофилия (χ^2=22,433, df=1, $P \leq 0,001$), которая обнаружена нами у 92,3% больных с состоявшимся флеботромбозом; 2) сроки после получения травмы (в первые 2 месяца, в течение которого поступили 53 (74,6%) больных); 3) сезонность – теплый и жаркий периоды года с мая по сентябрь (только 6 (10,7%) пациентов поступили в клинику зимой), что связано с повышенной потерей влаги и соответственно со сгущением крови при высокой температуре воздуха; 4) групповая принадлежность крови больного (56,3% пациентов имели группу крови А (II)); 5) сопутствующая патология: преобладали артериальная гипертония (38,0%), респираторные заболевания (28,2%) и ожирение (12,7%); 6) возраст старше 40 лет (74,6%).

ЦДС проводилось независимо от выявленных факторов риска. При отсутствии таковых назначалось профилактическое лечение с последующим динамическим ЦДС. Если при обследовании отсутствие признаков тромбоза подтверждалось, профилактическую терапию не прекращали, продолжая в течение всего времени пребывания больного в стационаре.

Уместно отметить, что протокол первичного инструментального обследования больных с подозрением на венозный тромбоз и ТЭЛА включает диагностические мероприятия по верификации последней. К этим методам диагностики относятся ЦДС системы НПВ, РИКГ и АПГ. Первые два способа позволяют непосредственно оценить состояние венозного тромба и его эмболоопасность, а АПГ дает возможность уточнить факт состоявшейся ТЭЛА и оценить ее объем. Положительный результат АПГ у больных с флеботромбозом явился показанием к выполнению хирургической профилактики ТЭЛА с целью предотвращения рецидива тромбоэмболии.

Вывод. Предложенный нами алгоритм профилактики ТЭЛА у больных с травмами таза и/или нижних конечностей на госпитальном этапе позволил повысить эффективность профилактики, ранней диагностики и лечения эмбологенных флеботромбозов.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЮНОШИ С РАНЕНИЕМ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

Туляков Р.П., Кодиров Б.Р., Жураев С.Г., Хушвактов А.И.
Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Несмотря на бурное развитие экстренной медицины, повреждение сосудов шеи остаётся актуальной

проблемой. Большинство таких больных погибают уже на догоспитальным этапе. По данным А.В. Покровского (2014), частота повреждений сосудов шеи в мирное время составляет от 1,4 до 3,8%. На них приходится 11,8% травм сосудов. Более чем в 50% случаев повреждения сосудов являются колото-резаными ранениями, нанесенными острыми бытовыми предметами. По данным А. Пронченко (2010), из 102 пострадавших в мирное и военное время ранения артерий шеи встречались в 8,9% случаев, а ранения сонных артерий – в 2,3%. При этом сочетанный характер ранений был у 42% раненых, что значительно усложняло диагностику данного вида повреждений. По данным Е. Трунина, А. Шабонова (2015), 116 пострадавших с ранениями магистральных сосудов шеи мирного времени составили 18,4% от общего числа всех пострадавших с повреждениями магистральных сосудов.

Случай из практики. Больной К., 16 лет, и/б №16418/1982. Дата поступления: 24.12.2012 г., дата выписки: 04.01.2013 г. Диагноз при поступлении: колото-резаное ранение переднебоковой поверхности шеи справа. Наружное кровотечение. Геморрагический шок тяжёлой степени. Из анамнеза: за 35 минут до поступления больного на территории колледжа, где он учится, произошла драка, в ходе которой он получил ножевое ранение в область шеи от своего сверстника. У больного наблюдалось фонтанное кровотечение из раны, после чего он упал и потерял сознание. В сопровождении куратора на попутной машине с прижатой раной юноша был доставлен в приёмный покой, где осмотрен хирургом и немедленно переведен в операционную.

Объективно: общее состояние больного крайнее тяжелое, сознание в глубокой коме. Видимые кожные покровы и слизистые бледной окраски. В области шеи справа, в проекции «сонного треугольника» определяется колото-резаная рана размером 4,0×2,5 см, затромбированная из-за низкого артериального давления. У больного геморрагический шок IV степени, артериальное давление 40/00 мм рт. ст., на периферических сосудах пульсация не определяется.

Предварительный диагноз: колото-резаная рана переднебоковой поверхности шеи справа. Повреждение сонной артерии. Осл.: наружное кровотечение. Геморрагический шок тяжёлой степени. Больному в экстренном порядке под эндотрахеальным наркозом выполнена ревизия раны переднелатеральной области шеи справа, при которой отмечалось активное артериальное кровотечение. Кровотечение временно остановлено пальцевым прижатием, выделена наружная, внутренняя и общая сонная артерия, наложены сосудистые зажимы. При ревизии раны определяется полный перерыв общей сонной артерии ниже одного см от бифуркации. С помощью нити пролен № 6/0 на общую сонную артерию наложен циркулярный шов. Окончательная остановка кровотечения из раны. Выполнена первичная хирургическая обработка раны. Больной экстубирован через 2 часа после успешного завершения операции, в полном сознании, неврологической симптоматики не наблюдается.

На 2-е сутки больному произведено цветное дуплексное сканирование сосудов шеи на аппарате Sono Scape-5000 (Китай, 2007 г.). На цветном дуплексном сканировании по сонной артерии кровоток магистральный, признаков пристеночного тромбоза и стеноза в зоне анастомоза не выявлено. В неврологическом статусе больного на 2-е сутки после операции на левой руке отмечался легкий монопарез. После консультации невропатолога выставлен диагноз: колото-резаная рана переднебоковой поверхности шеи справа. Повреждение общей сонной артерии. Осл.: наружное кровотечение. Геморрагической шок тяжёлой степени. Острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне средней мозговой артерии. Левосторонний монопарез. Постгеморрагическая анемия. Проведено медикаментозное лечение по следующей схеме: гепарин 5000 Ед 4 раза под кожу живота, Натрий хлор 0,9% 200,0 + L-лизина эсцинат 10,0 в/в 2 раза, реосорбилакт 200,0 в/в капельно, цераксон 1000 мг 4,0 мл в/в, актовегин 10,0 в/в, тиоцетам 10,0 в/в, церебролизин 10,0 в/в, клафоран 1,0 г в/м 2 раза в день, метрид 100,0 в/в капельно, диклофенак 3,0 в/м. После проведенной консервативной терапии признаки монопареза исчезли.

На 12-е сутки больной выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. Рекомендована следующая схема лечения: тромбопол 75 мг по 1 таб. 1 раз в течение месяца, венебрал по 1 таб. 2 раза в течение месяца, вазонит 600 мг по 1 таб. 2 раза в течение месяца, нейромультивит по 1 таб. 3 раза в течение месяца, мелбек 15 мг по 1 таб. 1 раз 10 дней. Гель контратубекс 2-3 раза в день на послеоперационную рану.

Рекомендации:

– остановка наружного кровотечения из раны шеи до начала оперативного вмешательства и в ходе выделения места повреждения сосуда проводится путём пальцевого прижатия сосуда на протяжении или в ране;

– ревизия раневого канала при подозрении на ранение магистральных артерий II и III зон шеи должна проводиться с использованием широкой коллотомии (от латинского шея) по медиальному краю грудиноключично-сосцевидной мышцы;

– применение нетипичных (через рану или по типу прогрессивного её расширения) доступов приводит к увеличению объёма кровопотери или просмотру повреждений сосудов шеи;

– при наличии повреждений второстепенных сосудов или магистральных вен шеи хирург не должен отказываться от выполнения полноценной ревизии магистральных сосудов в зоне раневого канала вследствие высокой частоты одновременных повреждений магистральных артерий и других сосудистых образований шеи.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ

Турсунов Б.З., Усманов Х.Х., Темиров С.Н., Абдуллаев Ф.Х., Касымов Э.Т.
Центральный госпиталь МВД РУз, Ташкент

Тромбоэмболия легочных артерий (ТЭЛА) продолжает занимать прочное 2-3 место среди причин смертности. Тромбозы глубоких вен нижних конечностей являются основной причиной ТЭЛА, примерно у 1/3 этих больных тромб является эмбологенным. Поэтому важным является раннее выявление эмбологенных венозных тромбозов, что позволит использовать хирургические методы профилактики ТЭЛА, надежность которых доказана многолетним опытом. При массивной ТЭЛА возможности открытой хирургии резко ограничены ввиду тяжести состояния больного и возможностями лечебного учреждения, куда первично обратился пациент.

Материал и методы. За период с 2009 по 2016 год в ЦГ МВД РУз пролечено 154 больных с тромбозами в системе нижней полой вены (НПВ) и 2 – в системе верхней полой вены (ВПВ). Продолжительность от начала тромбоза варьировала от 1 до 5 суток. У 25 больных при поступлении в клинику венозный тромбоз осложнен ТЭЛА различной степени тяжести, причем, у 4 больных ТЭЛА была первой манифестацией острого венозного тромбоза (2 – с тромбозом в системе НПВ и 2 – с тромбозом в системе ВПВ). У 2 больных ТЭЛА наблюдалась после хирургического вмешательства (у одного больного на 7 сутки после нейрохирургической операции, у одной больной на 9 сутки после открытой операции в брюшной полости отмечена субмассивная тромбоэмболия). У 7 больных тромбоз был повторный. По локализации тромбоза: у 56 больных диагностирован тромбоз илиофеморального сегмента (у 23 – флотирующий тромб в НПВ или общей подвздошной вене), у 23 больных – тромбоз подколенно-бедренного венозного сегмента (у 5 – флотирующий тромб поверхностной или общей бедренной вены), у 17 – тромбоз глубоких вен голени, и у двоих больных констатирован тромбоз верхней полой вены и подключичной вены. У 66 больных отмечен восходящий тромбофлебит большой подкожной вены.

Характер тромба (окклюзирующий или флотирующий) устанавливался на основании данных дуплексного сканирования или нижней кавафлебографии. Всем больным с эпизодом ТЭЛА выполнена ангиопульмонография.

Результаты. При нижней кавафлебографии у 12 больных выявлен эмболоопасный флотируюший тромб в НПВ ниже почечных вен, у 11 – общей подвздошной вены. При ангиопульмонографии у 21 больного выявлена тромбоэмболия одной или нескольких сегментарных ветвей легочной артерии, у 3 – эмболия правой и у 1 – левой главной ветви легочной артерии. По экстренным показаниям, для профилактики ТЭЛА или повторной ТЭЛА оперировано 94 больных: 18 больным после выявления флотирующего тромба в НПВ или подвздошной вене, или эпизода ТЭЛА, установлен кава-фильтр в НПВ; 2 больным выполнена тромбэктомия из НПВ и кавапликация, 3 – произведено клипирование НПВ; 5 больным произведена перевязка поверхностной бедренной вены ниже впадения глубокой вены бедра рассасывающей нитью, из них 2 больным после тромбэктомии из общей бедренной вены. 66 больным с восходящим тромбозом БПВ выполнена кроссэктомия (4 – с тромбэктомией из бедренной вены).

4 больным с тромбоэмболией главной ветви легочной артериии произведена катетерная фрагментация тромба с последующим катетерным тромболизисом. Катетерный тромболизис также проведен 2 больным с тромбозом ВПВ и ТЭЛА. Остальные больные получили медикаментозную терапию.

С начала пребывания в стационаре и послеоперационном периоде проводилась антикоагулянтная терапия стандартным или низкомолекулярным гепарином, в последующем больные переводились на таблетированную форму непрямых антикоагулянтов.

Послеоперационных осложнений и летальности не было.

В отдаленном периоде у 1 больного отмечалась эмболия фильтра и тромбоз НПВ с развитием клинической картины синдрома НПВ.

У остальных больных в отдаленном периоде до 2 лет не отмечено случаев повторного тромбоза глубоких вен и тромбоэмболии легочных артерий. Среди больных, перенесших ТЭЛА, только у 2 сохраняется умеренная легочная гипертензия.

Заключение. Оптимальной хирургической тактикой для профилактики тромбоэмболии легочной артерии при илиофеморальных тромбозах с флотирующим тромбом является имплантация кава-фильтров в постоянной или временной позиции в НПВ, при тромбозе подколенно-бедренного венозного сегмента – лигирование ПБВ, что надежно устраняет риск первичной и рецидивной ТЭЛА.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СПОСОБОВ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ СТЕНОЗА СОННЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ЦВЕТОВОМ ДУПЛЕКСНОМ СКАНИРОВАНИИ

Турсунова О.С., Абдуллаев Б.П., Кутлиев У.Х.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Важнейшей задачей цветового дуплексного сканирования (ЦДС) является оценка гемодинамической значимости стеноза и эмболоопасности атеросклеротической бляшки. Правильная оценка выраженности стеноза брахиоцефальных артерий (БЦА) важна для прогноза заболевания и выбора тактики лечения.

Цель. Оптимизация способов оценки степени стеноза сонных артерий при ультразвуковом дуплексном методе исследования.

Материал и методы. ЦДС БЦА было проведено 512 больным с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК), последствиями ОНМК и синдромом Такаясу в возрасте от 35 до 82 лет. На первом этапе проводилось клиническое обследование с учетом неврологического статуса, на втором – КТ головного мозга, на третьем – ультразвуковое дуплексное сканирование магистральных артерий головы (МАГ), а в дальнейшем при выявлении стенозирующего поражения БЦА – МСКТ-ангиография. Ультразвуковое исследование БЦА выполняли на аппарате SONOSCAPE-SSI-5500 с использованием В-режима, режима цветового допплеровского кодирования (ЦДК), режима B-flow и спектрального доплеровского режима. Степень стеноза сонных артерий оценивали следующими способами: 1) измерение степени стеноза в зоне максимального стеноза по отношению к диаметру; 2) измерение степени стеноза в зоне максимального стеноза по отношению к площади; 3) измерение внутреннего диаметра в зоне максимального стеноза; 4) измерение степени стеноза по отношению к диаметру дистального отдела внутренней сонной артерии (ВСА) 5) допплерографически – по выраженности нарушений локальной гемодинамики в зоне стеноза. Полученные данные о степени стеноза сонных артерий методом УЗДС сопоставляли с результатами рентгеноконтрастных ангиографических исследований.

Результаты. Стенозирующий атеросклероз сонных артерий выявлен у 334 (65,4%) больных, стеноз 50-70% – у 117 (22,9%), стеноз более 70% – у 80 (15,7%). Наибольшее совпадение выраженности стеноза сонных артерий обнаружено при определении степени стеноза по отношению к диаметру в зоне максимального стеноза. Если атеросклеротическая бляшка располагалась в области бифуркации или каротидном синусе (в широкой части сосуда), при ЦДС степень стеноза превышала ангиографические данные на 20-25%. В таких случаях обязательным условием было измерение степени стеноза по отношению к диаметру дистального отдела ВСА. При хорошей визуализации внутренних контуров бляшки наиболее предпочтительным является метод измерения внутреннего диаметра в зоне стеноза: уменьшение просвета артерии менее 2 мм во всех случаях указывало на стеноз более 60%. Исследование пре- и постстенотического кровотока в спектральном режиме показало, что увеличение пиковой систолической скорости кровотока в ВСА более 200 м/с или разница скоростей между максимальным сужением просвета сосуда и дистальной частью ВСА, превышающая 2-2,5 раза, соответствует стенозу более 60%. Данный метод имел большое значение при оценке степени стеноза при кальцинированных атеросклеротических бляшках.

Выводы. Наиболее предпочтительным способом оценки степени стеноза методом ЦДС является сочетание двух способов: 1) измерение степени стеноза в зоне максимального стеноза по отношению к диаметру; 2) измерение степени стеноза по отношению к диаметру дистального отдела ВСА. При хорошей визуализации внутренних контуров атеросклеротической бляшки наиболее достоверным является измерение внутреннего диаметра в зоне стеноза. При наличии кальцинированных атеросклеротических бляшек необходимо ориентироваться на изменения допплеровского спектра в зоне стеноза.

ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АРТРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА КОЛЕННОМ СУСТАВЕ

Убайдуллаев Б.С., Хакимов Р.Н., Исмаилов А. Д.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Актуальность. Артроскопические операции на коленном суставе прочно заняли свое место в современной травматологии и ортопедии. Являясь малоинвазивным методом, артроскопические вмешательства предполагают использование минимальных доступов к суставу с целью выполнения объемных операций, таких как менискэктомия, реконструкция крестообразных связок, операции на суставном хряще и т.д. Однако данный метод не лишен недостатков, одними из которых являются венозные тромбоэмболические осложнения сосудов нижних конечностей. Это связано в первую очередь с техникой выполнения операции, а именно, длительным нахождением больного на спине с согнутым коленным суставом, что способствует венозному застою. Кроме того, использование в ходе операции постоянного дренажа физиологического через полость коленного сустава приводит к скоплению определенного количества жидкости в межфасциальном пространстве голени и, как следствие, повышению внутрифасциального давления.

Цель. Анализ эффективности способов профилактики венозных тромбоэмболических осложнений при артроскопических вмешательствах на коленном суставе.

Материал и методы. За период 2014-2015 гг. в отделении травматологии РНЦЭМП выполнено 73 артроскопических вмешательства на коленном суставе. Средний возраст пациентов составил 27 лет. Среди них мужчин – 57, женщин – 16. Всем больным операции выполнялись в экстренном порядке в день обращения в клинику. Во всех случаях показанием к операции служило блокирование коленного сустава, вызванное повреждением мениска, либо наличием хондромного тела в полости сустава. Операции выполнялись под спинномозговой анестезией в положении больного на спине с согнутыми коленными суставами. Средняя длительность операции составила 56 минут. Средний расход физиологического раствора, используемого для ирригации жидкости через коленный сустав, составил 1900 мл. Всем боль-

ным перед операцией выполнялось эластичное бинтование обеих нижних конечностей, которое проводилось до полной активизации больного, а именно, восстановления осевой нагрузки на обе нижние конечности. Снятие бинта с оперируемой конечности проводилось после ее экспозиции в возвышенном положении в течение одной минуты и последующего наложения пневматического жгута в области верхней трети бедра. Сразу после окончания операции вновь проводилось эластичное бинтование поврежденной конечности. Активизация больного, включающая восстановление опороспособности обеих нижних конечностей, осуществлялась на 1-2 день после операции.

Результаты и обсуждение. Результаты были оценены у 69 больных в течение первого месяца после операции. При этом случаев венозных тромбоэмболических осложнений выявлено не было. У 7 больных имело место распространение физиологического раствора в межмышечное пространство верхней трети голени, что привело к формированию отека с индурацией мягких тканей. Судя по всему, это было связано с ирригацией большого количества жидкости, около 3000 мл, через полость коленного сустава. Однако использование эластичного бинта сразу после операции, а также ранняя активизация больного способствовали полному рассасыванию жидкости в межфасциальном пространстве. Таким образом, случаев декомпенсации кровообращения нижних конечностей выявлено не было.

Выводы. Своевременное и правильное выполнение эластического бинтования нижних конечностей, а также ранняя активизация больного, служат эффективным методом профилактики венозных тромбоэмболических осложнений при артроскопических вмешательств на коленном суставе.

ОСТРЫЕ ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЗЫ СИСТЕМЫ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ И ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ С ОНМК (ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙ)

Убайдуллаева В.У., Магрупов Б.А., Вервекина Т.А.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Известно, что острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) в связи с длительной иммобилизацией пациентов и двигательными нарушениями в виде парезов и параличей конечностей сопряжены с развитием таких осложнений, как тромбоз глубоких вен нижних конечностей и тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА).

Материал и методы. Проведен анализ протоколов вскрытий умерших пациентов за 4 года в отделении неотложной неврологии. От ОНМК скончались и были подвергнуты патологоанатомическому вскрытию 396 (70,4%) больных, от других заболеваний, не связанных с нарушением мозгового кровообращения, – 166 (29,6%). ОНМК по ишемическому типу было диагностировано у 153 (38,6%), по геморрагическому типу – у 229 (57,8%), по смешанному типу – у 14 (3,6%) больных.

Результаты. В 42 (10,6%) случаях, у 27 (64,3%) с ишемическим и у 15 (35,7%) с геморрагическим инсультом, на секции был найден острый тромбоз вен нижних конечностей. Размеры очага поражения в головном мозге от 2 до 5 см выявлены в 12 случаях при ОНМК по ишемическому типу и в 8 при ОНМК по геморрагическому типу. Очаг от 5 до 15 см диагностирован в 15 случаях при ОНМК по ишемическому типу, в 7 случаях при ОНМК по геморрагическому типу. У всех больных с диагнозом ОНМК в качестве фонового заболевания фигурировала гипертоническая болезнь. В 22 случаях ишемического инсульта в нижней конечности с коллатеральной стороны от очага поражения в головном мозге (конечность на стороне гемипареза) определялся тромбоз вен. В 5 случаях тромбоз развивался в нижней конечности той же половины тела, где находился и очаг поражения в головном мозге. При геморрагическом инсульте такое соотношение составило 10:5. Причем, лишь у 6 из 42 у больных имела место хроническая патология со стороны венозной системы нижних конечностей – тромбофлебит (3) и варикозная болезнь вен (3), у всех остальных определялся острый тромбоз глубоких вен голени и подколенной вены. У 78,6% (33) тромбоз локализовался изолированно в глубоких венах голени, у 11,9% (5) – в подколенной вене, у 9,5% (4) – в бедрено-подвздошном сегменте венозной системы. У 42 пациентов восходящий тромбоз вен нижних конечностей привел к отрыву тромботических масс с развитием ТЭЛА и инфарктов легких, при этом в возрасте 18 лет был 1 больной, 30-39 лет – 1, 40-49лет – 1, 50-59 лет – 15, 60-69 лет – 8, 70-79 лет – 10, 80-89 – 6. До суток в стационаре находились 7 больных (доставлены в больницу на 3-4 день после развития ОНМК), 1-3 суток – 5, 3-10 суток – 21, более 10 суток – 9.

Таким образом, острый тромбоз нижних конечностей развивался у больных с ОНМК, преимущественно по ишемическому типу с локализацией, в основном, на стороне двигательного дефицита, в системе глубоких вен голени, как правило, при длительных сроках пребывания в стационаре.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕГИОНАРНЫХ АНЕСТЕЗИЙ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Узаков Д.К., Хамраев Т.О., Хакимов А.Б., Сайпиев А.А.
Навоийский филиал РНЦЭМП

Проведение регионарной анестезии при повреждениях магистральных сосудов верхних конечностей способствует малоинвазивности, уменьшению интраоперационного кровотечения и сокращению време-

ни прибытия больного в стационаре. **Целью** нашего исследования являлось путем оптимизации метода регионарной анестезии уменьшить отрицательные последствия в виде кардиодепрессивного и судорожного синдромов.

Материалы и методы. С 2014 по 2016 год в Навоийском филиале РНЦЭМП 21 больному с повреждением магистральных сосудов верхних конечностей проведены различные методы регионарной анестезии. Все больные были разделены на две группы: контрольная (13 больных) и основная (8 больных). Всем больным в контрольной группе проведена передняя межлестничная блокада плечевого сплетения по Meier. Объем местного анестетика 40,0-50,0 мл (1% лидокаин). В основной группе всем больным сочетали одномоментное введение анестетиков на нескольких уровнях конечности, уменьшая объём местного анестетика: передняя межлестничная блокада плечевого сплетения по Meier, объём местного анестетика составил лидокаин 1% – 20,0 мл; далее подключичная блокада плечевого сплетения, объём местного анестетика лидокаин 1% – 20,0 мл и аксиллярная блокада плечевого сплетения, объём местного анестетика, который составил лидокаин 1% – 10,0 мл. Таким образом, получился суммарный объем местного анестетика 40,0-50,0 мл.

У всех больных в качестве адекватности анестезии измеряли сатурацию, ЧСС и артериальное давление.

Результаты исследования показали, что в контрольной группе у 1 больного наблюдался судорожный синдром, который купирован введением препарата диазепам. В 3 случаях наблюдался парез диафрагмального нерва и снижение сатурации (SpO2) до 75-82%, после чего была проведена оксигенотерапия с 100% кислородом. У 6 больных наблюдалась брадикардия (пульс 42-56 ударов в минуту), которая купирована введением атропина сульфата. Во всех случаях артериальное давление составило от 100/60 до 140/90 мм рт. ст. В 4 случаях наблюдался синдром Горнера.

Анализы результатов в основной группе показали, что в одном случае наблюдался синдром Горнера. У 4 больных наблюдалась брадикардия (пульс 51-63 ударов в мин.), которая купирована введением атропина сульфата. Во всех случаях сатурация (SpO2) составила 94-98%, артериальное давление от 110/60 до 130/90 мм.рт.ст.

Таким образом, введение местного анестетика при регионарной анестезии на нескольких уровнях конечности, уменьшает его побочные действия как, кардиодепрессивного, так и судорожного синдромов.

ПАСТКИ КОВАК ВЕНАСИ СИСТЕМАСИДАГИ ЧУҚУР ВЕНАЛАР ҚАЛҚИБ ТУРУВЧИ ТРОМБОЗИДА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Умаров О.М., Сувонов Ж.Н., Усманов Б.С., Махмудов Н.И.
РШТЁИМ Фарғона филиали

Ҳозирги кунда бехосдан ўлим сабабларидан бири ўпка артерияси тромбоэмболияси бўлиб, бош мияда қон айланишни ўткир бузилиши ва миокард инфарктидан кейинги ўринда туради.

Эпидемиологик текширув натижалари бўйича чуқур веналар тромбози ҳар йили тахминан 100000 аҳолига 160 тани ташкил этади, ўпка артерияси тромбоэмболиясидан ўлим кўрсаткичи – ҳар йили 100000 аҳолига 60 тани ташкил этади (Савельёв В.С., 2001; Kassai B.A., 2004).

Текширув мақсади. Пастки ковак вена системасидаги чуқур веналар қалқиб турувчи тромбозида даволаш натижаларини, рационал тактикасини ва оператив даволаш техникасини яхшилаш.

Материал ва усуллар. Бизнинг ишимиз 2011-2015 йилларда РШТЁИМ ФФ қон томир ва микрохирургия жарроҳлик бўлимида даволанган беморлар касаллик тарихлари баённомалари таҳлили асосида қилинди. Бизнинг шифохонага пастки ковак вена системаси тромбози билан келган беморларни УТДГ, ЭКГ, ўпка рентгенографияси ва қон лаборатория таҳлиллари ўтказилганда 27 нафар беморларда вена ичида қалқиб турувчи тромб борлиги аниқланди. Шулардан 22 (81,5%) таси эркаклар, 5 (18,5%) таси аёллар бўлган. Текширилган беморларнинг ўртача ёши 37 да. Умумий ёнбош венаси қалқиб турувчи тромбози 9 (33,3%) беморларда, умумий сон венасида – 3 (11,1%), юзаки сон венасида – 9 (33,3%), тақим ости венасида – 3 (11,1%), болдир чуқур веналарида – 3 (11,1%) беморларда аниқланган.

Олинган натижалар ва уларнинг муҳокамаси: ўпка артерияси тромбоэмболиясини хирургик профилактик мақсадида 27 та касалларга қуйидагича оператив даво ўтказилди. Пастки ковак венасига клипса қўйиш – 9 (33,3%), юзаки сон венасини пликация қилиш – 12 (44,4%), умумий сон венасидан тромбэктомия ва юзаки сон венасини боғлаш – 3 (11,1%), беморларда амалга оширилган. Оператив даводан сўнг ўлим ҳолати кузатилмади.

Хулоса. Юқоридаги натижаларга асосланган ҳолда шуни айтиш мумкинки пастки ковак вена системасидаги чуқур веналарда қалқиб турувчи тромбларни ўз вақтида диагностика қилиб, юқорида кўрсатилган хирургик усуллар билан оператив даволаш, ўпка артерияси тромбоэмболиясини олдини олишда муҳим аҳамиятга эга.

БЕМОРЛАРНИНГ ТАНА ОХИРЛАРИДАГИ ШИКАСТЛАНГАН АРТЕРИЯЛАРИ ТАШРИҲИДАН КЕЙИНГИ ЭРТА АСОРАТЛАР

Умаров О.М., Сувонов Ж.Н., Усмонов Б.С., Исмоилов Ж.Т.
РШТЁИМ Фарғона филиали

Ҳозирги кунда артерия қон томирлари шикастларида хирургик даволашнинг тиббиёт соҳасида ривожланаётгани ва эришилаётган ютуқлар вақтида ҳам оператив даводан сўнги ҳар хил асоратлар тез-тез учрамоқда. Кўп асоратлар операциядан кейинги эрта вақтда кузатиляпти.

Тадқиқот мақсади. Шошилинч операция талаб қиладиган тана охирлари шикастланган артериялар тўлиқ ва нотўлиқ травматик шикастларида ташриҳ олди антибактериал профилактика қўллаш, травматик ва геморрагик шокка қарши чора-тадбирларини амалга ошириш, оператив даволаш вақтида хирургик техникани ошириш.

Материал ва усуллар. Бизнинг ишимиз 2005-2015 йилларда РШТЁИМ Фарғона филиали қон томирлар ва микрохирургия бўлимида даволанган беморлар касаллик тарихлари баённомалари таҳлили асосида қилинди. Беморларда тана охирлари тўлиқ ва нотўлиқ шикастланган артериялари асосан автоавария натижасида, турмушдаги травма ва ўткир жисмлар орқали жароҳат олиши оқибатида келиб чиқади. Бизнинг шифохонага жами 726 нафар бемор мурожаат килган. Оператив даволанган 726 нафар бемордан 61 (8,4%) нафарида турли асоратлар кузатилган. Асорат кузатилган беморларнинг 52(85,2%) нафари эркаклар, 7 (11,5%) нафари аёллар, 2 (3,3%) нафари болалар бўлган. Текширилган беморларнинг ўртача ёши 31 ёш. Травма олган беморларнинг артериал қон томир билан бирга вена томири, нерв тўқимаси, суяк, мускуллар ва бармоқларни букувчи пайлари биргаликда шикасти аниқланган. Беморларнинг 1/3 таси оғир геморрагик ва травматик карахтлик ҳолатида бизга олиб келинган. Беморларга қабул диагностика бўлимининг реанимацион залида жароҳатга босиб турувчи боғлам, сиқиб турувчи резинали боғлам қўйилиб қисқа вақт ичида операция олди тайёргарлик (гемостатик, адекват оғриқсизлантириш, инфузион терапия, антибактериал терапия муолажалари, инструментал ва лаборатор текширувлар) қилиниб керакли мутахассислар томонидан кўрилган ва тавсиялар қилингандан сўнг беморларнинг умумий ҳолати стабиллаштириб оператив муолажа ўтказилган. Беморларда шикастланган артерия охирлари микроскоп остида ишлов берилиб, қон томир деворига мос атравматик иплар ёрдамида атравматик чоклар қўйилган. Шикастланган артерия томирларида етишмовчилик соҳаларга аутовена ёрдамида протезлаш амалиёти микроскоп остида атравматик иплар билан тикилган.

Олинган натижалар ва уларнинг муҳокамаси. Асорат кузатилган 4 (6,5%) нафар беморда аррозив қон кетиш, 27 (44,3%) нафар беморда анастомоз тромбози, 9 (14,8%) нафар беморда гематома, 14 (22,9%) нафар беморда лимфорея, 5 (8,2%) нафар беморда ўткир буйрак етишмовчилиги, 1 (1,6%) нафар беморда ампутация, 1 (1,6%) нафар беморда ўлим кузатилган. Беморларни атравматик ип ёрдамида микроскоп остида микрохирургик чоклар қўйилишига қарамасдан асоратлар кузатилишига сабаб, беморда шифохонага келгунга қадар кўп қон йўқотилиши, операция вақтида эритроцитар масса, янги музлатилган қон зардоби ва инфузион терапия қилинишига қарамасдан беморларни АКБ ностабил туриши ва ташриҳ охирида АҚБ ни 40 мм см.ус. дан пастга тушиб кетгани, йўқотилган қон ўрнини тўлдира олмаслик ҳисобига узоқ вақт АҚБ паст босимда реанимация бўлимида қолишидир. Аррозив қон кетиш, гематома ва анастомозда тромб клиник белгилари аниқланган вақтда тезкорлик билан қайта оператив амалиёт ўтказилиб камчиликлар бартараф этилган, операциядан кейинги давр силлиқ ўтган. Ўткир буйрак етишмовчилиги кузатилган беморларнинг 2 нафарида консерватив даволаниш фонида, 2 нафарида консерватив даво ва ўткир гемодиализ сеанслари олиш билан ҳаётга қайтарилган. 1 нафар беморда ўтказилган консерватив даво ва ўткир гемодиализ сеанслари олишга қарамасдан ўлим ҳолати кузатилган.

Хулоса. Бизнинг ишимизнинг натижаларига асосланган ҳолда шуни айтиш мумкинки операция вақтида микроскоп остида ва бинокуляр лупа остида қон томир пинцетлари ёрдамида шикастланган томир охирларини ушлаб атроф тўқимадан ажратиш, томир деворига мос бульдошкалар ёрдамида ушлаш, эзилган қон томир чегарасини аниқлаш ва соғлом тўқима чегарасидан кесиб олиш, аутовена олиш ва протезлаш амалиётида ювенил даражада ишлаш, операцион жароҳатни электрогемостаз қилиш, операция вақтида гепаринизация қилиш ва даволаниш давомида анастомозда тромб ҳосил бўлишини олдини олиш мақсадида гепаринизацияни давом эттириш орқали асоратларни камайтириш ва даволаш ишларини яхшилаш. Асосий касалликни даволаш натижаларини яхшилашда муҳим аҳамиятга эга.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

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

Несмотря на накопленный опыт по оказанию помощи больным с повреждениями магистральных сосудов конечностей, до настоящего времени не прекращаются дискуссии о тактике хирургического лечения пострадавших, методах гемостаза, профилактике гнойно-некротических и тромботических осложнений (Гаибов А.Д. и др., 1999; Дуданов И.П. и др., 2000; Кохан Е.П., 2002). Повреждения магистральных сосудов нижних конечностей сопровождаются массивным кровотечением и являются угрозой не только потери конечности, но и для жизни пострадавшего.

Цель. Изучение результатов лечения и оптимизация хирургического лечения наиболее сложной группы пострадавших с повреждениями магистральных сосудов нижних конечностей.

Материал и методы. В 2000-2015 гг. в отделении экстренной сосудистой хирургии и микрохирургии ФФ РНЦЭМП на лечении находились 282 больных с повреждениями 342 магистральных сосудов нижних конечностей – артерий и вен. Мужчин было 249 (88,3%), женщин 33 (11,7%). Возраст больных – от 7 до 66 лет, лица трудоспособного возраста составили 73,2%.

Колото-резаные ранения отмечались у 228 (80,9%) пострадавших, рубленые раны – у 25 (8,9%), огнестрельные – у 9 (3,2%), взрывные – у 3 (1,1%), закрытые повреждения – у 14 (5%), ятрогенные травмы – у 3 (1,1%). Изолированные повреждения арте-

рий имели место у 197 (69,8%) пострадавших, вен – у 25 (8,9%), сочетанные повреждения артерий и вен – у 60 (21,3%). Шок II-III степени развился у 210 (74,5%) пациентов. Больные с травматическими ампутациями нижних конечностей в данную группу в силу особенностей тактики оказания помощи не включались.

При определении показаний к восстановительным операциям на сосудах учитывали общее состояние пострадавшего, характер и локализацию травмы, степень ишемии поврежденной конечности, наличие сочетанных повреждений.

Результаты. В экстренном порядке 231 больному проведены операции с наложением анастомоза «конец в конец». Основным условием для его применения было отсутствие натяжения концов сшиваемых сосудов. Боковой шов наложен 63 больным при краевом повреждении сосуда. При возникновении необходимости проведения аутовенозного протезирования (15) или шунтирования (9) магистральных артерий нижних конечностей использовали большую подкожную вену, взятую из зоны операционной раны при неповрежденных глубоких вен, или использовали подкожную вену здоровой конечности. После гидравлического расширения и реверсирования аутовену вшивали в дефект артерии. Тромбэктомию выполнили 22 пациентам при сопутствующем тромбозе поврежденных артерий с помощью катетера Фогарти. Травмированные бедренная и подколенная вены ушивались циркулярным швом по типу «конец в конец». При отсутствии противопоказаний (ЧМТ, внутреннее кровотечение) проводили интраоперационную гепаринизацию.

Лигирующие операции выполнены 18 больным. Причиной перевязки сосудов были крайне тяжелое состояние больного, не позволяющее осуществить реконструктивную операцию, обширное повреждение мягких тканей с большой загрязненностью и вероятностью аррозивного кровотечения. 27 пациентам с высокой степенью ишемии произведены фасциотомии передней и задней групп мышц голени. Ампутацию конечности по первичным показаниям при повреждении магистральных сосудов нижних конечностей выполнили 3 больным. Показаниями к ней явились тяжелые повреждения мягких тканей, ишемическая тотальная контрактура конечности, влажная гангрена.

Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 22 больных. Наиболее серьезными из них – гнойно-септические осложнения, которые были следствием перенесенного пострадавшими тяжелого геморрагического шока, постгеморрагической анемии, нарушенного кровообращения в конечности из-за посттравматического отека выраженного мышечного массива бедра и голени. Восстановление кровообращения в нижней конечности у 4 больных привело к развитию интоксикации, явлениям почечно-печеночной недостаточности. Глубокое нагноение с распространением инфекционного процесса вплоть до сосудистого пучка явилось причиной аррозивного кровотечения у 5 больных. 4 больным в связи с нарастанием явлений интоксикации, анемии, развития гнойно-септических осложнений и аррозивным кровотечением при проходимости сосудистых анастомозов были выполнены вторичные ампутации конечностей. Тромбозы сосудистых анастомозов развились у 9 пострадавших, что потребовало выполнения тромбэктомий. У 2 из них развилась ишемическая гангрена в связи с ретромбозом артерий. Этим пострадавшим также выполнены ампутации конечностей.

Считаем целесообразным реконструктивные сосудистые операции на нижних конечностях при наличии массивных повреждений завершать дренированием ран с налаживанием аспирационно-промывной системы с использованием антисептиков, антибиотиков широкого спектра действия, что способствует профилактике вторичной инфекции. Как показал наш опыт, следует как можно раньше производить иссечение некротизированных тканей, вести активную антибактериальную и иммунокорригирующую терапию.

Умерли 7 больных. Причиной смерти явился тяжелый геморрагический шок у 3 пострадавших, острая почечная недостаточность – у 2, тромбоэмболия ветвей легочной артерии – у 1, панкреонекроз – у 1.

Выводы. Помощь больным с повреждениями магистральных сосудов нижних конечностей должна оказываться в специализированных отделениях сосудистой хирургии. При поступлении пострадавших в непрофильные учреждения необходимо применить меры по остановке кровотечения, проводить реанимационные мероприятия с вызовом сосудистого хирурга на место или быстрейшим переводом пациента в отделение экстренной сосудистой хирургии. Важны своевременная восстановительная операция, борьба с шоком и профилактика гнойно-септических осложнений.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ШЕИ

Умаров О.М., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Ранения сосудов шеи относятся к числу наиболее тяжелых и опасных для жизни повреждений, которые нередко сопровождаются массивным кровотечением (Asensio J.A. et al., 1991; Mandavia D.P. et al., 2000; Леменев В.Л. и др., 2002). Отделение сосудистой хирургии и микрохирургии ФФ РНЦЭМП располагает опытом оказания экстренной ангиохирургической помощи 51 пострадавшему с повреждением магистральных сосудов шеи, что позволяет обобщить наши наблюдения. Все больные – 38 (74,5%) мужчин и 13 (25,5%) женщин в возрасте от 2 до 58 лет – были оперированы в экстренном порядке. 32 (62,7%) пострадавших с ранением сосудов шеи поступили со значительной кровопотерей, у 12 (23,5%) больных было продолжающееся кровотечение.

Характер травм сосудов был следующим: колото-резаные раны – у 39 (76,5%) больных, ушибленно-рва-

ные раны – у 8 (15,7%), тупая травма шеи – у 4 (7,8%) пострадавших.

Отмечались следующие сочетания травм сосудов шеи: повреждение общей сонной артерии и внутренней яремной вены – у 6 больных, наружной сонной артерии, внутренней сонной артерии и внутренней яремной вены – у 5, внутренней сонной артерии – у 4, внутренней сонной артерии и внутренней яремной вены – у 3, наружной сонной артерии – у 8, внутренней яремной вены – у 6, наружной яремной вены – у 12, позвоночной артерии – у 7. Одновременно с травмой сосудов отмечались ранения грудного лимфатического протока, трахеи, пищевода, плечевого нервного сплетения и проникающие ранения в грудную полость.

Сразу после доставки пострадавшего в центр производилось пальцевое прижатие кровоточащего сосуда и обезболивание краев раны. При наличии узких раневых каналов выполнялось тугое тампонирование раневого канала марлевыми салфетками с наложением временных фиксирующих швов. Данная манипуляция позволяла остановить кровотечение в сложной анатомической зоне и обеспечивала возможность проведения последующих лечебно-диагностических мероприятий.

При стабильной гемодинамике, отсутствии продолжающегося кровотечения и дыхательных расстройств больным проводились диагностические мероприятия в реанимационном зале приемно-диагностического отделения. При продолжающемся кровотечении и явлениях геморрагического шока приступали к операции по ревизии раны, восстановлению целостности сосуда или его лигированию, что являлось основным средством противошоковой терапии, наряду с другими методами борьбы с шоком.

Техника операции была следующей: после расширения раны в дистальном и проксимальном направлениях при зияющих ранах сосуда выполнялось пальцевое прижатие последнего, осушение раны, мобилизация артерии или вены, наложение кровоостанавливающих сосудистых зажимов и восстановление проходимости сосуда. При колотых ранах, пульсирующих и нарастающих гематомах вне раневого канала выделялись центральный и дистальный концы сосудов, на которые накладывались кровоостанавливающие сосудистые зажимы и только после этого начинали ревизию раны, восстановление целостности сосуда или его лигирование.

Анастомоз сосудов «конец в конец» выполнен у 29 больных, боковой шов – у 2, аутовенозная заплата наложена 2 пациентам, аутовенозная пластика произведена у 2, лигатурные операции – у 16, у которых лигировалась наружная яремная вена. 3 пострадавшим при сочетанном повреждении сосуда и плечевого нервного сплетения выполнили периневральный шов пучков нервного сплетения, используя оптическое увеличение. У 2 больных, наряду с повреждением сосудов, выявлены внутриплевральные осложнения, потребовавшие выполнения торакоцентеза с дренированием плевральной полости. Все операции завершались вакуумным дренированием.

Умерли 6 (11,8%) больных вследствие тяжелого геморрагического шока и повреждений жизненно важных органов.

Таким образом, для успешного лечения больных с повреждением сосудов шеи необходима своевременная и правильная остановка кровотечения на догоспитальном этапе, адекватное восполнение кровопотери и технически правильно выполненное хирургическое вмешательство.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВАЗАПРОСТАНА У БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЗОМ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Умаров О.М., Усманов Б.С., Султанов А.А., Махмудов Н.И.
Ферганский филиал РНЦЭМП

В последние годы, наряду с хирургическими методами лечения, большое внимание уделяется консервативной терапии острой артериальной непроходимости. Этому способствуют неутешительные результаты оперативных вмешательств. Следует отметить, что многим больным из-за наличия множественного атеросклеротического поражения конечности или тяжелого общего состояния хирургическое лечение противопоказано или неэффективно.

С середины 70-х годов для лечения облитерирующих сосудистых заболеваний (атеросклероз, тромбангиит, эндартериит) стал широко применяться простагландин E_1, являющийся аутогенным биологически активным веществом. Нами обобщен опыт применения вазапростана у больных с острой артериальной непроходимостью конечностей.

Материал и методы. В отделении экстренной сосудистой хирургии ФФ РНЦЭМП за истекший период наблюдались 240 больных с тромбозом магистральных артерий нижних конечностей (ТМАНК) в возрасте от 52 до 84 лет. Мужчин было 214 (89,2%), женщин – 26 (10,8%). Практически у всех больных причиной ТМАНК был облитерирующий атеросклероз.

Клиническая картина ТМАНК характеризовалась появлением боли в конечности (у 80-85% больных). Бледность кожных покровов в начальной стадии сменялась синюшностью с мраморным рисунком и резким снижением кожной температуры. Отсутствие пульса подтверждало диагноз и позволяло определить уровень окклюзии (тромбоза). Дополняла исследование ультразвуковая допплерография.

Всем больным с ТМАНК проводилась базовая терапия, которая состояла из антикоагулянтов (фраксипарин, клексан), реологических растворов (реополиглюкин), пентоксифиллина, активаторов фибринолиза, спазмолитиков, обезболивающих препаратов. 22 (9,2%) пациента на этом фоне получали вазапростан

в дозе 40-60 мкг/сут внутривенно капельно в течение 10 дней.

Эффективность вазапростана оценивали на основании клинического улучшения, на которое указывали симптомы, характеризующие стадии ишемии по классификации острой артериальной недостаточности В.С. Савельева.

При ишемии стадии IБ результат «хорошим» считали, когда исчезали боли в дистальных отделах конечности в конечности; «удовлетворительным» – при незначительном уменьшении болей; «без эффекта» – при отсутствии положительной динамики. При ишемии стадии IIБ «хороший» результат, когда парез конечности переходил к плегии или восстанавливалась чувствительность и движения в конечности; «удовлетворительный» результат – при уменьшении болей; «без эффекта» – при отсутствии положительной динамики.

Как показал анализ полученных результатов, эффективность лечения вазапростаном зависела от стадии исходной ишемии. Наиболее благоприятные результаты отмечались при ишемии I стадии. Следует отметить, что вазапростан не применялся у больных с выраженной сердечно-сосудистой, почечной и печеночной недостаточностью, при быстром прогрессировании ишемии и индивидуальной непереносимости препарата.

Выводы. 1. Применение вазапростана у больных с ТМАНК позволило в 95% случаев сохранить конечность и избежать инвалидизации, быстро купировать болевой синдром в 78%. 2. Эффективность использования вазапростана при лечении ТМАНК зависит от степени исходной стадии ишемии. 3. Терапия вазапростаном не исключает применения «обычной» базисной терапии у больных с ТМАНК. 4. Для длительного сохранения полученных результатов необходимо проведение повторных курсов лечения вазапростаном.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Умаров О.М., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Насритдинов Ж.А.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Клиническая практика последних десятилетий свидетельствует об увеличении количества тромбозов и эмболий магистральных сосудов, а также их тяжелых осложнений. Из-за несвоевременной диагностики или позднего обращения больных в стационар специализированная ангиохирургическая помощь этим больным оказывается несвоевременно.

За 10-летний срок наблюдения в отделении сосудистой хирургии и микрохирургии ФФ РНЦЭМП оперированы 120 больных с острой непроходимостью магистральных артерий верхних конечностей. Женщин было 70 (58,3%), мужчин 50 (41,7%). В возрасте до 40 лет было 19 (15,8%) больных, от 40 до 60 лет – 71 (59,2%), старше 60 лет – 30 (25%). Из исследования исключались больные с острой непроходимостью артерий кисти.

Основными причинами непроходимости магистральных артерий верхних конечностей у 78 (65%) пациентов явилась эмболия артерии, у 42 (35%) – тромбоз артерии. Из фоновых заболеваний у 34 (28,3%%) имела место ИБС, мерцательная аритмия, у 17 (14,2%) – гипертоническая болезнь, у 27 (22,5%) – ревматическое поражение сердца, у 42 (35%) – облитерирующий атеросклероз.

На уровне подключично-подмышечного сегмента острая непроходимость артерий локализовалась у 26 (21,7%) больных, плечевой артерии – у 57 (47,5%), артерии предплечья – у 37 (30,8%).

В первые 6 часов от начала заболевания поступил 51 (42,5%) пациент, от 6 до 12 часов – 42 (35%), спустя сутки и более – 27 (22,5%).

По классификации В.С. Савельева ишемия степени Iа имела место у 16 (13,3%) больных, ишемия степени Iб – у 26 (21,7%), ишемия степени IIа – у 28 (23,3%), ишемия степени IIб – у 21 (17,5%), ишемия степени III а – у 16 (13,3%), ишемия степени IIIб – у 9 (7,5%), степени III в – у 4 (3,3%). Наличие ишемических расстройств в конечности предусматривало безотлагательное оперативное лечение. Противопоказанием к восстановительной операции являлась гангрена конечности, крайне тяжелое общее состояние больного.

Непрямая тромбэмболэктомия выполнена у 95 больных, прямая – у 25, первичная ампутация конечности в связи с поздним поступлением и выраженной ишемической контрактурой – у 6, вторичная ампутация сегмента конечности при отсутствии эффекта от лечения и развития гангрены – у 5. У 33 пациентов, наряду с восстановлением кровотока по магистральной артерии, осуществлена декомпрессионная фасциотомия, у 8 – при фасциотомии вскрывался карпальный канал. Тромбэмболэктомии выполнялись баллонными катетерами Фогарти с использованием оптического увеличения и микрохирургической техники. 5 больным произвели катетеризацию ветви плечевой артерии для длительного введения лекарственных препаратов.

Всем больным назначались антикоагулянты, антиагреганты, спазмолитики, при отсутствии противопоказаний – тромболитики.

Из 120 пациентов с острой артериальной непроходимостью верхних конечностей сохранить конечность удалось у 109. Летальных исходов не было.

Выводы. 1. Острая артериальная непроходимость требует экстренного оперативного вмешательства. 2. Исход лечения во многом зависит от срока поступления больного в специализированное отделение и сроков восстановления кровообращения в конечности. 3. Выполнение первичной ампутации оправдано при развитии явлений тяжелой ишемии в конечности. 4. Выполнение декомпрессионных фасциотомий

способствует спадению отека и улучшению кровообращения. 5. Использование операционной оптики и микрохирургической техники позволяет произвести оптимальное сопоставление краев сосуд, тем самым уменьшить число тромботических осложнений.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ РЕИНФУЗИИ КРОВИ ПРИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ В УСЛОВИЯХ ФИЛИАЛА РНЦЭМП

Умаров О.М., Маманабиев Ю.Т., Махмудов Н.И., Орипов А.С .
Ферганский филиал РНЦЭМП

Проблема реинфузии крови при абдоминальных оперативных вмешательствах после травмы печени и селезенки не теряет своей актуальности. Более того, в ургентной абдоминальной хирургии и гинекологии часто возникают ситуации, связанные с необходимостью коррекции кровопотери (абдоминальная травма, прерывание внематочной беременности, апоплексия яичника).

Цель. Патогенетическое обоснование показаний к гемотрансфузии и реинфузии крови с целью коррекции кислородно-транспортной функции.

Материал и методы. Под наблюдением находились 42 пациента в возрасте от 16 до 60 лет с острой кровопотерей вследствие абдоминальной травмы и прерывания внематочной беременности. Повреждение сосудов брыжейки отмечалось у 5 больных; повреждение селезенки – у 15; гинекологическая патология – у 6; повреждение сосудов печени – у 16.

Проводилась оценка общего состояния гемодинамики (пульс, АД, среднее АД, определение шокового индекса, ЦВД). Показатели центральной гемодинамики (минутный объем сердца, ударный объем сердца) определяли по обычной методике. Общелабораторные исследования крови пациента и крови, излившейся в брюшную полость, включали определение гемоглобина, гематокрита, эритроцитов, лейкоцитов), ферментов крови (АЛТ, АСТ, α-амилаза), показателей электролитного и кислотно-основного состояния. При лабораторных исследованиях использовали общепринятые методики.

Результаты. Реинфузия проведена всем больным. По времени от начала кровотечения до оперативного вмешательства изучался биохимический состав, ферментативная активность, степень гемолиза, коагуляционные свойства крови. При повреждениях сосудов брыжейки, селезенки, прерывании внематочной беременности в связи с увеличением времени пребывания крови в брюшной полости до 12 ч и больше, их гематологические значения превышали показатели венозной крови в 2-3 раза. Кроме того, наблюдался рост показателей уровня гемолиза и калия излившейся в брюшную полость крови. Наши наблюдения свидетельствуют о том, что допустимый уровень гемолиза и калия остается в излившейся крови на протяжении 12 ч, а в отдельных случаях и дольше.

Реинфузия излившейся крови проводилась в количестве до 420,0 мл. После реинфузии биохимические показатели, активность протеолиза и их соотношение в венозной крови по сравнению с исходными не изменились. Это наблюдение говорит об определяющей роли в качественных показателях и пригодности к реинфузии термина «нахождение крови в брюшной полости».

При анализе группы пациентов с повреждениями паренхиматозных органов нами определено, что при повреждениях печени, которые обычно сопровождаются большой кровопотерей, у 5 больных время пребывания крови в брюшной полости превышало 4 ч. При изучении уровня гемоглобина клеточный метаболизм у больных с абдоминальной травмой оценивали по клиническим признакам. Исследования проводили в динамике с момента окончания операции и затем ежедневно до перевода пациента из отделения интенсивной терапии.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что при концентрации гемоглобина в среднем 85 г/л происходит изоволемическая гемодилюция, при этом отсутствует сердечная слабость, а также выраженные нарушения дыхания, что предупреждает развитие молочнокислого ацидоза.

Выводы. 1. Реинфузия у пациентов со сроками от начала кровотечения до оперативного вмешательства менее 4 ч является методом выбора. 2. При выявлении признаков гемолиза излившейся крови, что наиболее часто наблюдается при более длительном нахождении крови в брюшной полости, реинфузия крови нецелесообразна.

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КАВЕРНОМ БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Умирсеригов Б. У.
Республиканский научный центр нейрохирургии

Каверномы (кавернозные ангиомы) ЦНС – одна из форм врожденных сосудистых мальформаций мозга. Принципиально новые диагностические возможности, появившиеся в последние годы, привели к значительному увеличению числа больных с выявленными каверномами, что позволило более детально изучать различные аспекты этого заболевания.

Цель работы. Определение критериев диагностики каверном больших полушарий и выбор оптимальной тактики ведения больных на основании клинико-инструментальных данных.

Материал и методы. Представлены результаты обследования и лечения 80 больных с каверномами больших полушарий за период с 2010 по 2015 г. Комплекс обследования включал КТ, МРТ, АГ и МРТ – АГ, ЭЭГ, гистологическое исследование. 50 больных оперированы, остальные лечились консервативно. Множественные каверномы выявлены у 10% больных, семейные – у 0,7%. Наиболее часто каверномы локализовались в лобной (37,3%) и височной (34,9%) долях

мозга. Их размеры варьировали от нескольких миллиметров до 6-7 см в диаметре. У 76% больных заболевание проявлялось эпиприпадками, у 10% – явными внутричерепными кровоизлияниями, у остальных – течение в виде нарастающего неврологического дефицита, смешанные формы, безсимптомное течение.

Результаты и обсуждение. Самым точным методом диагностики каверном является МРТ. Режим Т2 дает наиболее типичную картину каверномы в виде четко отграниченного от мозга образования с центральной частью гетерогенного гиперинтенсивного сигнала и ободком низкоинтенсивного сигнала по периферии, что отражает гистологическую структуру каверномы и окружающего мозгового вещества. Тем не менее, МРТ не дает возможности поставить диагноз со 100%-ой вероятностью. Каверному следует дифференцировать с опухолью и с АВМ, особенно в остром периоде кровоизлияния. В последнем случае целесообразно проведение АГ. АГ показана также при глубинных каверномах для определения отношения мальформации к крупным артериальным ветвям. В остальных случаях АГ-исследование малоинформативно. У 78% оперованных больных диагноз каверномы подтвержден гистологически. При этом установлено, что преобладают типичные каверномы (73,3%), реже встречаются формы с элементами сохраненных сосудов (21,9%). Наиболее редкий тип – «пролиферативная кавернома» – выявлен у 4,8% больных. У 22% оперированных больных при гистологическом исследовании признаков каверномы в биопсийном материале не обнаружено, определялись лишь фрагменты капсулы гематомы, элементы патологических сосудов. Тем не менее, в этих случаях на основании типичных клинико-рентгенологических данных и характерного вида патологического образования на операции, сохранялся диагноз каверномы. Удаление каверном не представляет сложности. В ряде случаев в ходе операции обнаруживается большое количество мелких сосудов, перекидывающихся с мозга на капсулу каверномы.

Эти сосуды необходимо коагулировать. Вопрос об удалении окружающего каверному мозгового вещества как источника эпиактивности требует дальнейшего обсуждения. Основными задачами при удалении каверном являются избавление больного от эпиприпадков и удаление каверном как потенциального источника кровоизлияния. Послеоперационные наблюдения в сроки от 4 месяцев до 6 лет показали, что положительный эффект в виде исчезновения или уменьшения частоты приступов отмечен у 79% больных. Наилучший эффект получен у больных с коротким эпианамнезом. Все больные после операции продолжали получать антиконвульсанты. К настоящему времени полностью отказаться от противосудорожной терапии удалось у 8 человек. Послеоперационные осложнения в виде появления или нарастания имевшейся до операции очаговой симптоматики отмечены у 10 больных с каверномами, расположенными в функционально важных зонах или глубинных отделах мозга.

Заключение. МРТ является наиболее чувствительным методом диагностики каверном. Окончательный диагноз каверномы может быть поставлен только на основании гистологического исследования. Методом выбора при супратенториальных каверномах следует считать их удаление. Исключение составляют каверномы труднодоступной локализации и каверномы, расположенные в функционально значимых зонах. В этих случаях операция показана лишь при тяжелом течении болезни (резистентные к терапии эпиприпадки, рецидивирующие кровоизлияния, прогрессирующая очаговая симптоматика). После операции больным с эписиндромом необходимо продолжение противосудорожной терапии. Вопрос о снижении дозы или отмене антиконвульсантов следует решать на основании тщательного клинико-электрофизиологического контроля.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

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

Профилактика и лечение послеоперационного тромбоза глубоких вен нижних конечностей (ПТГВНК) имеет большое медицинское и социальное значение. Объясняется это широкой распространенностью данного осложнения и теми последствиями, которые он вызывает. *Основными причинами ПТГВНК в большинстве* случаев является недостаточная гепаринизация перед оперативным вмешательством, повышенное тромбообразование, гиподинамия и психоэмоциональный стресс в послеоперационном периоде, сопутствующая варикозная болезнь. Следует также отметить, что операция является хирургической агрессией для организма, активизирует свертывающую систему крови, а наркоз с использованием миорелаксантов вызывает дилатацию внутримышечных вен, что приводит к замедлению оттока крови из конечностей.

В 2007-2015 гг. в отделении экстренной сосудистой хирургии и микрохирургии ФФ РНЦЭМП на лечении находились 1518 больных с тромбозом глубоких вен нижних конечностей. Мужчин было 733 (48,3%), женщин – 785 (51,7%). В возрасте до 18 лет было 28 (1,8%) больных, от 18 до 39 лет – 513 (33,8%), от 40 до 59 лет – 596 (39,3%), 60 лет и старше – 381 (25,1%). У 776 (51,2%) пациентов отмечался илеофеморальный флеботромбоз, у 742 (48,8%) – тромбоз глубоких вен нижних конечностей.

173 (11,4%) больным ранее были выполнены следующие виды операций: на матке и придатках – у 80 пациентов, остеосинтез костей нижних конечностей – у 42, на органах брюшной полости – у 39, вскрытие гнойных процессов различных локализаций – у 12 больных.

Нами выявлено, что подавляющее количество ПТГВНК развилось в связи с отказом лечащего врача (хирурга или реаниматолога) от предоперационного применения гепаринов или вследствие неправильного подбора схемы и способа его введения во избежание геморрагических последствий. Недостаточно применялись также физические методы профилактики, такие как подъем ножного конца операционного стола или кровати, использование эластичных бинтов или чулок, ранняя активизация в послеоперационном периоде, что способствует ускорению кровотока в глубоких венах нижних конечностей.

Всем больным с ПТГВНК назначался постельный режим в течение 7-8 дней, возвышенное положение, эластичное бинтование, первые трое суток конечность обкладывали холодом, что снижало проявления флебита и уменьшало боли, назначались прямые, а за 2 дня до отмены – непрямые антикоагулянты. При выявлении эмбологенных тромбов подколенной или поверхностной бедренной вены выполняли операции тромбэктомии или лигирования поверхностной бедренной вены, при эмбологенном тромбе наружной подвздошной вены – клипирование нижней полой вены.

У 8 (4,6%) из 173 больных с ПТГВНК отмечались эпизоды тромбоэмболии легочных артерий. Патогенетическая терапия при эмболии мелких ветвей легочной артерии заключалась в струйном внутривенном введении гепаринов для подавления роста и рассасывания тромбов, предупреждения тромбообразования и повторных эпизодов ТЭЛА, при массивной эмболии проводилась тромболитическая терапия стрептокиназой. Умерли 4 (2,3%) пациента. Причиной смерти явилась массивная ТЭЛА с нарастающей правожелудочковой недостаточностью.

Таким образом, оперативные вмешательства в хирургии сопряжены с риском развития тромбоза глубоких вен нижних конечностей и эмболии легочной артерии. Поэтому обязательным условием эффективного лечения больных хирургического профиля должно стать проведение в до- и послеоперационном периоде профилактических мероприятий. Использование гепаринов, ранняя активация пациентов в послеоперационном периоде, лечебная физкультура и профилактическая компрессия нижних конечностей с эластичным бинтом уменьшает риск развития послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ДВУХЭТАПНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ РЕПЛАНТАЦИЯХ КРУПНЫХ СЕГМЕНТОВ КОНЕЧНОСТЕЙ

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

Хирургическое лечение больных с травматическими ампутациями конечностей остается актуальной проблемой несмотря на то, что техника реплантаций сегментов конечностей в настоящее время разработана достаточно подробно. Способы фиксации ампутатов, а именно интрамедуллярный остеосинтез стержнями, штифтами, пластинами и другие методы внутреннего остеосинтеза при травматических ампутациях сегментов конечностей характеризуются рядом существенных недостатков, ограничивающих функциональную реабилитацию.

Цель. Выявление особенности двухэтапного остеосинтеза при реплантациях крупных сегментов конечностей.

Материал и методы. Проанализированы результаты у 43 пациентов с полными и неполными травматическими ампутациями крупных сегментов конечностей, находившихся в отделении экстренной сосудистой хирургии и микрохирургии ФФ РНЦЭМП в 2000-2015 гг. Выполнено 43 реплантации крупных сегментов конечностей. Мужчин было 35 (81,4%), женщин – 8 (18,6%). Возраст пациентов – от 5 до 53 лет. Травма конечностей движущимися механизмами станков получена у 32 (74,4%) больных, тракционное отчленение отмечалось у 6 (14,0%), размозжение и раздавливание тяжелыми предметами – у 2 (4,6%), рельсовая травма – у 3 (7,0%).

Реплантации были выполнены на уровне плеча у 7 (16,3%) больных, предплечья – у 10 (23,3%), кисти – у 9 (20,9%), голени – у 10 (23,3%), стопы – у 7 (16,2%).

При реплантациях конечностей мы применяли двухэтапный остеосинтез: предварительный и окончательный. При минимальных сроках ишемии ампутата производили интрамедуллярный остеосинтез спицами или штифтами, что занимало 15-20 минут, затем микрохирургический этап, в конце операции выполняли второй этап – окончательную фиксацию костей аппаратом Илизарова в режиме компрессии.

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

Результаты реплантаций прослежены у всех больных в сроки до 2-х лет. Приживление сегмента достигнуто у 32 (74,4%) пациентов.

При отсутствии контрактур в суставах и полном сращении костных отломков результаты остеосинтеза

признаны хорошими. Такие результаты отмечались у 10 больных. Удовлетворительные результаты проводимого двухэтапного остеосинтеза отмечались у 18 пострадавших. При этом сохранялись умеренно выраженные контрактуры суставов, не выраженные нейротрофические расстройства. У 4 пациентов выявлены ложные суставы, стойкие постфиксационные и посттравматические контрактуры. Такие результаты остеосинтеза признаны неудовлетворительными.

Тромбоз сосудистых анастомозов у 7 больных, нагноение ран – у 2, технические ошибки – у 2 привели к отторжению сегментов.

Таким образом, применение двухэтапного метода остеосинтеза позволило выполнить необходимые этапы реплантации при травматических ампутациях конечностей, обеспечить высокую надежность остеосинтеза, провести визуальный контроль за послеоперационной раной и жизнеспособностью реплантированного сегмента, а также уменьшить число послеоперационных осложнений.

РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ С ОККЛЮЗИЕЙ АРТЕРИЙ КАРОТИДНОГО БАССЕЙНА

Усачев Д.Ю., Лукшин В.А., Пронин И.Н., Шмигельский А.В., Беляев А.Ю., Соснин А.Д., Ахмедов А.Д.
ФГАУ «НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко» Минздрава России

Материал и методы. Выполнено 290 операций по созданию экстра-интракраниальных микрососудистых анастомозом (ЭИКМА) 215 больным с окклюзиями ВСА (207 больных) и СМА (8 больных). Возраст больных колебался от 9 до 72 лет, составив в среднем 52 года.

Диагностический комплекс включал в себя клиническое обследование, комплексное УЗИ сосудов мозга (дуплексное сканирование и ТКДГ с определением цереброваскулярных резервов), СКТ-перфузию или ASL-перфузию головного мозга, различные виды ангиографии. Проводилось детальное тестирование больных нейропсихологом и нейрореабилитологом до операции, на 7 сутки после операции и в ходе катамнестического наблюдения.

В общей сложности наложено 290 микрососудистых анастомозов между ветвями поверхностной височной артерии (теменной – в 244 случаях, лобной – в 46 случаях) и ветвями СМА (в 282 случаях – корковые ветви СМА (М4), 7 случаях – с М3 сегментами, в одном случае – с М2 сегментом). Интраоперационно проводилось исследование локальной церебральной гемодинамики до и после наложения ЭИКМА. Анастомоз накладывался под углом 45 градусов к донорской артерии в проксимальном направлении при крупной донорской артерии и величине максимального объемного кровотока по ней («cut flow») более 25 мл/мин. В остальных случаях анастомоз накладывался в дистальном направлении. Во всех случаях проводилось допплерографическое подтверждение функционирования анастомоза.

48 больным с сочетанным гемодинамически значимым стенозом НСА на стороне окклюзии первым этапом выполнена пластика устья НСА. В 8 случаях первым этапом выполнено подключично-нарушносонное протезирование при окклюзии ОСА и ВСА.

Результаты. У большинства пациентов наблюдался регресс признаков церебральной ишемии в той или иной степени, что подтверждено до- и послеоперационной оценкой неврологического статуса больных по шкале NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale, Adams H.P., Biller J., 1989) – 75%. В 22% наблюдений состояние больных оставалось без изменений. У 5 больных (1,8%) отмечалось нарастание неврологического дефицита по всей видимости вследствие интраоперационной ишемии. Летальность составила 1,2% – скончались двое больных, которым ЭИКМА накладывали в остром периоде ишемического инсульта (инсульт в развитии).

При катамнестическом наблюдении в большинстве случаев отмечено хорошее функционирование ЭИКМА – в 97% случаев. Величина объемного кровотока варьировала от 21 до 125 мл/мин, составив в среднем 38 мл/мин. У 8 больных отмечено тромбирование ЭИКМА (2,7%). У 4 больных (1,3%) в отсроченном периоде развились трофические и некротические изменения кожного лоскута.

РЕКОНСТРУКЦИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА КАК ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Усачев Д.Ю., Лукшин В.А., Шмигельский А.В., Пронин И.Н., Ахмедов А. Д., Беляев А.Ю., Соснин А.Д. , Батищева Е.В.
ФГАУ «НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко» Минздрава России

Материал и методы. Выполнено 1540 хирургических вмешательств у 1351 больного с различными вариантами стенозирующих и окклюзирующих поражений брахиоцефальных артерий. Возраст больных колебался от 5 до 88 лет, составив в среднем 57 лет.

Диагностический комплекс включал в себя клиническое обследование, комплексное УЗИ сосудов мозга (дуплексное сканирование и ТКДГ), электрофизиологическое (ЭЭГ) обследование, различные виды церебральной ангиографии.

Преобладали хирургические вмешательства на сонных артериях – 1044 операции. Различные варианты каротидной эндартерэктомии выполнялись в 859 случаях. Показания к тому или иному виду реконструкции определялись интраоперационно на основании анатомических особенностей области реконструкции и толерантности к временному пережатию ВСА.

Резекции и редрессации ВСА с устранением патологических деформаций признаками дисплазии выполенны в 185 случаях. В целях улучшения коллатерального экстра-интракраниального кровообращения на стороне окклюзированной ВСА в 70 случаях выполнена пластика устья НСА на ипсилатеральной стороне. В 35 случаях выполнялись шунтирующие операции по поводу окклюзий общих сонных артерий. У одного пациента выполено подключично-общесонное протезирование с восстановлением кровотока по ВСА.

В 400 наблюдениях у больных с окклюзиями ВСА и исчерпанными церебро-васкулярными резервами на стороне окклюзии производилось создание экстра-интракраниального микроанастомоза между теменной ветвью поверхностной височной артерии с одной из ветвей средней мозговой артерии. Обсуждаются показания к реконструктивным вмешательствам, оцениваются их критерии эффективности. Реконструктивные вмешательства при стенозирующей патологии в вертебробазилярном артериальном бассейне составили 47 реконструктивных операций. Преобладали реконструктивные вмешательства на первом сегменте позвоночной артерии – 27 наблюдений; подключично-сонное шунтирование – у 10 пациентов; создание анастомоза между затылочной артерией и позвоночной артерией в 3-м сегменте – у 2 больных.

Оперативные вмешательства проводились под общей, регионарной и комбинированной анестезией с использованием интраоперационного нейродинамического мониторинга, а также мультимодального нейромониторинга кровоснабжения, метаболизма и функций головного мозга. Обсуждаются преимущества и недостатки данных методик, показания к их применению.

Результаты. У большинства пациентов наблюдался регресс признаков церебральной ишемии в той или иной степени, что подтверждено до- и послеоперационной оценкой неврологического статуса больных по шкале NIHSS (National Institute of Health Stroke Skale, Adams H.P., Biller J., 1989) – 91%. Ишемические осложнения хирургического лечения наблюдались у 26 пациентов (3,6%), среди них с развитием стойкого неврологического дефицита у 15 больных (2%). Послеоперационный синдром гиперперфузии отмечен у 9 пациентов (0,6%). Общая послеоперационная летальность составила 0,3% (5 больных).

Заключение и вывод. Представлен 15-летний опыт хирургического лечения хронической церебральной ишемии в условиях нейрохирургической клиники. Проанализирован широкий спектр реконструктивных вмешательств на брахиоцефальных артериях с учетом современных возможностей нейрохирургического стационара. Показано, что при наличии регулярного опыта реконструктивных вмешательств на брахиоцефальных артериях, нейрохирурги могут успешно лечить больных с хронической церебральной ишемией, обусловленной стенозирующими и окклюзирующими поражениями магистральных артерий головного мозга.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ТРОМБОЗАМИ БИФУРКАЦИИ АОРТЫ И МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Усманов А.К., Азизов Г.А., Орзибоев У.Б., Косимов У.А., Маматкулов У.Э.
Андижанский филиал РНЦЭМП

В 2005-2015 гг. под нашим наблюдением находились 632 больных с острыми тромбозами магистральных артерий в возрасте от 40 до 70 лет. Мужчин было 387, женщин 245. Причиной тромбоза у 438 больных был атеросклероз, у 123 – аортоартериит, у 71 больного тромбоз возник вследствие травмы сосудов. В первые часы и сутки от начала заболевания поступили лишь 27% больных. 73% пострадавших госпитализированы в сроки одни сутки и позже. Ишемия I-II ст. при поступлении отмечалась у 28% пациентов, IIб-IIIа – у 2%. У 65% больных острый тромбоз локализовался в бедренно-подколенном, у 35% – в подвздошно-бедренном сегменте.

При тромбозе артерий голени мы применяли в основном консервативное лечение, которое заключалось в назначении прямых и переводе их на 4-5-е сутки на непрямые антикоагулянты, препаратов, улучшающих реологию крови, антиагрегантов. Кроме того, больные получали сосудорасширяющие средства и неспецифические противовоспалительные препараты.

Операцией выбора была тромбэктомия катетером Фогарти, выполненная у 523 больных. У 67 больных эта операция сочеталась с эндартерэктомией, у 29 – с профундопластикой. 13 пациентам после тромбэктомии выполнены шунтирующие операции аутовеной или протезом.

В послеоперационном периоде ретромбозы возникли у 52 больных, у 13 наблюдалось кровотечение. У 34 больных прогрессировала ишемия конечности, у 7 имело место нагноение операционной раны, у 5 – лимфорея.

Ретромбэктомия выполнена у 45 больных с прогрессирующей ишемией и гангреной, им произведена ампутация конечности.

В результате ликвидировать угрожающую ишемию и сохранить конечность удалось у 75,8% больных. Ампутация конечности потребовалась 15,7%, летальность составила 6%.

Неудовлетворительные результаты и летальные исходы были связаны с тяжестью ишемии, поздним поступлением больных на лечение и тяжестью сопутствующих заболеваний.

ОСЛОЖНЕНИЯ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ ВЕНЫ И МЕТОДЫ ИХ ЛЕЧЕНИЯ

Усманов Б.С., Насритдинов Ж.А., Исмаилов Ж.Т., Бойматов И.И.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Впервые пункция подключичной вены была осуществлена в 1952 г. Aubaniac. Им была описана методика пункции из подключичного доступа. Wilson и

соавт. в 1962 году применили подключичный доступ для катетеризации подключичной вены (КПВ), а через нее – и верхней полой вены. В настоящее время КПВ – широко используемый сосудистый доступ для инфузионной терапии с целью восстановления объема циркулирующей крови, мониторинга показателей гемодинамики, введения препаратов, парентерального питания и диагностики (Роузен М., 1981; Бунятян А.А., 2007).

Однако имеется немало сообщений об осложнениях при КПВ (Антонов О.С. и др., 1994). Длительное нахождение катетеров нередко сопровождается появлением локальных постинъекционных осложнений, таких как флебит и тромбоз вен (Maki D., 2002; Grüne F. et al., 2004; Frey A.M., 2007; Bravery K., 2008). Наблюдаются и другие осложнения КПВ, например, узлообразование проводников катетеров или их миграция.

За истекший период подкожную клетчатку как осложнение КПВ мы наблюдали у 3 (25%) больных, тромбофлебит – у 4 (33,3%), перекрут и узлообразование проводника катетера вокруг плечеголовной вены у 1 (8,3%), перекрут проводника катетера в подключичной клетчатке с образованием гематомы – у 1 (8,3%), миграцию катетера по подключичной вене – у 2 (16,7%), миграцию катетера в полость сердца – у 1 (8,3%).

Причинами осложнений явились невнимательность при удалении шва, фиксирующего катетер (вместо шва ножницами пересечен катетер), выпадение повязки вокруг катетера, насильственное проведение проводника катетера в период освоения методики и др. При миграции катетера больным проводилось рентгеноконтрастное исследование для верификации диагноза.

Оперативным путем катетеры извлечены у 4 больных. В зависимости от локализации во время операции возникали существенные трудности для проведения полноценной ревизии по катетеру в условиях имбибированных кровью окружающих тканей. При перекруте и узлообразовании проводника вокруг плечеголовной вены для полноценного доступа пришлось резецировать ключицу, в другом случае при ревизии выявлены узлообразование проводника и гематома в позадиключичной рыхлой клетчатке, у 2 больных катетеры извлечены из подключичной вены. У 1 ребенка катетер мигрировал в полость сердца, в связи с чем больной транспортирован в сосудистое отделение РНЦЭМП.

По нашему мнению, должны быть разработаны и внедрены инструктивные положения для всех уровней медперсонала, имеющих отношения в КПВ, а в отделениях регулярно проводиться занятия по уходу за катетерами с обсуждением возможных осложнений. При возникновении осложнений КПВ необходимо привлекать сосудистых хирургов, а при миграции катетеров – применять эндоваскулярные методы их извлечения.

ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМАХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Усманов Б.С., Шерматов И.И., Мамадалиев Г.М.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Одной из основных причин тяжелого состояния больных при открытых и закрытых травмах конечностей может стать острая кровопотеря. К сожалению, на догоспитальном этапе далеко не всегда правильно выполняются мероприятия по оказанию медицинской помощи больным с данного рода повреждениями.

Организация работы скорой медицинской помощи в небольшом по территории, но стратегически важном Дангаринском районе в связи с наличием горной автомагистрали, зависит от преемственности оказания догоспитальной и госпитальной помощи во всех звеньях. Раз в полгода в субфилиале ФФ РНЦЭМП ведущими специалистами района проводятся тренинги-обучения врачей и фельдшеров скорой помощи и приемно-диагностического отделения по оказанию медицинской помощи пострадавшим с травмами конечностей. На основании приобретенного опыта и анализа допущенных ошибок считаем целесообразным обобщить некоторые сведения об особенностях организации экстренной помощи больным с данного рода травмами.

За 10-летний срок наблюдения врачами скорой помощи первая медицинская помощь оказана 3010 больным с открытыми и закрытыми травмами конечностей. Женщин было 946 (31,4%), мужчин – 2064 (68,6%), в том числе детей – 980 (28,4%).

Травмы верхних конечностей отмечались у 1008 пострадавших, нижних конечностей – у 1041, сочетанные травмы – у 488.

Основная задача врача скорой помощи – оказание медицинской помощи пострадавшему в минимально короткие сроки и в достаточном объеме. Врач скорой помощи должен выяснить, какие неотложные мероприятия необходимо выполнить на месте происшествия; нуждается ли больной в транспортировке. При оказании медицинской помощи при наличии у пострадавшего наружного кровотечения его остановка осуществлялась посредством пальцевого прижатия сосуда и наложением на рану стерильного тампона с давящей повязкой. При неэффективности повязки и продолжающемся кровотечении дополнительно применяли кровоостанавливающий жгут. При костных повреждениях иммобилизацию осуществляли шинами Крамера или Дитерихса. Выполняли обезболивание, после чего осуществляли скорейшую транспортировку пострадавшего в лечебно-профилактическое учреждение. По пути транспортировки, если у пострадавшего имелись сочетанные или комбинированные травмы и необходима была помощь смежных специалистов, по телефону связывались с дежурным врачом приемного отделения и передавали необходимую информацию.

Такие тренинги позволили оптимизировать результаты оказания первой медицинской помощи на догоспитальном этапе, улучшить исход полученной травмы, снизить летальность.

Таким образом, проведение тренинг-обучения среди персонала скорой помощи позволяют добиться адекватной остановки кровотечения, правильной иммобилизации, обезболивания и своевременно транспортировать пострадавшего в лечебно-профилактическое учреждение.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ФЛЕБОТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Усманов Б.С., Умаров О.М., Исмаилов Ж.Т.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Флеботромбозы глубоких вен нижних конечностей (ФГВНК) представляют реальную опасность как источник тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) (Савельев В.С. и др., 2001; Кириенко А.И. и др., 2006; Чуриков Д.А. и др., 2006). Летальность при ТЭЛА без патогенетической терапии превышает 40%, при массивном характере достигает 70%, а при своевременно начатом лечении колеблется от 2 до 8% (Torbicki et al., 2008, Diggonet et al., 2007).

При отсутствии тромбоэмболических осложнений (ТЭО) развивающаяся в последующем посттромбофлебитическая болезнь (ПТФБ) значительно снижает качество жизни пациентов. Неудовлетворительные результаты лечения больных с ФГВНК придают данной проблеме большую социальную значимость.

Нами проанализированы результаты диагностики и лечения различных форм ФГВНК у 2162 больных, находившихся в отделении экстренной сосудистой хирургии и микрохирургии ФФРНЦЭМП в 2000-2015 гг. Мужчин было 1140 (52,7%), женщин – 1022 (47,3%). Средний возраст больных 44 года. Флеботромбоз глубоких вен голени и бедра (ФГВГБ) диагностирован у 1115 (51,6%) пациентов, илеофеморальный флеботромбоз (ИФТ) – у 1047 (48,4%).

После физикального обследования больным выполнялись УЗДГ и УЗАС вен нижних конечностей и малого таза, с помощью которых определяли локализацию, протяженность и эмбологенность тромба, а также УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, ЭхоКГ, осмотр кардиолога и гинеколога, определялась коагулограмма.

Выявлено, что ФГВНК у большинства развивался у пациентов с повышенным тромбообразованием (тромбофилии), воспалительными процессами малого таза, вынужденной гиподинамией, варикозной болезнью, беременностью, после операций на органах малого таза и родов, с переломами костей таза и нижних конечностей и др.

В стационаре больным назначался строгий постельный режим в течение 7-10 дней, возвышенное положение и эластичное бинтование конечности, прямые антикоагулянты (клексан, фраксипарин) в сочетании с непрямыми антикоагулянтами (варфарин), тромболитики (ротакиназа). При выявлении флотирующих тромбов глубоких вен голени и поверхностной бедренной вены выполняли лигирование или пликацию бедренной вены под устьем глубокой вены бедра (у 28), тромбэктомию из общей бедренной вены (у 10). При эмбологенном тромбе у 9 больных с ИФТ с целью профилактики ТЭЛА выполнена операция клипирования нижней полой вены. В послеоперационном периоде пациентам назначался холод на конечность, использовался компрессионный трикотаж, средства, улучшающие реологию крови. Все оперированные пациенты выписаны с улучшением. Больным с фиксированным тромбом проводилась эффективная консервативная терапия. При выписке из стационара назначали ношение компрессионного трикотажа, венотоники, непрямые антикоагулянты, УЗАС в динамике.

Эпизоды ТЭЛА отмечены у 64 (3%) пациентов с ФГВНК. При эмболии мелких ветвей легочной артерии проводилось струйное внутривенное введение гепаринов для подавления роста и рассасывания тромбов, при массивной эмболии – тромболитическая терапия ротакиназой.

Несмотря на проводимую терапию, умерли 43 (2%) больных в результате массивной ТЭЛА.

Выводы. 1. Наличие флотирующего тромба является показанием к экстренной операции при ФГВНК. 2. Эпизод ТЭЛА является прямым показанием к лигированию бедренной вены при ТГВГБ или клипированию нижней полой вены при ИФТ. 3. Не менее важную роль играет консервативная терапия ФГВНК, что позволяет улучшить результаты лечения и качество жизни пациентов. 4. Для получения эффективных результатов лечение больных с ФГВНК необходимо проводить в условиях специализированного отделения сосудистой хирургии.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТЫХ СЛОЖНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛЕНИ

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

Открытые тяжелые повреждения нижних конечностей с повреждениями сосудов, нервов, мышечного массива, костей и обширными тканевыми дефектами представляют в настоящее время одну из наиболее значимых медицинских и социальных проблем из-за своей распространенности и частотой неблагоприятных исходов. Благодаря развитию реконструктивной микрохирургии стало возможным сохранение жизнеспособности и восстановления функции конечности больным с данными видами травм.

Цель. Оптимизация методов комплексного восстановительного и органосберегающего лечения больных с открытыми сложными повреждениями голени (ОСПГ) с целью улучшения анатомических и функциональных результатов.

Материал и методы. Нами проведен анализ результатов лечения 75 больных с открытыми ОСПГ, находившихся на лечении в отделении сосудистой хирургии и микрохирургии в последние 15 лет. Мужчин было 57 (76%), женщин – 18 (27%), в том числе детей – 13 (17,3%). 66 (88%) пострадавших были доставлены с явлениями травматического шока со значительной кровопотерей. ОСПГ явились результатом автотранспортных происшествий у 12 (16%) больных, падения тяжести на конечность – у 22 (29,3%), повреждения движущимися частями механизмов – у 34 (45,3%) и ранений острыми предметами – у 7 (9,3%). У 19 (25,3%) из 75 больных с ОСПГ с повреждением сосудов, мышц, костей и тканевыми дефектами наблюдалась неполная травматическая ампутация голени с сохранением узкого кожного лоскута с сухожилием или мышцей без магистрального кровотока. Травма на уровне средней или нижней трети голени получена 10 (52,6%) больными, на уровне голеностопного сустава – 9 (47,4%).

Сразу после доставки пострадавшего в реанимационный зал приемно-диагностического отделения реаниматологом катетеризировалась центральная вена и совместно с ангиохирургом проводились мероприятия по борьбе с травматическим и геморрагическим шоком. При определении показаний к восстановительной операции учитывалось общее состояние больного, характер травмы, длительность ишемии поврежденного сегмента, возраст больного.

Нами принята следующая методика оперативного вмешательства при ОСПГ. При первичной хирургической обработке раны иссекались явно нежизнеспособные ткани и свободно предлежащие, лишенные питания, костные отломки, рана орошалась антисептическим раствором. Вскрывались отслоившиеся кожно-жировые карманы и мышечные футляры. Далее под оптическим увеличением визуализировались сосудисто-нервные пучки. После маркировки анатомических структур приступали к фиксации костей. Остеосинтез чаще выполняли в два этапа: предварительный и окончательный. При минимальных сроках ишемии выполняли интрамедуллярный остеосинтез спицами и штифтами, что занимало не более 30 минут. После восстановления сухожильно-мышечного аппарата, нервов и восстановления кровотока по сосудам выполняли окончательную фиксацию костей аппаратом Илизарова в режиме компрессии. При длительных сроках ишемии производили предварительный временный остеосинтез и микрохирургический этап, а окончательную стабилизацию костей осуществляли аппаратом внешней фиксации через 2-3 недели. У 6 больных выполнен шов капсулы голеностопного сустава, у 3 – его артродез. Сосудистый этап операции выполняли строго под оптическим увеличением. Шов сосудов «конец в конец» выполнен 27 пациентам, боковой шов наложен 12, аутовенозная пластика произведена у 13, лигатурные операции – у 6. После межпучкового шва нервных стволов выделялись хорошо кровоснабжаемые мышцы, с помощью которых укрывалось место анастомоза сосудов и нервов, а также зона фиксации костей. При замещении травматических дефектов покровных тканей определяли жизнеспособность отслоившегося лоскута, производили насечки в бессосудистом русле с последующим обратным подшиванием лоскута (n=27). Операции завершались декомпрессионными фасциотомиями и вакуумным дренированием ран. В послеоперационном периоде выполнялись этапные хирургические обработки до появления грануляционной ткани, затем производилась аутодермопластика (n=52). Реплантацию при неполной травматической ампутации на уровне средней и нижней трети голени выполнили у 9 больных, на уровне голеностопного сустава – у 8.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 22 больных: краевой некроз кожи отмечался у 7, нагноение раны – у 8, аррозивное кровотечение – у 3, тромбоз сосудистых анастомозов – у 4. Ампутацию конечности выполнили 4 (5,3%) больным после развития гнойно-некротических осложнений (ГНО). Приживляемость сегмента голени после реплантации составила 88,2%. Умер 1 (1,3%) больной с ГНО на фоне тяжелого постгеморрагического шока.

Таким образом, внедрение в клиническую практику операционной оптики, совершенствование технических приемов оперативных вмешательств, использование микрохирургических методик при открытых сложных повреждениях голени позволяет уменьшить число послеоперационных осложнений и добиться удовлетворительных результатов лечения.

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ КАРОТИДНО-КАВЕРНОЗНОГО СОУСТЬЯ

Усманов Х.Х., Абдукадиров А.А., Абдуллаев Ф.Х., Исмаилова Д.Б., Поляков Р.Г.
Центральный госпиталь МВД Республики Узбекистан

Актуальность. Каротидно-кавернозное соустье (ККС) представляет собой патологическое сообщение между внутренней сонной артерией (ВСА) с кавернозным синусом (КС). Данная патология наблюдается в основном после черепно-мозговой травмы (ЧМТ) различной степени тяжести. Кроме того, ККС может возникнуть в результате разрыва артериальных аневризм интракавернозной части ВСА.

Наиболее яркими симптомами ККС являются нарушения функций глазодвигательных нервов, наличие «дующего» систолического шума в голове больного и признаки затруднения венозного оттока из орбиты: экзофтальм, хемоз, инъекция сосудов склеры. Вследствие гемодинамических расстройств в орбите и глазном яблоке могут наблюдаться зрительные нарушения вплоть до слепоты. Прогноз ККС неблагоприятен. Спонтанного выздоровления практически не наблюдается. Не оперированные ККС приводят к интракраниальным кровоизлияниям (разрыв КС,

дренирующих вен) и наружным кровотечениям из застойных капилляров век глазного яблока.

При большом объеме шунтирования артериальной крови из сонной артерии в кавернозный синус могут наблюдаться ишемические нарушения головного мозга. Исходя из этого, возникает необходимость экстренной операции при ККС.

Цель исследования. Выявить и предупредить осложнения дооперационных ККС.

Материал и методы. За период с 2008 по 2016 г. в ЦГ МВД РУз было прооперировано 35 больных с ККС. Мужчин было – 25, женщин – 10. Возраст больных варьировал от 7 до 65 лет (средний возраст – составил 36,5±5,1 лет). Всем больным эндоваскулярное разобщение ККС выполнено с помощью микроспиралей. У двух больных (направлены и госпитализированы через 6 и 8 месяцев после начала заболевания) в дооперационный период наблюдались наружные кровотечения из застойных капилляров нижних век глазного яблока). Применение местных гемостатиков не привело к остановке диффузного капиллярного кровотечения из мелких застойных капилляров нижнего века. И только после эндоваскулярного разобщения ККС микроспиралями отмечалась остановка этих кровотечений. Средний период наблюдения в отдаленном периоде составил 2 года (от 4-х до 32-х месяцев).

Результаты. В дооперационный период у больных в результате застоя крови в глазничной вене и капиллярах век глазного яблока могут возникнуть диффузные капиллярные кровотечения, неподдающиеся местным гемостатикам. Только ликвидация основной причины – наличие ККС – приводит к остановке этого грозного осложнения.

Выводы. Своевременное выключение ККС предотвращает такое грозное осложнение, как диффузное кровотечение из вен глазного яблока.

ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ПРИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

Утаев Л.Х., Сайпиев А.С., Хакимов А.Б., Сайпиев А.А.
Навоийский филиал РНЦЭМП

Сочетанные костно-сосудистые повреждения относятся к тяжелым травмам, угрожающим жизни пострадавших и требующим проведения реанимационных мероприятий и оперативных вмешательств. Согласно данным литературы, повреждения магистральных сосудов при открытых переломах костей почти в 35% случаев заканчиваются ампутацией.

В 2005-2015 гг. в отделениях реанимации и сочетанных травм Навоийского филиала РНЦЭМП на стационарном лечении находились 37 пострадавших с сочетанными костно-сосудистыми повреждениями, из них 16 имели изолированные костно-сосудистые повреждения, у 21 костно-сосудистые повреждения сочетались с другими анатомическими повреждениями. В возрасте 15-18 лет было 3 больных, 19-44 лет – 24, 45-59 лет – 7, 60 лет и старше – 3. Причинами получения травмы у 24 пострадавших были дорожно-транспортные происшествия, у 7 падение с высоты (кататравмы), у 3 производственные травмы, у 3 бытовые. 18 больных были доставлены бригадой скорой медицинской помощи с оказанием первой врачебной помощи, 19 пострадавших доставлены попутным транспортом без оказания медицинской помощи. Все пострадавшие были доставлены в стационар в течение одного часа с момента получения травмы. Неотложная медицинская помощь при поступлении заключалась в общем обезболивании, наложении кровоостанавливающего жгута, иммобилизации конечности транспортной шиной и проведении противошоковых мероприятий. У всех пострадавших имел место травматический шок различной степени тяжести, все они были госпитализированы в реанимационное отделение. Открытые переломы проксимальной части бедренной кости и костей таза с повреждением бедренной артерии имели место у 3, открытые переломы дистальной части бедренной кости с повреждением подколенной артерии – у 8, открытые переломы костей голени с повреждением передних и задних большеберцовых артерий и вены – у 10, открытые переломы средней трети плечевой кости с повреждением сосудисто-нервного пучка – у 6, открытые повреждения дистальной части плечевой кости с повреждением бифуркации плечевой артерии – у 5, открытые переломы костей предплечья с повреждением лучевой и локтевой артерий – у 5.

При переломах конечности с повреждением магистральных сосудов последовательность выполнения этапов операций была следующей: остеосинтез – стабилизация костных отломков, восстановление целостности сосудов. При выборе метода хирургического лечения сочетанных повреждений магистральных сосудов предпочтение отдавали одномоментному вмешательству. Одновременно работали две бригады травматологов и ангиохирургов. Сначала мобилизовали поврежденный сосуд, далее выполняли остеосинтез поврежденной кости, после стабилизации перелома восстанавливали целостность магистрального сосуда в обязательном порядке с дренированием раны. 25 пострадавшим восстановление поврежденного сосуда осуществлено наложением сосудистого анастомоза «конец в конец». У 7 больных применено аутовенозное шунтирование. 5 пациентам из-за размозжения мягких тканей и сосудов, а также раздробленного перелома костей выполнена первичная ампутация конечности.

В послеоперационном периоде всем больным назначали антикоагулянты, спазмолитики, антиагреганты, антибиотики по общепринятой схеме, конечность фиксирована гипсовой лонгетой. В раннем послеоперационном периоде (1-3 сут) у 4 больных наблюдался тромбоз на уровне сосудистого анастомоза, что потребовало повторного оперативного

вмешательства. В одном случае из-за массивности тромбоза и критической ишемии конечности процесс закончился ампутацией. В позднем послеоперационном периоде в двух случаях имело место нагноение раны.

Необходимо отметить, что сочетанные костно-сосудистые повреждения являются тяжелыми повреждениями, требующими неотлагательных мероприятий. Своевременное восстановление целостности магистрального сосуда приводит к снижению частоты ампутации конечности.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ

Фаязов А.Д., Камилов У.Р., Туляганов Д.Б., Убайдуллаева В.У., Абдуллаев У.Х., Халилов А.С.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
Ташкентский институт усовершенствования врачей

Ожоги остаются одним из широко распространенных видов травматических поражений. Увеличение потребления различных энергоносителей в промышленности и быту обусловливают рост частоты ожогового травматизма. Несмотря на значительный прогресс, который был достигнут благодаря применению в комплексном лечении тяжелообожженных современных технологий, частота осложнений ожоговой болезни остается достаточно высокой.

Недостаточность органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) выражается токсическим парезом желудка и кишечника, образованием острых эрозий или язв пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, тонкого кишечника. Острые эрозивно-язвенные изменения слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, которые нередко приводят к кровотечениям, занимают одно из ведущих мест в структуре этих осложнений.

По данным многих авторов, острые язвы желудочно-кишечного тракта при патологоанатомических вскрытиях встречаются у 3,5-24,8% умерших тяжелообожженных. При этом наиболее часто острые язвы локализуются в желудке (в антральном отделе) или двенадцатиперстной кишке, реже в пищеводе и тонкой кишке, в единичных случаях – в толстой кишке. Часто язвы бывают множественными как в одном, так и в нескольких отделах желудочно-кишечного тракта.

Существует несколько теорий возникновения острых язв желудочно-кишечного тракта: нервно-рефлекторная, теория прямого поражающего действия термического агента на ЖКТ, теория гемоконцентрации, тромбоэмболическая, токсическая. Общим для всех этих теорий возникновения язв является нарушение кровообращения желудочно-кишечного тракта.

Ишемия и гипоксия слизистой оболочки ЖКТ приводят к появлению очагов некроза, которые подвергаются воздействию пищеварительных ферментов и превращаются в острые язвы. В настоящее время общепризнана роль нарушения микроциркуляции как необходимого условия развития острых язв ЖКТ. Подобный вид нарушений наиболее выражен в периоде ожогового шока. В более поздние периоды основной причиной нарушения микроциркуляции являются изменения, обусловленные септическим течением ожоговой болезни.

В настоящее время одной из актуальных задач комбустиологии, решение которой необходимо для улучшения результатов лечения тяжелообожженных, является внедрение в широкую клиническую практику эндоскопических методов профилактики острых язв ЖКТ и их осложнений.

Результаты фиброгастродуоденоскопических исследований пострадавших с обширными и глубокими термическими поражениями площадью более 10% поверхности тела, получавших лечение в отделе комбустиологии РНЦЭМП МЗ РУз, свидетельствуют о том, что практически у каждого третьего из них имеются той или иной степени выраженности изменения слизистой ЖКТ, в большинстве случаев не проявляющиеся клиническими симптомами.

Опыт лечения 325 тяжелообожженных, находившихся на лечении в отделе комбустиологии в 2008-2015 гг., показывает, что внедрение в повседневную клиническую практику современного эндоскопического оборудования обеспечивает раннюю профилактику и эффективное лечение желудочно-кишечных кровотечений.

Ранние лечебно-диагностические гастродуоденоскопии при кровотечениях из ЖКТ позволяют определить причину осложнения, локализацию источника кровотечения и выбрать дальнейшую тактику лечения, в том числе оперативного. По показаниям производится диатермокоагуляция кровоточащих сосудов, орошение пораженных участков слизистой лекарственными препаратами.

Таким образом, широкое применение фиброэндоскопических методов диагностики и лечения острых эрозивно-язвенных изменений ЖКТ с возможным кровотечением позволяет осуществлять раннюю профилактику и эффективное лечение этого осложнения ожоговой болезни.

ПУТИ СНИЖЕНИЯ КРОВОПОТЕРИ ПРИ НЕКРЭКТОМИИ У ОБОЖЖЕННЫХ

Фаязов А.Д., Камилов У.Р., Ажиниязов Р.С.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В современной клинической комбустиологии теоретические представления и практические рекомендации, отражающие сущность применяемой активной хирургической тактики, обоснованы и окончательно сформулированы. Применение активного хирургического ведения преследует главную цель,

которая заключается в завершении полного закрытия обширных участков глубоких ожоговых ран в максимально короткие сроки до того, как в организме пациентов успевают развиться тяжелые и необратимые изменения.

Анализ работы показывает, что число пациентов, у которых применяется активная хирургическая тактика лечения, невелико и составляет 25-30% от числа обожженных с глубокими ожогами. Основными причинами ограничения использования данной методики ведения пациентов являются тяжесть их состояния, часто обусловленная комбинированной или сочетанной травмой, факторы соматического статуса (пожилой и старческий возраст, наличие сопутствующей патологии).

Немаловажное значение в ограничении показаний к применению активной хирургической тактики имеет травматичность подобных вмешательств, которая сопровождается значительной кровопотерей. Считается, что при проведении ранних некрэктомий кровопотеря составляет 1 мл с 1 $см^2$ очищаемой от некротических тканей поверхности. Если площадь некрэктомии равна 5-10% поверхности тела, то объем интраоперационной кровопотери составляет 750-1000 мл. По мнению некоторых авторов, гиперемия, которая развивается в результате гнойного воспаления, может увеличить кровопотерю в 2-3 раза. Объем кровопотери при проведении некрэктомии в значительной степени зависит от техники ее выполнения.

В отделении комбустиологии РНЦЭМП разработана методика хирургической некрэктомии с применением электротома «Бертольд». Электротом представляет собой классический электрокоагулятор с возможностью работы в режиме электроножа. Операция ранней (на 5-7 сут после травмы) или ранней отсроченной (на 7-9 сут после травмы) некрэктомии производится после полного формирования некротического струпа на участках глубоких ожоговых ран. Иссечение осуществляется на границе некротизированных и здоровых тканей. В процессе эксцизии параллельно выполняется гемостаз путем коагуляции. После очищения раневые поверхности, очищенные от некротических тканей, закрываются временными раневыми покрытиями, под которыми происходит формирование грануляционной ткани. Конечным этапом закрытия раневого дефекта является аутопластическое восстановление целостности кожного покрова.

Опыт оперативного лечения более 450 пострадавших с обширными глубокими ожогами показал, что выполнение хирургической некрэктомии с помощью разработанной нами методики позволяет снизить объем кровопотери при площади очищения от некротических тканей 5-10% поверхности тела до 100-150 мл. Это позволяет значительно расширить показания к проведению и увеличить площадь некрэктомии, что способствует окончательному закрытию раневых дефектов в более ранние сроки после травмы.

Таким образом, применение активной хирургической тактики с использованием электротома «Бертольд» позволяет значительно расширить показания к применению активного хирургического ведения, сократить сроки полного восстановления целостности кожного покрова у пациентов с обширными глубокими ожогами в более ранние сроки после травмы. Это позволяет увеличить число благоприятных исходов среди пострадавших с критическими ожогами.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗРЫВ И РОСТ АНЕВРИЗМ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Хаджибаев А.М., Махкамов К.Э., Махкамов М.К.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Субарахноидальные кровоизлияния (САК) развиваются с частотой 6-19,4 на 100 тыс. населения и составляют примерно 10% от всех сосудистых заболеваний головного мозга. В 51% случаев причиной САК являются артериальные аневризмы (АА).

С внедрением в практику компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) увеличилась выявляемость неразорвавшихся аневризм, параллельно совершенствуются методы хирургического лечения, что позволило улучшить исходы заболевания. Однако, несмотря на совершенствование методов диагностики и лечения аневризм, летальность достигает 67-83%, что связано с риском возможного разрыва или повторного разрыва аневризм, осложняющихся внутримозговыми, внутрижелудочковыми кровоизлияниями с гемотампонадой базальных цистерн, сосудистым спазмом и т.д.

Ранняя диагностика аневризмы и ее хирургическое лечение снижает риск, связанный с ростом, то есть увеличение размеров, приводящих к ее разрыву, что способствует улучшению функциональных исходов и снижению летальности. Известно несколько теорий, объясняющих рост и разрывы АА, однако интерес нейрохирургов и неврологов к данной проблеме не ослабевает.

Цель. Изучение факторов риска роста и разрыва аневризм сосудов головного мозга.

Материал и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 282 больных с 431 внутричерепным АА сосудов головного мозга, находившихся на лечении в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи и в отделении нейрохирургии Центрального госпиталя Университета Хельсинки (Финляндия). Лиц женского пола было 170, мужского 112, возраст от 9 до 87 лет, средний возраст 55,4±12,1 года. При сборе анамнеза заболевания учитывались факторы, которые гипотетически могли привести к разрыву аневризмы (курение, алкоголизм, гипертоническая болезнь и др.). Неврологический осмотр больных проводили стандартными методами. Размеры внутричерепных аневризм измеряли с помощью трехмерной реконструктивной КТ-ангиографии. Осно-

вываясь на результаты трехмерной реконструктивной КТ-ангиографии, при этом оценивались локализация, количество, форма и размеры аневризм. С целью изучения факторов риска САК больные были разделены на две группы: 1-я группа – больные с симптоматикой САК, 2-я группа – без САК.

Результаты. САК имело место у 58,9% больных женского и у 41,1% мужского пола. У 28,8% больных разрыв аневризмы произошел в области бифуркации средней мозговой артерии, у 28,1% в передней соединительной артерии, у 19,2% в области супраклиноидного сегмента внутренней сонной артерии, у остальных 22,7% аневризмы располагались в других сегментах мозговых сосудов. Размеры разорвавшихся аневризм были равны или превышали 7,0±5,3 мм. Анализ независимых факторов, влияющих на рост и разрыв аневризм, показал, что удельный вес «текущих» курящих среди больных с САК составил 84,9% (n=146), т.е. был выше, чем среди больных без САК 38,2% (n=136). Гипертонический анамнез среди больных с САК наблюдался у 5,4%, атеросклероз у 27,3%, что значительно меньше, чем в группе больных без САК (соответственно 10,2 и 41,9%). САК среди больных, употреблявших алкоголь, встречалось у 97,9%, не употреблявших алкоголь у 42,6%.

Выводы. Курение, возраст пациента, размеры и расположение неразорвавшейся внутричерепной аневризмы являются независимыми факторами риска для роста и разрыва аневризм. В то же время женский пол, гипертония в анамнезе, употребление алкоголя могут увеличивать риск разрыва артериальных аневризм сосудов головного мозга со всеми последующими жизненно угрожающими последствиями.

ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО РАСТВОРА В СОЧЕТАНИИ С ГИДРОКСИЭТИЛКРАХМАЛАМИ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ В СОСТОЯНИИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ШОКА

Хайбабанова Е.О., Шарипова В.Х.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Актуальность. Раннее восстановление гемодинамики, достигнутое одновременно с хирургической остановкой кровотечения, минимизирует последствия тканевой ишемии и снижает риск развития «шоковых органов». Адекватная инфузионная терапия является критически важным компонентом лечения в введении больных с политравмой. В то же время, многочисленные исследования показали негативное влияние гидроксиэтилкрахмалов (ГЭК) на свертывающую систему крови. Также показано увеличение частоты развития острого повреждения почек, в том числе требующего заместительной терапии, связанное с использованием ГЭК. Мета-анализы не выявили достоверной разницы в летальности шоковых больных при использовании ГЭК, гипертонических и изотонических растворов. В связи с этими противоречивыми результатами последние годы продолжаются поиски оптимальной стратегии инфузионной терапии.

Цель исследования. Оценить эффективность гипертонического раствора в сочетании с гидроксиэтилкрахмалами у пациентов с политравмой в состоянии геморрагического шока по сравнению с терапией изотоническими растворами в сочетании с гидроксиэтилкрахмалами в рамках интраоперационной интенсивной терапии шока.

Материалы и методы. Нами изучено 78 больных с политравмой в состоянии геморрагического шока II-IV степени, относящихся к 3-4 группам анестезиологического риска по ASA. В 18 случаях (23%) имелась также черепно-мозговая травма. Экстренная предоперационная помощь оказывалась в шоковом зале и включала в себя катетеризацию периферической вены катетером 16-18 G, катетеризацию центральной вены, интубацию трахеи при необходимости и коррекцию гемодинамики до СрАД 60 мм Hg. Далее больные переводились в операционную. Пациенты были разделены на основную (n=34) и контрольную (n=44) группы. В исследования не были включены пациенты с сопутствующими патологиями: застойная сердечная недостаточность, тяжелая патология почек, известная из анамнеза, сахарный диабет. В основной группе терапию шока начинали с применения гипертонического раствора натрия хлорида 10%-3 мл/кг, вводимого болюсно (100 мл/мин), затем инфузию продолжали изотоническими растворами натрия хлорида, Рингера. В контрольной группе терапия шока начиналась с введения изотонических растворов натрия хлорида и Рингера 20 мл/кг. По второй периферической линии в обеих группах проводилась инфузия 5 мл/кг гидроксиэтилкрахмала Волюстим 6% (130/0.4). В экстренном порядке производились индукция в анестезию и начало операции. Далее проводилась оценка гемодинамики, трансфузия компонентов крови по показаниям и продолжение инфузии. Оценивались параметры: частота пульса (Ps), среднее АД, ВСК, почасовой диурез; изучались параметры КЩС: pH, концентрация Na^+ при поступлении в операционную, через 15 и 45 минут от начала интенсивной терапии.

Результаты. Среднее АД при поступлении в операционную составляло 55,4±2,4 мм Hg, ЧСС 124,6±3,2 в мин и статистически не отличалось в обеих группах. В основной группе снижение ЧСС происходило в среднем на 11 минуте, в контрольной группе на 19 минуте от начала терапии ($p<0,05$). Среднее АД 80,4±1,2 было достигнуто в основной группе на 4 минуте, в контрольной на 12 минуте ($p<0,05$). В основной группе в 12% случаев возникала необходимость продолжать инфузию Волюстимом для поддержания нормальных параметров гемодинамики. В контрольной группе такая необходимость возникла у 91% пациента. Таким образом, средняя доза Волюстима в контрольной группе составила 14 мл/кг, что потенциально может оказывать нефротоксический эффект и эффект на коагуляцию. ВСК в основной группе в

среднем составило 4-4.30 мин, в контрольной группе 4.30-5.00 мин. Почасовой диурез в основной группе в первый час составил 50,3±2,1 мл/час, через 6 часов достигал в среднем 1,2±0,018 мл/кг. В контрольной группе в первый час диурез составил 30,5±1,6 мл/час, через 6 часов 0,7±0,016 мл/кг (p<0,05). В контрольной группе в 6 случаях развилось острое повреждение почек по критериям RIFLE, в основной группе – в 1 случае (RR=0,21). После инфузии гипертонического раствора отмечалась преходящая гипернатриемия (Na^+ 150,3±3,8 ммоль/л), в пробе крови на 45 минуте отмечалась концентрация Na в пределах нормы. Исходный уровень pH составил 7,31±0,018 и был сопоставим в обеих группах. В основной группе отмечалась нормализация pH через 15 минут у 64,7% пациентов, в контрольной группе у 40,9% (p<0,05).

Заключение: Применение гипертонического раствора натрия хлорида в терапии геморрагического шока способствует более быстрому восстановлению параметров гемодинамики, тем самым снижая частоту острого повреждения почек, также позволяет снизить общую дозу вводимых коллоидов, снижая неблагоприятный эффект на свертываемость крови и функцию почек, а также оказывая значительный экономический эффект.

ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

Хайитбоев Б.М., Тухтасинов Х.Т., Мадрахимов Л.Н.
Кувинский субфилиал РНЦЭМП

Травматические повреждения в той или иной степени сопряжены с опасностью развития венозных тромбоэмболических повреждений. К клинически установленным факторам высокого риска развития тромбозов глубоких вен относятся множественные травмы, поступление из размозженных травмированных мышц и тканей в кровеносное русло в большом количестве тромбопластических субстанций, нарушение оттока крови из поврежденной конечности вследствие сдавления вен гематомой, замедление кровотока и стаз крови при иммобилизации конечности. Развитию флеботромбоза способствуют также повторные репозиции отломков.

При переломе костей голени тромбоз глубоких вен обусловлен как травмой сосудистой стенки отломками костей, повышением свёртываемости крови в процессе лечения перелома, так и замедлением кровотока по сосудам голени при снижении активности или выключении мышечно-венозной помпы голени. Менее важные факторы – перенесенные ранее тромбозы, ожирение, варикозное расширение подкожных вен нижних конечностей.

Цель. Оценка состояния глубоких вен нижних конечностей у больных с переломами костей голени, которым произведён чрескожный компрессионно-дистракционный остеосинтез по Илизарову.

Материал и методы. Венозное русло нижних конечностей исследовано у 38 пациентов с переломами костей голени на разных этапах лечения. Средний возраст больных 32 года. Мужчин было 27, женщин – 11. Всем больным проводилось стандартное общеклиническое обследование. Лечение переломов костей голени осуществлялось методом внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза по Илизарову.

Из 38 обследованных у 9 обнаружены признаки перенесённого флеботромбоза глубоких вен на повреждённой конечности, в том числе и декомпенсированные варианты болезни.

Выводы. Параллельно с лечением переломов берцовых костей необходимо проводить профилактику тромбоза глубоких вен и развития постфлеботромботической болезни с использованием венотоников, дезагрегантов, антикоагулянтов, препаратов, улучшающих микроциркуляцию, и лечебную физкультуру.

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Хакимов А.Б., Маликов Ю.Р., Хотамов И.Э., Утаев Л.Х.
Навоийский филиал РНЦЭМП

Среди больных с сочетанными травмами повреждения магистральных сосудов занимают особое место в связи с тяжестью повреждений и возникающими осложнениями. Одной из причин смерти пострадавших на месте происшествия или при транспортировке в стационар является несвоевременное и неправильное оказание доврачебной помощи.

Нами изучены результаты хирургического лечения 26 пациентов с повреждениями магистральных сосудов верхних конечностей, находившихся на лечении в отделении хирургии в 2012-2015 гг. 17 (65,4%) из них нуждались в интенсивной предоперационной подготовке и выведении из шока. Анализ путей обращения больных к нам показал, что 6 (23,1%) из них обратились самотёком без оказания первичной медицинской помощи, 6 (23,1%) доставлены по линии скорой медицинской помощи; 14 (53,8%) переправлены из других лечебных учреждений после оказания первой медицинской помощи. 21 (80,7%) пострадавший доставлен в стационар в течение первых 4-х ч после травмы, что в последующем положительно повлияло на результаты лечения.

Первая врачебная помощь была оказана 17 (65,4%) пострадавшим с повреждениями магистральных сосудов в сроки до 2 ч. В 7 (26,9%) случаях в оказании первой врачебной помощи при ранениях сосудов участвовали хирурги центральной районной больницы.

Исход кровотечения вследствие травм и ранений зависит от своевременности и качества оказания медицинской помощи. Нами проанализирована эффективность различных видов временной остановки кровотечения с повреждениями магистральных артерий и вен у пострадавших, поступивших на лечение в Навоийский филиал РНЦЭМП.

При оказании первой помощи остановку кровотечения в основном производили жгутом – 15 (57,7%), в том числе 2 (13,3%) импровизированным. Однако применение кровоостанавливающего жгута во всех случаях приводило к усугублению ишемии тканей пораженной конечности. Кроме того, неправильное использование жгута (наложение венозного жгута вместо артериального) всегда приводило к усилению кровотечения и, как следствие – к дальнейшей кровопотере.

Среди методов остановки наружного кровотечения у 2 (7,7%) пациентов применялась перевязка кровоточащего сосуда на протяжении, у 2 (7,7%) – наложение мягкого зажима, у 5 (19,2%) – давящая повязка или тугая тампонада раны. Наложение зажимов на кровоточащие сосуды проводилось только в операционной. Наложение зажима на сосуд вслепую мы считаем, во-первых, малоэффективным, во-вторых, возникает возможность травматизации как близлежащих нервов, так и самой артерии.

У 2 (7,7%) раненых с повреждением артерий никаких мер, направленных на временную остановку кровотечения, не принималось.

У 3 (12,5%) пострадавших, получивших первую врачебную помощь, наружное кровотечение при последующей доставке к хирургу в той или иной степени продолжалось, что является серьезным дефектом, влияющим на тяжесть состояния больных.

Временный шунт был использован у 1 больного хирургической бригадой лечебного учреждения, куда поступил больной. В качестве временного шунта использовали силиконовую трубку от системы переливания крови. Показанием к его применению врачи данной больницы посчитали повреждение наружной подвздошной артерии в сочетании с переломом костей таза и угрозу развития гангрены конечности. Однако в данном случае до приезда сосудистой бригады наступил тромбоз шунта, что потребовало резекции концов артерии с последующим выполнением аутовенозного протезирования.

Таким образом, несмотря на тяжесть сосудистой травмы, сопровождающейся большим числом осложнений, комплексный подход к решению данной проблемы, четкая организация оказания медицинской помощи на всех этапах позволяют улучшить непосредственные результаты лечения этой категории больных и снизить процент инвалидизации и летальность.

ФОРМИРОВАНИЕ МЕЖКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ОСТРОМ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОМ ТРОМБОЗЕ

Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Тургунов Ш.Ш., Абдуазизов Э.К., Корабоев Б.Б., Касимов Н.А.
Андижанский филиал РНЦЭМП

Хирургическое лечение острого мезентериального тромбоза (ОМТ) остается одной из актуальных проблем современной хирургии. Летальность при этой патологии составляет 54,1-77,4%. Выживаемость пациентов зависит от давности заболевания, однако большинство из них поступают в хирургический стационар с уже развившимся некрозом кишки и перитонитом. Наряду с этим даже после проведения резекции кишки ишемия ее оставшейся части прогрессирует в среднем у каждого второго пациента.

Материал и методы. В 2012-2015 гг. в хирургических отделениях Андижанского филиала РНЦЭМП на лечении находились 37 пациентов с ОМТ в возрасте от 24 до 78 лет, мужчин было 28 (75,7%), женщин 9 (24,3%). У всех пациентов ОМТ возник в бассейне ВБА и в дальнейшем осложнился распространенным перитонитом. 24 (64,9%) пациента уже были оперированы на предыдущем этапе в ЦРБ. У 14 (58,3%) из них операции сопровождались резекцией кишки по поводу ее некроза, в то время как у 10 (41,7%) первичные оперативные вмешательства в районных больницах были выполнены по другим причинам (аппендэктомия, холецистэктомия, ушивание перфоративной язвы желудка, диагностическая лапаротомия). Причинами послеоперационного перитонита у 15 больных явился продолжающийся некроз тонкой кишки, у 7 из них в сочетании с дополнительным некрозом правых отделов ободочной кишки, у 6 – несостоятельность межкишечных анастомозов, у 3 – перфорации кишки. Всем пациентам были выполнены обструктивные резекции кишки с отсроченным межкишечным анастомозированием. Противопоказаниями к наложению первичного межкишечного анастомоза служили отсутствие четкого разграничения между васкуляризированной и некротической частью кишечника, угроза несостоятельности швов анастомоза, распространенность и тяжесть перитонита, нестабильность гемодинамики во время операции.

После уточнения характера, распространенности воспалительного процесса в брюшной полости, причины образования дефекта в стенке тонкой кишки или правой половине ободочной кишки выполняли резекцию пораженного участка тонкой кишки (правостороннюю гемиколэктомию) с формированием культи тонкой кишки или тонкой и ободочной кишки. Заглушенные участки кишки не выводили на переднюю брюшную стенку, а оставляли в брюшной полости. Релапаротомия выполнялась через 48 ч, во время операции оценивалась жизнеспособность кишечника, выраженность перитонита. В случае отсутствия продолжающегося некроза кишечника, уменьшения воспалительных явлений в брюшной полости накладывался отсроченный межкишечный анастомоз (энтеро-энтероанастомоз, энтеро-трансверзоанастомоз) с проведением кишечного зонда за зону анастомоза, и эта санация считалась последней. Если во время релапаротомии имелись продолженные краевые некрозы оставленных культей, прогрессировал некроз в правых отделах ободочной кишки, не происходило улучшение мезентериального кровотока по данным интраоперационного дуплексного сканирования вис-

церальных артерий, не купировался перитонит, производилась дополнительная резекция культи тонкой кишки по уровню границ демаркации, в том числе в сочетании с правосторонней гемиколэктомией при некрозе правых отделов, а наложение межкишечного анастомоза откладывалось еще на 36-48 ч до следующей санации.

Среди поступивших 13 (35,1%) больных с ОМТ не были оперированы в ЦРБ и при госпитализации в наш центр имели клинику распространенного перитонита. У 8 пациентов выполнение дополнительных ангиографических исследований не представлялось возможным из-за тяжести состояния и клинической картины распространенного перитонита. Хирургическая тактика у этих больных включала также выполнение обструктивных резекций кишечника (у 8 – тонкой кишки, у 5 – тонкой и ободочной кишки). Кроме того, резекция пораженной кишки дополнялась реваскуляризацией оставшихся ее отделов с ревизией устья ВБА и тромбэмболэктомией у 2 больных, наложением аорто-мезентериального шунта у 1. Через 36-48 ч при проведении плановых санаций брюшной полости решался вопрос об отсроченном анастомозировании.

Количество санаций у больных с ОМТ варьировало от 1 до 4. В целом из 37 пациентов отсроченный межкишечный анастомоз через 36-48 ч после обструктивной резекции тонкой кишки был наложен у 28 больных, через 48-96 ч – у 7. У 2 пациентов вследствие тяжести состояния была выведена энтеростома. Несмотря на проводимое лечение, умерли 18 больных, общая летальность – 48,6%. Из числа ранее оперированных в ЦРБ с последующим специализированным лечением умерли 14 (58,3%) больных, после первичного оперативного лечения в Центре – 4 (30,8%).

Таким образом, выполнение у больных с ОМТ и некрозом тонкого кишечника обструктивных резекций без наложения анастомоза, особенно на этапе хирургического лечения в ЦРБ, обеспечивает контроль возможного прогрессирования некроза оставшейся части кишки и профилактику несостоятельности соустья. Дальнейшая активная хирургическая тактика с использованием программированных санаций брюшной полости и комбинированного хирургического лечения, включающего дополнительные резекции кишки, тромбэмболэктомию из ВБА, отсроченное межкишечное анастомозирование позволяет наложить анастомоз в условиях уменьшения явлений распространенного перитонита при достаточном кровоснабжении анастомозируемых отделов кишечника.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КОСТНО-СОСУДИСТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Хаджибаев А.М., Хакимов Р.Н., Юлдашев А.А., Убайдуллаев Б.С., Сайдалиев З.Р.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Актуальность. Сочетанные повреждения магистральных сосудов и костей скелета нижних конечностей являются актуальной проблемой современной хирургии. Высокий риск возникновения осложнений и летальных исходов позволяет отнести данную категорию травм к числу тяжелых. Оказание помощи данной категории больных требует одновременного участия травматолога и ангиохирурга, а также наличия всех средств диагностики и лечения. Решение подобных задач возможно лишь в многопрофильных учреждениях, имеющих статус травмоцентра первого уровня, каким является РНЦЭМП.

Цель. Изучение отдаленных результатов лечения костно-сосудистых повреждений нижних конечностей.

Материал и методы. За период 2001-2015 гг. в РНЦЭМП было пролечено 124 больных с сочетанными повреждениями анатомических структур нижних конечностей, из них у 95 (76,6%) диагностирована костно-сосудистая травма. Из числа последних у 23 больных (24,2%) имело место развитие шока II-III степени, обусловленное большим объемом кровопотери, а так же характером перелома. Время от момента получения травмы до поступления в стационар в среднем составило 3 часа. В 49 случаях травмы нижних конечностей были получены в результате ДТП, в 6 случаях в результате кататравмы. В 19 случаях у больных были диагностированы рвано-размозженные повреждения, огнестрельные ранения, полные и неполные травматические ампутации на различных уровнях. Из поступивших больных у 10 пострадавших было выявлено алкогольное опьянение. В 28 (29,4%) случаях травмы нижних конечностей сочетались с черепно-мозговыми травмами, в 5 (5,3%) – с тупыми травмами живота с повреждением внутренних органов, в 6 (6,3%) – с закрытыми травмами грудной клетки, что заметно отягощало состояние пациента.

Из поступивших больных в 83 (87,3%) случаях были проведены восстановительно-реконструктивные операции, включающие последовательные этапы остеосинтеза и реваскуляризации ишемизированной нижней конечности. Наиболее часто выполнялся остеосинтез аппаратом Илизарова (47 случаев). В остальных случаях остеосинтез был выполнен при помощи спиц или стержней (19 и 17 случаев соответственно). Во всех случаях костно-сосудистых повреждений сосудистый этап выполнялся после стабилизации костных отломков. Основным способом восстановления кровотока являлся анастомоз «конец в конец» - 74 (89,1%) случая. При наличии крупного дефекта сосуда и, как следствие, невозможности наложения анастомоза «конец в конец», выполнялось аутовенозное протезирование – 9 (10,8%) случаяев. 12 больным по жизненным показаниям была выполнена первичная ампутация сегмента (тяжелая травма с обширными дефектами мягких тканей и переломами костей).

Результаты и обсуждение. Отдаленные результаты лечения в сроки от 1 года до 3 лет были изучены у 56 больных. Критериями оценки явились восстановление опороспособности поврежденной конечности и движений в смежных суставах, а также восстанов-

ление магистрального кровотока, которое оценивалось на основании клинических и инструментальных методов. Так, в 42 случаях отмечалось полное восстановление функции поврежденной конечности. У 11 больных на фоне полного восстановления опороспособности сохранялось ограничение движений в смежных суставах. В 5 случаях имело место формирование ложного сустава, что потребовало выполнения повторного остеосинтеза. В отдаленном периоде случаев декомпенсации кровообращения не отмечалось, что было подтверждено инструментальными методами исследования (ЦДС). Все случаи повторного тромбоза после восстановления магистральных сосудов с декомпенсацией кровообращения (всего 6) были зафиксированы в течение первого месяца после полученной травмы. Во всех случаях была выполнена ревизия сосуда с удалением тромба.

Выводы. В лечении больных с костно-сосудистой патологией нижних конечностей приоритетом является восстановление магистрального кровотока и опороспособности конечности. Ранний остеосинтез с применением аппаратов наружной фиксации, либо интрамедуллярных стержней и спиц с последующим выполнением реконструктивных операций на сосудах позволяет восстановить функцию поврежденной конечности и добиться хороших результатов в отдаленном периоде травмы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Хамдамов У.Р., Мусоев Т.Я., Халиков Ф., Кенжаев Л.
Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Бухара

Повреждения магистральных кровеносных сосудов относится к числу тяжелых и опасных видов травм. В последние десятилетия в связи с широким проникновением техники во все сферы деятельности человека изменился характер ранений и повреждений сосудов. Все большее место стали занимать множественные и сочетанные травмы. Рост их удельного веса стал причиной увеличения числа повреждений не только магистральных артерий и вен конечностей, но и сосудов шеи, груди, живота и таза, нередко сочетающихся с травмой внутренних органов.

Цель исследования: изучить результаты хирургического лечения травматических повреждений магистральных сосудов.

Материал и методы. В отделении экстренной хирургии и экстренной травматологии Бухарского филиала РНЦЭМП и по линии областной санитарной авиации в субфилиалах за последние 5 лет были оперированы 87 больных с травмой магистральных сосудов. Отмечено значительное превалирование мужчин – 69 (79%). Изолированные резаные раны артерий отмечены у 35 (28%) больных, вены – у 25 (17%), в 27 случаях имело место сочетание травмы артерии, вены, а также нерва.

Наиболее часто наблюдалось повреждение бедренной – 15, плечевой – 10, лучевой – 17, локтевой артерий – 18, артерии голени – 17 наблюдений. В 2 случаях наблюдали повреждение общей сонной артерии. Вопрос об оперативном лечении мы решали в зависимости от общего состояния, степени и продолжительности ишемии, тяжести травматического шока и кровопотери, характера повреждения и, конечно, состояния раны. При ревизии поврежденного участка сосуда применялся боковой шов или циркулярный шов, протезирование аутовеной или синтетическим протезом.

Результаты и обсуждения. Из 87 оперированных больных в 75 случаях удалось выполнить восстановительную операцию. В 3 случаях имело место аррозивное кровотечение в связи с инфекцией в ране. В 2 случаях удалось спасти конечность после атипичного шунтирования, в остальных случаях пришлось выполнить лигатурные операции с последующей ампутацией конечности. Летальность не отмечалась. При повреждении артерии и вены мы считаем обязательным восстановление кровотока по обоим сосудам. Перевязки магистральной вены при восстановленном артериальном кровотоке приводило к развитию, в лучшем случае, посттромботического синдрома, делающего больного инвалидом.

Таким образом, при сочетании переломов костей с травмами сосудов считаем обязательным одномоментное вмешательство на костях и сосудах. Ранняя восстановительная операция и правильная тактика являются залогом спасения не только конечности, но и жизни больного.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ВАП-20 БОЛЬНЫМ С ТРОМБОЗОМ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Хамдамов У.Р. Ходжаев К.Ш., Мурадов Т.Р.
Бухарский филиал РНЦЭМП

В последние годы наряду с хирургическими методами лечения большое внимание уделяется консервативной терапии острой артериальной непроходимости на фоне сахарного диабета. Этому способствуют неутешительные результаты оперативных вмешательств. Следует отметить, что многим больным из-за множественного атеросклеротического поражения конечности или тяжелого общего состояния хирургическое лечение противопоказано или неэффективно.

С середины 70-х годов для лечения облитерирующих сосудистых заболеваний (атеросклероз, тромбоангиит, эндартериит, диабетическая ангиопатия сосудов конечностей) стал широко применяться простагландин Е1, являющийся аутогенным биологическим активным веществом. Нами обобщен опыт применения ВАП-20 (алпростадил) больным с острой артериальной непроходимостью конечностей.

Материал и методы. В отделении экстренной хирургии №1 Бухарского филиала РНЦЭМП за 2010-2015 гг. находились на лечении 47 больных с острым тромбозом магистральных артерий нижних конечностей в возрасте 50-84 лет. Среди них мужчин было 39 (83%), женщин – 8 (17%). Практически во всех случаях причиной острой артериальной непроходимости был облитерирующий атеросклероз.

Клиническая картина тромбоза магистральных артерий нижних конечностей характеризовалась появлением боли в конечности – 85% больных. Бледность кожных покровов в начальной стадии сменялась синюшностью с мраморным рисунком и резким снижением кожной температуры. Отсутствие пульса подтверждало диагноз и позволяло определить уровень окклюзии (тромбоза). Дополняло исследование цветное дуплексное ангиосканирование.

Всем больным проводилась базовая стандартная терапия антикоагулянтами (Гепарин, Клексан), реологическими растворами (Реополиглюкин, Реосорбилакт, Реосорбилон), Пентоксифиллином, активаторами фибринолиза, спазмолитиками, дезагрегантами. У 9 (2%) больных на этом фоне проведено внутривенное капельное введение ВАП-20 в дозе 40-60 мкг/сутки в течение 10 дней.

Эффективность ВАП-20 оценивали по выраженности клинического улучшения, динамике симптомов, характеризующих стадии ишемии по классификации острой артериальной непроходимости В.С. Савельева. При ишемии IБ стадии считали результат «хорошим» когда исчезали боли в дистальных отделах конечности; «удовлетворительным» – при незначительном уменьшении болей; результат «без эффекта» – при отсутствии положительной динамики. При ишемии II(Б) стадии считали результат «хорошим», когда плегия конечности переходила в парез или восстановились чувствительность и движения в конечности; «удовлетворительным» – при уменьшении болей; результат «без эффекта» – при отсутствии положительной динамики.

В результате исследования нами было выяснено, что эффективность лечения ВАП-20 зависела от стадии исходной ишемии. Наиболее благоприятные результаты отмечены при ишемии I стадии. Следует отметить, что ВАП-20 не применялся больным с выраженной сердечно-сосудистой, почечной и печеночной недостаточностью, при быстром прогрессировании ишемии и индивидуальной непереносимости препарата.

Таким образом, применение ВАП-20 больным с тромбозом магистральных артерий нижних конечностей позволило в 95% случаев сохранить конечности и избежать инвалидизации, быстро купировать болевой синдром в 78%. Эффективность использования ВАП-20 при лечении тромбозом магистральных артерий нижних конечностей зависит от исходной стадии ишемии. Консервативная терапия ВАП-20 не исключает применения «обычной» базисной терапии больным с тромбозом магистральных артерий нижних конечностей, а для продления полученных результатов необходимы повторные курсы лечения ВАП-20.

КРОССЭКТОМИЯ КАК ПРОФИЛАКТИКА ТЭЛА ПРИ ОСТРОМ ВОСХОДЯЩЕМ ТРОМБОФЛЕБИТЕ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Ходжаев К.Ш., Хамдамов У.Р., Мурадов Т.Р.
Бухарский филиал РНЦЭМП

Острый восходящий тромбофлебит (ОВТ) поверхностных вен нижних конечностей является распространенным заболеванием и встречается у 10-20% населения, осложняя в 30–55% случаев течение варикозной болезни. Объем оперативного вмешательства должен определяться с учетом локализации, характера распространения тромба и состояния больного. Тактика лечения больных с острым тромбофлебитом поверхностных вен нижних конечностей остается актуальным вопросом и на сегодняшний день, несмотря на множество новых методов лечения.

Цель исследования. Совершенствование тактики лечения больных с ОВТ поверхностных вен нижних конечностей.

Материал и методы. Были проанализированы клинические материалы отделения I экстренной хирургии Бухарского филиала РНЦЭМП за последние 5 лет. В основу работы положен опыт лечения 109 больных, в том числе 74 (67,8%) женщин и 35 (32,2%) мужчин с ОВТ поверхностных вен нижних конечностей, в возрасте от 25 до 78 лет. В большинстве случаев – 83 (76,7%) – ОВТ поверхностных вен нижних конечностей наблюдался у лиц трудоспособного возраста, что указывает на социальное значение данной патологии. У 40 (37%) пациентов ОВТ был справа, у 69 (63%) слева.

Объем обследования пациентов включал в себя физикальное, общеклинические исследования, ультразвуковое дуплексное сканирование вен обеих нижних конечностей, подвздошных вен и нижней полой вены.

Результаты и обсуждения. Больные с ОВТ оперировались в экстренном порядке – в день поступления. Всем больным выполнена экстренная кроссэктомия, т.е. перевязана, пересечена большая подкожная вена и ее основные притоки в месте впадения в глубокие вены бедра. Операции были выполнены под местной анестезией. В послеоперационном периоде проводилась комплексная консервативная терапия: активный режим с первых суток, компрессионная, антикоагулянтная терапия по показаниям согласно риску возникновения тромбоэмболических осложнений, НПВС, флеботропная, дезагрегантная и симптоматическая терапия.

По нашим данным, у пациентов, прооперированных и пролеченных по данной методике, нами не отмечены такие осложнения, как ТЭЛА и другие.

Таким образом, при остром восходящем тромбофлебите необходима неотложная госпитализация в хирургический стационар или отделение сосудистой хирургии. Считаем полностью оправданной активную тактику лечения больных с острым тромбофлебитом поверхностных вен нижних конечностей, что позволяет снизить сроки лечения и реабилитации больных. Необходимо пациентов данной группы рассматривать как экстренных, так как возникает угроза перехода тромбоза на глубокие вены, и оперировать их по экстренным показаниям с активным ведением раннего послеоперационного периода и выпиской их под наблюдение хирургов в поликлинику.

ОСТРЫЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫЙ ТРОМБОЗ И ХРОНИЧЕСКАЯ АБДОМИНАЛЬНАЯ ИШЕМИЯ

Ходжиматов Г.М., Хакимов Д.М., Тургунов Ш.Ш., Ахмедов М.М., Корабоев Б.Б., Касимов Н.А.
Андижанский государственный медицинский институт,
Андижанский филиал РНЦЭМП

Клинические проявления хронической абдоминальной ишемии наблюдаются у 15,5-19% лиц старше 65 лет. В 58-65% случаев нарушения висцерального кровотока проявляются вторичными деструктивными или трофическими изменениями органов пищеварения. При остром мезентериальном тромбозе 47-79% больных имеют атеросклероз аорты и её ветвей, диагностированные только во время операции. Ранняя диагностика патологии мезентериальных сосудов, ещё до развития её осложнений, может оказать существенное влияние на течение острого процесса.

Цель. Определение частоты хронической патологии висцеральных артерий у больных с острой мезентериальной недостаточностью.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 298 больных с синдромом острой и хронической мезентериальной недостаточности, которые находились на амбулаторном наблюдении или получали стационарное лечение в отделениях экстренной хирургии РНЦЭПМ Андижанского филиала в 2000-2015 гг. 1-ю группу составили 156 пациентов с хронической мезентериальной недостаточностью (ХМН), у которых на амбулаторном этапе наблюдения был диагностирован персистирующий абдоминальный болевой синдром с ультразвуковыми и эндоскопическими признаками хронической мезентериальной недостаточности и ангиогенной висцеропатии. В группу сравнения включены 144 больных с острой мезентериальной недостаточностью (ОМН), у которых в анамнезе патология мезентериальных сосудов не выявлена. В ходе исследования проведён сравнительный анализ основных клинических и анамнестических данных, результатов лабораторных, эндоскопических и ультразвуковых методов исследования внутренних органов и висцеральных сосудов. При статистической обработке использовали критерии Манна – Уитни и χ^2, с уровнем значимости менее 5%.

Результаты. Среди больных преобладали женщины – 85,9% с ХМН и 58,3% – с ОМТ ($p<0,05$). Средний возраст пациентов составил 63,5±1,4 (ХМН) и 74,3±0,6 года (ОМН) ($p<0,05$). По данным анамнеза, средняя продолжительность сохранения клиники хронической висцеральной ишемии составила 27,6±2,7 (ХМН) и 36,5±1,4 месяца (ОМН) ($p>0,05$). Сроки госпитализации с момента появления клиникои острой абдоминальной ишемии у больных с ОМН составили 24,5±0,8 ч. При этом 30,6% больных были госпитализированы в первые 6 ч, 25% поступили в первые 7-12 ч, 20,1% – в первые 13-24 ч, 24,3% – спустя более 24 ч от начала заболевания.

После радикальных операций с резекцией ишемизированных и некротизированных участков кишечника летальность составила 59,6%. В то же время при выполнении диагностических операций или симптоматической терапии летальный исход наступил у 61,1% больных, а у 6,2% пациентов отмечали выздоровление. Среди 23 выживших у 5 пациентов, госпитализированных в первые 24 ч от начала заболевания, в ходе диагностических операций были выявлены начальные признаки острой ишемии кишечника. У 4 больных, поступивших позже 24 ч от начала заболевания, диагноз острой мезентериальной недостаточности был установлен по клиническим данным, а консервативная терапия сопровождалась купированием имеющейся симптоматики. При последующем анализе комплексного ультразвукового обследования у всех 23 выживших пациентов имела место клиника острой абдоминальной ишемии на фоне неокклюзионного поражения мезентериальных сосудов, хронического интра- или экстравазального стеноза мезентериальных артерий, пристеночного тромбоза висцеральных сосудов или продолжительного ангиоспазма (при сохранении клиники не более 24 ч).

Сопоставление данных анамнеза у пациентов с клиникой хронической и острой мезентериальной недостаточности выявило их сходство по ряду симптомов. Среди основных клинических проявлений хронической висцеральной ишемии в анамнезе у больных с ОМН отмечался персистирующий абдоминальный болевой синдром (95,8%), диспепсия (79,2%), нарушение моторики кишечника по типу запоров (56,4%), метеоризм (87,5%) и прогрессирующее снижение массы тела (60,4%) ($p>0,05$). Выявление этих симптомов при расспросе больного с острым абдоминальным болевым синдромом должно насторожить врача и определить первичный поиск патологии висцеральных сосудов. Следует отметить, что у пациентов с ОМН имели место такие признаки хронической абдоминальной ишемии, как диффузные изменения печени (72%), поджелудочной железы (76,3%), признаки хро-

нического панкреатита (20,3%) (p>0,05). При ультразвуковой допплерографии атеросклероз аорты и её ветвей при ХМН отмечался у 42,5% обследованных, а среди больных с ОМН – у 80,7% (p<0,05). При эндоскопических исследованиях у больных с ОМН патологию висцеральных сосудов подтверждали наличие язвы антрального отдела желудка (7,7%), атрофический гастрит (67,3%), атрофический колит (43,3%) и гипотонус толстого кишечника (30%) (p>0,05).

Заключение. В клинической практике при наличии острого абдоминального болевого синдрома у пациентов пожилого и старческого возраста важен полноценный сбор анамнеза и выявление наиболее значимых клинических, ультразвуковых и эндоскопических симптомов хронической висцеральной ишемии, наличие которых позволит в первую очередь исключить декомпенсацию хронической мезентериальной недостаточности на ранней стадии неокклюзионного тромбоза висцеральных артерий и начать адекватную антикоагуляционную, тромболитическую и ангиотропную терапию, а при необходимости провести реваскуляризующие операции на брыжеечных артериях в стадии ишемии в ходе совместной работы абдоминального и сосудистого хирурга.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ПИЛОРОДУОНАЛЬНЫМ ЯЗВЕННЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Хожиев Х.М., Туйчиев Б.А.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Диагностика и тактика лечения острых кровотечений из желудочно-кишечного тракта остается одной из самых важных проблем ургентной абдоминальной хирургии, что связано с увеличением числа больных с этим осложнением.

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения больных с острым кровотечением язвенной этиологии.

Материал и методы. В 2010-2015 гг. в ФФ РНЦЭМП на лечении находились 1516 больных с острым кровотечением пилородуоденальной зоны в возрасте от 35 до 54 лет. Большинство больных были мужчины в возрасте старше 38 лет, пациентки-женщины – старше 42 лет. Из общего числа больных с острым кровотечением язвенной этиологии оперированы 155 (9,7%).

Все больные были разделены на две группы. Основную группу составили 1320 (81,2%) пациентов, подвергнутые временному консервативному гемостатическому лечению – 196 (18,8%) больных.

В нашем Центре в ургентном порядке после соответствующих диагностических мероприятий были выполнены лапаротомия и в последующем – иссечение кровоточащих пилородуоденальных язв. Данная группа больных была подана на операционный блок в экстренном порядке после экстренных гастроскопических манипуляций. Больные, подвергнутые временному консервативному гемостатическому лечению в условиях экстренной интенсивной хирургии, в том числе находящиеся в условиях хирургической реанимации: из 155 больных прооперирован 31 (9,7%).

Всего с 2010 по 2015 г. на лечении в Ферганском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи по острым кровотечениям язвенной этиологии летальность составила 16 пациентов (1,05%). Среди умерших больных при поступлении имели место тяжелые сопуствующие патологии, в том числе ИБС. О.С.С.Н., различные нарушения ритма сердца. В послеоперационном периоде у одного больного подозрение на ТЭЛА, при аутопсии данного пациента со стороны органов брюшной полости осложнений не выявлено, всего было выполнено 14 вскрытий.

Вывод. Таким образом, острое пилородуоденальное кровотечение является социально-этнической проблемой, приводящий к временной нетрудоспособности населения. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки – широко распространенная тяжелая патология, имеющая сложные патофизиологические механизмы развития и формирования. Важное место в диагностике и лечении данной патологии в настоящее время занимает экстренная гастроскопия и эндоскопические методы остановки кровотечения (гемостаз). У больных с кровоточащей язвой ДПК по показаниям, из-за неэффективности консервативно-гемостатического лечения, произведено иссечение кровоточающей язвы ДПК с пилоробульбопластикой, в отдельных случаях – первичная резекция желудка, что является радикальным и оптимальным выбором тактики лечении.

Профилактика. Профилактика данной патологии усилена в первичном звене медико-профилактической работы в условиях СВП, СВА и поликлиник.

ЗАКРЫТАЯ АБДОМИНАЛЬНАЯ ТРАВМА: ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ

Холматов К.К., Н.И. Махмудов, Яриев И.А., Низомитдинов А.А.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Введение. В последние годы отмечен рост числа больных с сочетанной травмой, при которой сохраняется высокий уровень летальности (от 25% до 60%) в зависимости от характера повреждений, не имеющей тенденции к снижению.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения повреждений печени и селезенки у больных с закрытой травмой живота (ЗТЖ).

Материал и методы. В исследование включен 331 пациент с повреждениями печени и селезенки при ЗТЖ, проходивших лечение в хирургических стационарах Ферганского филиала РНЦЭМП за период с 2010 по 2015 год. На основании исследования историй болезни неоперированных больных (54 пациента) и прооперированных больных (246 пациентов) с повреждениями печени и селезенки при ЗТЖ были

определены критерии возможности проведения сугубо консервативного лечения. Критериями отказа от операций явились: наличие сознания, стабильная гемодинамика, состояние по шкале APACHE II меньше 10, отсутствие перитонита, степень тяжести повреждения печени и селезенки по шкале OIS меньше 3, гемоперитонеум менее 500 мл, отсутствие коагулопатии.

В группу наблюдения включен 31 пациент, который соответствовал вышеназванным критериям. Этой группе больных проводилось консервативное лечение. Еще раз подчеркнем, что никаких хирургических вмешательств, включая лапароскопию, в этой группе пациентов не выполнялось.

Результаты. В итоге летальность составила 3,2% – 1 пациент, осложнения отмечены у 3 пациентов (9,6%), длительность койко-дня (изолированная травма) – 8.4 ± 2,36 дня. Причиной летального исхода и возникновения осложнений явилась тяжелая черепно-мозговая и скелетная травмы.

Заключение. Проведенное исследование показывает, что предложенная тактика дифференциального подхода позволяет у 15% пациентов, поступающих с закрытой травмой живота и повреждением печени и селезенки по шкале OIS от 1 до 3, избежать ненужных лапаротомий и улучшить результаты лечения.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Хомиджонов И.Б., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Аманкулов З.К.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Острая артериальная непроходимость нижних конечностей опасна, так как развивается за считанные минуты, и коллатерали не успевают включиться в обходной кровоток. Существенную роль играет и возникающий при этом артерио-артериальный рефлекс. Всем этим пациентам должна быть оказана неотложная специализированная помощь.

По данным В.С. Савельева (1985) и А.В. Покровского (1998), тромбозами и эмболиями поражаются бифуркация брюшной аорты и артерий нижних конечностей в 25% случаев.

Несмотря на успешное развитие сосудистой хирургии последних десятилетий, печальная статистика по острой артериальной непроходимости не имеет существенной тенденции к улучшению. По данным ряда авторов, летальность при острой непроходимости терминального отдела брюшной аорты и магистральных артерий нижних конечностей приводит к гибели 26% больных, а количество ампутаций конечностей составляет 13-28%. Основными причинами острой артериальной непроходимости (ОАН) являются эмболии (57%) и острые тромбозы (43%).

В отделении сосудистой хирургии и микрохирургии ФФ РНЦЭМП в 2005-2015 гг. оперированы 270 больных с острой артериальной непроходимостью магистральных артерий нижних конечностей. С эмболией доставлены 150 (55,6%) пациентов, с тромбозами – 120 (44,4%). Локализация эмболов была следующей: терминальный отдел аорты – у 8 (3%) пациентов, подвздошные артерии – у 65 (24,1%), бедренные артерии – у 48 (17,8%), бедренно-подколенный сегмент – у 19 (7,1%), артерии голени – у 10 (3,7%) больных. Локализация тромбов: терминальный отдел аорты – у 4 (1,5%), подвздошные артерии – у 10 (3.7%), бедренные артерии – у 57 (21,1%), бедренно-подколенный сегмент – у 29 (10.8%), артерии голени – у 20 (7,4%). По степени ишемии больные распределялись следующим образом: IБ – у 22 (8,1%), IIА – у 63 (23,3%), IIБ – у 67 (24,8%), IIIА – у 47 (17,4%), IIIБ – у 41 (15,1%), IIIВ – у 30 (11,1%).

Всего выполнено 333 операции, из них первично 270. Характер первично выполненных оперативных пособий: у 111 (41,1%) больных тромбэктомия, у 129 (47,7%) эмболэктомия, у 30 (11,1%) первичная ампутация конечности на уровне верхней или средней трети бедра ввиду запредельной ишемии. У 88 пациентов операцию по восстановлению кровотока дополняли фасциотомией.

Кровоток был восстановлен первичной операцией у 194 (71,8%) пациентов. Повторно оперированы 46 (17,1%) больных с ретромбозом. У 29 больных кровоток удалось восстановить. У 17 пациентов в связи с нарастающей ишемией конечность пришлось ампутировать. Общее число ампутаций – 47 (17,4%).

Умерли 20 больных, летальность после операций составила 7,4%. Основными причинами смерти явились позднее обращение больных с высокой ишемией, осложнившейся почечной и сердечной недостаточностью, наличие сопутствующей тяжелой сердечной патологии, ишемического инсульта и тромбоза мезентеральных сосудов.

Таким образом, своевременное и адекватное оперативное пособие позволяет восстановить кровоток, сохранить конечность и жизнь больного. Несмотря на это, многие пациенты с острой непроходимостью магистральных артерий конечности продолжают получать непрофильное лечение в терапевтических и неврологических отделениях и только после выраженной ишемии направляются к сосудистому хирургу. Необходимо проводить семинары в ЛПУ и средствах массовой информации по сосудистым заболеваниям и их осложнениям.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ТРАВМАМИ СОСУДОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Хомиджонов И.Б., Султанов А.А., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Повреждения сосудов верхних конечностей относятся к категории наиболее тяжелых развивающихся последствий. Одним из серьезных осложнений сосуди-

стых травм является тяжелый геморрагический шок. В мирное время на долю повреждения магистральных сосудов верхних конечностей приходится 32,3% (Спиридонов А.А. и др., 1989; Покровский А.В., 1997).

За истекшие 15 лет в отделении экстренной сосудистой хирургии и микрохирургии ФФ РНЦЭМ прооперированы 790 больных с сосудистой травмой верхних конечностей, из них 582 (73,7%) мужчины и 208 (26,3%) женщин, в том числе детей – 186 (23,5%). Средний возраст пострадавших – 34 года.

Почти треть всех пострадавших (276) поступили в тяжелом состоянии, обусловленном геморрагическим шоком II-III ст., потребовавшим проведения интенсивных мероприятий. Сроки поступления больных колебались от нескольких минут до 27 часов с момента получения травмы. С наложенным «артериальным» жгутом поступили 420 (53,2%) больных, с неправильно наложенным «венозным» жгутом (чаще самодельным) и с продолжающимся кровотечением – 98 (12,4%), 86 (10,9%) пострадавших госпитализированы с лигированными концами сосудов и после ПХО раны, 22 (2,8%) – с наложенными на сосуды кровоостанавливающими зажимами, 164 (20,8%)– с давящей повязкой на ране.

У 140 (17,7%) больных отмечалась изолированная травма сосудов, у 570 (72,1%) повреждения сосудов сочетались с травмой нервных стволов и сухожилий, у 80 (10,3%) диагностированы костно-сосудистые повреждения. У 620 (78,5%) пострадавших отмечалось нарушение кровообращения в конечности.

Операция по восстановлению кровообращения, которая является одним из средств противошоковой терапии, проводилась наряду с другими методами борьбы с шоком. После тщательной хирургической обработки раны с иссечением краев кожи и нежизнеспособных мягких тканей приступали к восстановлению поврежденных сосудов. Боковой шов сосудов применили у 85 пациентов, боковую аутовенозную заплату наложили 34, циркулярный узловой шов произведен на 570 артериях и 210 венах, аутовенозное шунтирование при больших дефектах между краями сосудов выполнили 84 пострадавшим. Лигатурные операции произведены у 70 больных, в том числе у 29 больных, находящихся в крайне тяжелом состоянии, а также у 31 пациента с повреждением артерий мелкого калибра без нарушения кровообращения в конечности.

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

Осложнениями восстановительных операций на сосудах верхних конечностей явились тромбозы сосудистых анастомозов у 32 (4,1%) больных, аррозивное кровотечение в связи с прорезыванием сосуда в послеоперационном периоде – у 12 (1,6%), ложная аневризма – у 6 (0,8%), нагноение послеоперационной раны – у 23 (2,9%). При тромбозах анастомозов и аррозивных кровотечениях производилось реанастомозирование сосуда с иссечением участка анастомоза, при ложной аневризме – иссечение аневризмы с аутовенозным протезированием артерий. 1 больному с возникшей ишемической гангреной произведена ампутация верхней конечности.

Из 790 пострадавших, получавших лечение по поводу травматических повреждений сосудов верхних конечностей, умерли 2 (0,3%). Причиной смерти одного больного был тяжелый геморрагический шок и позднее обращение в стационар с неправильно наложенным жгутом. Второй больной умер в результате острой почечной недостаточности.

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

КАРОТИДНАЯ ЭНДАРТЕРЭКТОМИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Хамидов Б.П., Султанов Н.М., Дадамянц Н.Г., Ким Д.Л., Муминов Ш.М.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Каротидная эндартерэктомия (КЭ) является одной из наиболее часто выполняемых и высокоэффективных сосудистых реконструкций, позволяет предотвратить развитие острых нарушений мозгового кровообращения, улучшает качество жизни пациентов с сосудисто-мозговой недостаточностью, ускоряет процесс реабилитации после ОНМК.

Цель исследования: оценка результатов реконструктивных операций с применением и без применения пластики ВСА, выполненных по поводу атеросклеротических поражений.

Материал и методы. Анализирован опыт 322 операций КЭ, больным с ишемией головного мозга I-IV степеней. Из них оперирован 61 (18,4%) больной с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Показания к оперативному вмешательству определяли на основании данных цветного дуплексного сканирования (ЦДС), при котором оценивали степень стеноза ВСА, эмбологенность и протяженность атеросклеротической бляшки, учитывали толерантность головного мозга к ишемии.

Только в 44 (13,7%) случаях диагностировано изолированное поражение одной ВСА. У всех остальных пациентов выявлено двустороннее поражение брахиоцефальных артерий.

Операции выполнялись при выявлении стеноза ВСА более 70%, а также у пациентов со стенозами 50-70%, имеющих клиническую симптоматику. Кроме

того, дополнительным показанием к оперативному лечению являются наличие в просвете сонных артерий эмбологенных бляшек 1-2-3 типов (по Gray-Weal и соавт.) с изъявлением или неровным контуром.

В 11 (3,3%) случаях КЭ произведена с использованием первичного шва, у 196 (61%) пациентов применялась эверсионная КЭ, у 20 (6,3%) – пластика НСА, у 63 (19,6%) больных была выполнена открытая КЭЭ с заплатой «Gore-tex» и у 32 (9,8%) – с заплатой из аутовены.

Отдаленные результаты КЭ прослежены у 214 (66,7%) оперированных пациентов в сроки от 6 месяцев до 1 года.

Результаты. В ближайшем послеоперационном периоде в 299 (93,0%) случаях достигнут хороший результат, который выражался в виде стабилизации общего состояния больного и улучшении очаговой неврологической симптоматики по типу полной регрессии неврологического статуса. В остальных двух случаях имели место осложнения: умерли 3 больных от острого инфаркта миокарда, у 1 наблюдали транзиторную ишемическую атаку в контрлатеральном полушарии головного мозга. В отдаленном периоде у 3 пациентов на контрольной ЦДС выявили рестеноз без клиники сосудисто-мозговой недостаточности, все они развились после открытой КЭ без пластики ВСА.

Вывод: КЭ является высокоэффективным методом профилактики и лечения ишемического инсульта. Применение пластики ВСА синтетической заплатой «Gore-tex», а также эверсионная КЭ снижает частоту ишемических инсультов.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Хамидов Б.П., Ким Д.Л.,
Султанов Н.М., Дадамьянц Н.Г.
Отделение хирургии сосудов и микрохирургии РНЦЭМП

Введение. Острая артериальная непроходимость брюшной аорты и артерий конечностей является одной из актуальных проблем современной сосудистой хирургии. По данным отечественных и зарубежных авторов, данная патология приводит к гибели больных в 20-30% случаев, а в 15-25% лечение заканчивается ампутацией конечностей. В некоторых сообщениях летальность достигает 41% и даже 65%. В России, по данным А.В.Покровского, более 28,6% операций выполнены по поводу острой артериальной непроходимости. Основными ее причинами являются тромбозы и эмболии. Частота острой артериальной непроходимости имеет тенденцию к увеличению. По данным госпиталя Форда (Детройт, США), за последние 20 лет прошлого века она увеличилась с 23,1 до 50,4 на 100 тысяч поступлений. П.Г. Швальб отметил отчетливую тенденцию уменьшения удельного количества эмболии и рост количества тромбозов. По данным российских авторов, причиной острой артериальной непроходимости в 50-59% являются тромбозы, развившиеся на фоне атеросклероза. Это связано не только с улучшением методов диагностики, с ростом числа пожилых пациентов, увеличением продолжительности жизни больных с кардиальной патологией. Доказано, что лучшие результаты по сохранению конечности и выживаемости больных получены при выполнении операций в условиях специализированных отделений.

Эмболэктомия с использованием баллонных катетеров, выполненная в допустимые сроки, высокоэффективна и является «золотым стандартом». Однако эффективность эмболэктомий на фоне атеросклеротических изменений артерий резко снижается. В ряде случаев во время эмболтромбэктомии возникает необходимость в артериальной реконструкции. Многоэтажность поражения артериального русла зачастую нивелирует эффективность эндартерэктомий и пластик в зоне артериотомического доступа. Поэтому тромбэктомии в изолированном варианте могут иметь только ограниченное применение в связи с высокой вероятностью ретромбоза. А оптимальным вариантом при острых артериальных тромбозах следует считать именно реконструктивные операции.

Цель исследования: улучшение результатов лечения острой артериальной непроходимости у пациентов с интактными артериями и путем дополнения реконструктивных операций у пациентов с атеросклеротически пораженными артериями.

Материалы и методы исследования: за период с 2001 по 2015 год в РНЦЭМП было пролечено 936 больных с острой артериальной непроходимостью. Степень нарушения кровообращения конечности определялась визуально и оценивалась по классификации острой ишемии В.С. Савельева, а также с помощью пульсоксиметрии и термометрии. Для уточнения характера, протяженности поражения сосудов, а также состоятельности периферического русла при острой ишемии со сроками несколько суток, когда возникали затруднения в диагностике и позволяла степень ишемии сегмента, в 60% было выполнено цветное дуплексное сканирование, а в 15% – рентгеноконтрастная артериография.

Из них оперировано 600 пациентов. Из числа оперированных больных: 401 пациенту выполнена эмболэктомия, 150 – тромбэктомия. У 49 (8,2%) пациентов с острой артериальной непроходимостью на фоне атеросклеротически пораженных сосудов выполнены реконструктивные операции, из которых бифуркационное аорто-бедренное шунтирование – в 14 случаях, бедренно-подколенное шунтирование – в 35.

В послеоперационном периоде у 68 пациентов из числа тех, кому были выполнены тромб- и эмболэктомии (12,3%), вновь развилась клиника острой артериальной непроходимости, что потребовало выполнения повторных вмешательств. В 38 случаях был диагностирован ретромбоз, а в 30 — реэмболия. В 33 случаях удалось восстановить кровоток, а 35 (5,8%)

больным пришлось произвести ампутацию конечности.

Выводы. Своевременно и качественно выполненное оперативное вмешательство позволяет восстановить кровоток и сохранить конечность в 94,2% случаев.

Неудачные исходы операций были вызваны тем, что они выполнялись у пациентов с длительными сроками ишемии, а также на сосудах, пораженных атеросклеротическим процессом.

У пациентов с острой артериальной непроходимостью на фоне атеросклеротически пораженных сосудов методом выбора является выполнение реконструктивных шунтирующих операций.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У ДЕТЕЙ

Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Юсупов Ш.А., Бургутов М.Д., Атакулов Д.О.
Самаркандский государственный медицинский институт

Диагностика и выбор лечебной тактики при кровотечениях из желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – актуальная задача неотложной хирургии детского возраста.

Материал и методы. Во 2-й клинике СамМИ в 2005-2015 гг. на лечении находился 181 ребенок с различными заболеваниями, сопровождавшимися кровотечением из ЖКТ. В возрасте от 10 дней до 1 г. было 59 (32,6%) больных, 1-3 лет – 26 (14,4%), 3-7 лет – 25 (13,8%), 7-12 лет –35 (19,3%), 12-15 лет – 36 (19,9%).

Результаты. Причиной кровотечения из верхнего этажа ЖКТ у 66 (36,5%) детей был эрозивный геморрагический гастрит вследствие приема медикаментов (аспирин, парацетамол, ибуфен, гормональные препараты и др.), у 13 (7,2%) детей источником кровотечения были варикозно расширенные вены пищевода и кардиального отдела желудка при портальной гипертензии; гастродуоденальные язвы были у 11 (6,0%) пациентов, геморрагическая болезнь новорожденных – у 4 (2,2%), синдром Мэллори – Вейса – у 1 (0,5%).

Кровотечение из нижних отделов ЖКТ у 7 (4%) больных было обусловлено дивертикулом Меккеля, у 42 (23,2%) – инвагинацией кишечника, у 22 (12,3%) – полипами толстого кишечника, у 10 (5,5%) – трещинами заднего прохода, у 3 (1,6%) – язвенно-некротическим энтероколитом, у 1 (0,5%) – полипом подвздошной кишки, у 1 (0,5%) – ангиоэктазией начального отдела тощей кишки.

Значительная часть больных (85%) доставлена в клинику по экстренным показаниям, причем у 52% пациентов имелась клиника геморрагического шока. Основными проявлениями кровотечения из верхнего этажа ЖКТ были рвота в виде «кофейной гущи» и рвота алой кровью, а из нижних отделов ЖКТ – дегтеобразный стул, кровянистые выделения в виде «малинового желе», выделение крови темно-вишневого цвета со сгустками, прожилки или капли крови при дефекации.

Диагностика желудочно-кишечных кровотечений, наряду с клинико-лабораторным мониторингом, включала УЗИ, рентгенологические, эндоскопические, радиоизотопные методы, лапароскопию.

Лечение кровотечений из ЖКТ направлено на оперативное или консервативное воздействие на источник кровотечения и проводилось дифференцированно в зависимости от характера и тяжести основного заболевания. Основным и эффективным методом лечения на высоте острых профузных пищеводных и гастродуоденальных кровотечений явился комплекс активных консервативных мероприятий, направленных на остановку кровотечения: адекватная инфузионно-трансфузионная терапия, переливание крови и кровезаменителей, введение гемостатических средств, вазопрессоров, ингибиторов протеаз, эндоскопическое введение гемостатических препаратов, применение зонда Блекмора и т.д. Одним из наиболее важных принципов лечения острой кровопотери является восполнение дефицита ОЦК. С этой целью широко используем плазмозаменяющие растворы на основе гидроксиэтилкрахмала – рефортан, стабизол, волюстим. Они обеспечивают быстрый, стойкий и длительный волемический эффект, снижают проницаемость капилляров, улучшают реологические свойства крови, сокращают потребность в крови и её препаратах, снижая риск инфекционных осложнений.

Таким образом, кровотечение является грозным осложнением и проявлением различных заболеваний ЖКТ у детей. Оно представляет непосредственную угрозу жизни ребенка и всегда требует незамедлительных действий. Консервативные методы при острых кровотечениях из ЖКТ у детей являются эффективными и позволяют значительно улучшить результаты дальнейшего лечения данной патологии.

РОЛЬ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ ПРИ ТРАВМЕ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ

Шамсиев Ж.А., Бургутов М.Д., Шодиева Н.Э., Давранов Б.Л.
Самаркандский государственный медицинский институт

Абдоминальная травма у детей представляет собой один из наиболее сложных разделов ургентной хирургии. Повреждения селезенки встречаются у 20-58% пострадавших с травмой живота.

Материал и методы. Во 2-й клинике СамМИ в 2005-2014 гг. на лечении находились 97 детей от 1 года до 17 лет с абдоминальной травмой. Изолированная травма была у 71 (73,2%), множественная – у 5 (5,2%), сочетанная – у 21 (21,6%). Причинами травмы были: падение с высоты – у 23 (24%), удар о тупой предмет – 20 (21%), автотравма – 18 (18,5%), школьная травма – 12 (12,4%).

Диагностика травм включала рентгенографию, лабораторные исследования, УЗИ, лапароскопию, МСКТ, при сочетанных повреждениях – краниографию, урографию, нейросонографию. Основным методом диагностики травмы паренхиматозных органов считаем УЗИ, динамику лабораторных и гемодинамических показателей.

Результаты. Ушиб передней брюшной стенки имел место у 42 (43%) пострадавших, проникающее ранение живота без повреждения внутренностей – у 4 (4%). У 51 (53%) ребенка наблюдались различные повреждения внутренних органов, в том числе травма селезенки – у 21 (41%), у 19 – изолированная, у 3 – сочетанная.

Лечебная тактика выбиралась с учетом характера повреждения и осложнений, состояния гемодинамики и степени кровопотери. Комплексное обследование с применением УЗИ-мониторинга позволило определить характер повреждения селезенки, установить объём гемоперитонеума, наличие продолжающегося кровотечения и проводить его контроль в динамике. 16 (76%) детям с повреждением селезенки при выявлении при УЗИ «малого» и «среднего» гемоперитонеума при отсутствии продолжающегося кровотечения и стабильной гемодинамике проведено консервативное лечение: строгий постельный режим, инфузионная, гемостатическая, антибактериальная и симптоматическая терапия. 5 (24%) больных с клиникой продолжающегося внутрибрюшного кровотечения оперированы: 3 из них выполнена спленорафия, 2 больным с размозжением органа – спленэктомия с аутотрансплантацией селезеночной ткани в сальник.

Выводы. Ультрасонография при травме селезенки является достоверным методом, позволяющим обосновать выбор дифференцированной лечебной тактики, сведя к минимуму необходимость дополнительных методов исследования и в большинстве случаев применить успешные консервативные методы, увеличив долю органосохраняющих вмешательств.

УРЕТРОРРАГИЯ У ДЕТЕЙ

Шамсиев Ж.А., Юсупов Ш.А., Рахимов Ф.Э., Атакулов Д.О.
Самаркандский государственный медицинский институт

Уретроррагия (УР) – кровотечение из мочеиспускательного канала вне акта мочеиспускания – остается одной из важнейших проблем детской урологии. Чаще она возникает при нарушении целостности стенки мочеиспускательного канала вследствие травмы, камня и манипуляции в мочеиспускательном канале, которые часто приводят к стриктуре уретры. Уретроррагия может быть кратковременной и преходящей. При проведении трехстаканной пробы кровью окрашивается только первая порция мочи.

В отделении урологии 2-й клиники СамГосМИ в 2000-2015 гг. на лечении находился 31 больной с уретроррагией в возрасте от 3 до 18 лет. С травмой уретры было 14 больных, которые по характеру и локализации распределились следующим образом: повреждение висячей части – у 4, повреждение промежностной и задней части – у 10, камни висячей части уретры – у 10, задней части – у 4, уретроррагия после манипуляций, проведенных в других стационарах, – у 3. Всем больным, помимо клинико-лабораторных исследований, проводилась восходящая контрастная уретрография и уретроцистоскопия.

5 больным с травмой уретры на фоне общепринятых методов лечения в зависимости от тяжести и формы проведена эпицистотомия с установлением катетера, 1 больному с отрывом промежностной части уретры наложен уретероуретероанастомоз, 4 – уретроцистоскопия с установлением стента 6-16 ch, который удалялся на 12-14 сутки. У 10 больных камни висячей части уретры удалены бескровным путем или путем эпицистотомии. У 11 больных уретроррагию удалось остановить консервативными методами, в последующем им проводилась контрольная контрастная уретрография, при необходимости, – лечение, направленное на профилактику возможных последствий.

Таким образом, своевременное проведение консервативных мероприятий и применение малоинвазивных оперативных вмешательств уменьшает риск развития стриктуры уретры.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЕНТАГЛОБИНА В ПЕРИОПЕРАТИВНОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Шаниева З.А., Стрижков Н.А., Ибадов Р.А.
АО «Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В. Вахидова»

Профилактика гнойно-септических осложнений в кардиохирургии имеет свои особенности, связанные с необходимостью искусственного кровообращения, системной гипотермией, длительностью операций, массивностью кровопотери, широким использованием искусственных материалов, протезов и т. д. Операции по поводу активного инфекционного эндокардита следует рассматривать как высококонтаминированные (или «грязные» – по старой классификации ран), т. к. они выполняются на заведомо инфицированных тканях (колонизированные вегетации, абсцессы фиброзного кольца, нередко – в условиях бактериемии, пневмонии и др.). Эффективная эмпирическая антибактериальная терапия позволяет в 1,5-2 раза снизить летальность и предотвратить развитие септического шока у пациентов с сепсисом, но дисфункция иммунной системы, сопутствующая септическому процессу, во многом предопределяет его развитие, утяжеляя состояние пациента вплоть до угрозы для жизни. Иммунокоррекция окажется эффективной только в том

случае, если спектр фармакодинамической активности используемых лекарственных средств совпадет с патогенетической структурой иммунных дисфункций, а лекарственные средства при совместном использовании в составе терапии подействуют на иммунную систему синергично, и их иммунокорригирующее действие будет характеризоваться достаточной мощностью.

Цель. Оценка эффективности пентаглобина в комплексной интенсивной терапии гнойно-септических осложнений у кардиохирургических больных в динамике периоперативного периода.

Материал и методы. На лечении в ОРИТ кардиохирургического профиля были 16 больных, прооперированные в РСЦХ им. акад. В. Вахидова в 2012-2015 гг., с манифестацией послеоперационных гнойно-септических осложнений. Материалом для анализа служили исследование крови на стерильность и другие виды биоматериалов. Использованы традиционные методы выделения и идентификации микроорганизмов, определения их чувствительности к антибиотикам и динамический контроль содержания С-реактивного белка (CRP), применение разработанных схем профилактики и лечения нозокомиальной инфекции. Больные были разделены на 2 группы: 1-ю группу составили 9 больных, получавших пентаглобин 50-100 мг в/в 2-3 р/сут, во 2-ю группу включены 7 пациентов, леченных традиционными методами.

Результаты. Клинико-биохимическое улучшение данных больных определялось динамическим контролем уровня CRP, результатами микробиологических исследований, физикальными данными. Так, у больных 1-й группы уровень CRP не превышал 35-50 мг/л, количество лимфоцитов составляло 12-14%, температура тела не повышалась более чем 38,0ºС, неоднократные посевы крови на стерильность были отрицательными. У пациентов 2-й группы уровень CRP составлял 90-97 мг/л и более, количество лимфоцитов 3-5%, гектическая лихорадка (39,0-40,0ºС), полирезистентные грамотрицательные возбудители (Acinetobacter sp., Kl. pneumoniae., Ps. aeruginosa, гр.р. Candida) высевались у всех больных. Выделяемость и обсемененность гр.р. Candida (гр.р. Candida как показатель низкого иммунного статуса) в 1-й группе была значительно ниже, чем во 2-й.

Выводы. Применение пентаглобина при манифестации послеоперационных инфекционных осложнений показало высокую клиническую эффективность, способствуя положительной иммунореактивности в SIRS в динамике периоперативной интенсивной терапии сердечно-сосудистых заболеваний, что подтверждается увеличением выживаемости при развитии тяжелой инфекции и полиорганной недостаточности.

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЗОВ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМОМ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Шермухамедов Д.А., Тиляков А.Б., Ким Д.Л., Исмаилов А.Д.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В практике травматолога тромбозы глубоких вен нижних конечностей и как их следствие эмболические осложнения, зачастую ТЭЛА занимают одно из первых мест. У пациентов с повреждениями опорно-двигательного аппарата, особенно у пострадавших с переломом бедренной кости вероятность развития венозных тромбозов высока. Причины общеизвестны: повреждение окружающих кость мягких тканей и сосудов, длительная иммобилизация, длительный постельный режим, наличие сопутствующих соматических патологий. Зачастую ТЭЛА развивается после выписки из стационара, что создает иллюзию относительно низкой частоты тромбоэмболических осложнений.

За период с 2005 по 2015 гг. в отделении взрослой травматологии РНЦЭМП находилось 217 больных, находящихся в группе риска по поводу развития тромбоза вен нижних конечностей. Возраст больных варьировал от 39 до 72 лет. Женщин было 66 (30,4%), мужчин 151 (69,6%). По механизму полученной травмы: 102 (47%) сбиты автомобилем, 79 (36,5%) пассажиры автотранспорта, 36 (16,5%) в результате кататравмы. 88 (40,5%) больных доставлены бригадой скорой медицинской помощи, 129 (59,5%) больных самотеком на попутном транспорте. У 158 (72,8%) больных отмечались закрытые переломы, у остальных больных открытые переломы. По локализации повреждения бедренного сегмента: 18 (8,3%) больных с переломом шеечной зоны бедра, 15 (6,9%) вертельные переломы бедра, 41 (18,8%) переломы верхней трети бедренной кости, 91 (41,9%) переломы средней трети бедренной кости, 52 (24,1%) переломы нижней трети бедренной кости.

16 (7,3%) пострадавших пролечено консервативными методами, 201 (92,7%) больной хирургическими методами. 117 (54%) пострадавших оперированы в первые трое суток с момента поступления в клинику, 84 (38,7%) больных подверглись оперативному остеосинтезу на бедренном сегменте позже 3-х суток.

Всем больным проводилась гепаринотерапия с использованием низкомолекулярного (НМГ) и нефракционированного гепарина (НФГ) в профилактике флеботромбозов и ТЭЛА. Критериями отбора больных в группы для антикоагулянтной терапии послужили: возраст старше 40 лет, наличие одного или нескольких общеизвестных факторов риска тромбоэмболических осложнений (ожирение, шок или гиповолемия при поступлении, наличие варикозных вен нижних конечностей, ТЭЛА или ТГВ в анамнезе).

С целью ускорения венозного кровотока и повышения эффективности антикоагулянтной терапии у всех больных, независимо от степени риска с целью механической профилактики использовалось эластичное бинтование.

Для оценки степени эффективности проводимой терапии больным в первые, третьи, седьмые и десятые сутки проводили анализ коагулограммы. Дуплексное ангиосканирование вен нижних конечностей производили на третьи и десятые сутки нахождения больного в стационаре. При выявлении тромбоза в системе нижней полой вены выполнялась рентгеноконтрастная флебография – илиокаваграфия.

У 12 больных, оперированных в первые трое суток, 17 больных, подвергшихся хирургическому вмешательству позже 3 суток, и у 5 больных, пролеченных консервативными методами, при ультразвуковом исследовании в остром периоде травмы были выявлены признаки острого венозного тромбоза в системе нижней полой вены. У всех пострадавших имело место одностороннее поражение.

У пациентов с эмболоопасными тромбами была произведена ретроградная контрастная илеокаваграфия. Во всех случаях результаты ЦДС были подтверждены. Все больные были оперированы ангиохирургами, которым выполнено клипирование нижней полой вены с тромбэктомией и без тромбэктомии.

Таким образом, все больные с переломом бедренной кости старше 40 лет имеют два и более фактора риска развития тромбоза, соответственно всем им необходимо проводить механическую и фармакологическую профилактику ТГВНК и ТЭЛА. Ранний остеосинтез переломов бедренной кости значительно снижает риск развития тромбозов.

ПЕРЕВЯЗКА ВНУТРЕННИХ ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ КАК ОСНОВНОЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Эркабоев А.К., Суяркулова М.Э., Усманов Б.С.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Акушерские кровотечения занимают одно из ведущих мест в ряду непосредственных причин материнской смертности в мире, составляя 27,1%. Особенностью акушерских кровотечений является их внезапность и массивность. Наиболее частыми причинами массивной кровопотери в акушерской практике являются преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, шеечная беременность, гипотоническое кровотечение, травматические повреждения мягких тканей родовых путей, коагулопатические кровотечения (первичные и вторичные), несостоятельность лигатур на сосудах. Первичная помощь при кровотечениях включает применение средств, повышающих тонус матки, ручную ревизию полости матки и послеродовых путей, массаж матки, а при их неэффективности – гистерэктомию.

В последние годы достаточно эффективными мерами остановки послеродовых кровотечений считается проведение ряда инвазивных манипуляций – деваскуляризация матки и наложение компрессионных швов по Линчу, эмболизация маточных артерий, перевязка маточных артерий и внутренних подвздошных артерий. В то же время ни один из этих методов не имеет преимуществ перед другими в остановке тяжелых акушерских кровотечений.

Нами проанализированы результаты неотложной акушерской помощи при тяжелых кровотечениях у 328 пациенток, находившихся в Ферганском перинатальном центре и его периферических регионах, доставленных по линии санитарной авиации в 2005-2015 гг.

Основную группу составили 179 больных с гистерэктомией (ГЭ), совмещенной с перевязкой внутренней подвздошной артерии (ПВПА). Согласно алгоритму оперативного вмешательства, данная группа была разделена на 2 подгруппы. Подгруппа 1А (ГЭ+ПВПА) – 68 пациенток, у которых ГЭ как метод остановки кровотечения оказалась неэффективной и для окончательного хирургического гемостаза использовалась ПВПА.

Подгруппа 1Б (ПВПА+ГЭ) – 111 больных, у которых первым этапом применялась ПВПА, а затем ГЭ в связи с невозможностью сохранения матки.

Контрольную группу составили 149 пациенток, у которых ГЭ применялась как основной хирургический метод остановки кровотечения.

Пациентки сравниваемых групп были сопоставимы по возрасту, методу родоразрешения, акушерскому и соматическому анамнезу. Все женщины были в активном репродуктивном возрасте 31,9±6,7 года, причем в основном раннем репродуктивном возрасте (62,2%).

Был проведен анализ интервала времени от момента возникновения кровотечения и объема кровопотери до окончательного хирургического гемостаза. Анализ показал, что в течение 120 мин от начала кровотечения хирургический гемостаз в контрольной группе начат у 83 (55,7%) женщин, в основной 1А группе – у 23 (33,8%), в основной 1Б группе – у 49 (44,1%). Хирургический гемостаз с момента начала кровотечения в интервале от 2 до 6 ч был проведен в контрольной группе у 30 (20,1%), в основной 1А группе – у 21 (30,9%), в основной 1Б группе – у 15 (13,5%) женщин. При анализе ранжированных показателей уровня гемоглобина в зависимости от степени тяжести в послеоперационном периоде, когда хирургический гемостаз бы произведен в течение 120 минут, выявлены данные, заслуживающие внимания. Критическое снижение уровня гемоглобина ниже 49 г/л отмечалось у каждой третьей женщины в контрольной группе и в основной 1А группе. И, напротив, уровень гемоглобина более 70 г/л выявлялся почти в 3 раза чаще в основной 1Б группе.

Таким образом, при массивных акушерских кровотечениях важную роль в исходе критических ситуа-

ций играет временной фактор. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что в условиях оказания ургентной помощи при критических ситуациях, своевременная ПВПА является эффективным методом борьбы с массивной кровопотерей, который способствует снижению объема дополнительной кровопотери. При возникновении неотложных ситуаций, связанных с неконтролируемыми кровотечениями, ГЭ, как первоочередной метод хирургического гемостаза зачастую неэффективен и сопряжен с дополнительными операционными рисками.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ

Эрметов А.Т., Юсупов Ш.И., Рахимов Б.А., Йулдошев А.А., Отабоев М.Э.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Введение. Сочетанные ранения сосудов и нервов составляет 17,8% от общего числа костно-сосудистых травм. При несвоевременном и неадекватном лечении последствия сочетанных повреждений чрезвычайно тяжело отражаются на функции конечностей и приводит к инвалидизации.

Цель: оптимизация лечебно-диагностического комплекса у больных с сочетанными поражениями бедренных артерий.

Материал и методы. За период с 2014 по 2015 г. в отделении хирургии сосудов Наманганского филиала РНЦЭМП на стационарном лечении находились 43 больных с повреждением бедренной артерии в сочетании с переломом бедренных костей в возрасте от 12 до 49 лет.

Сроки поступления больных с момента получения травмы составили от 30 мин до нескольких часов. В состоянии геморрагического и травматического шока I-II ст. были доставлены 17 (39,5%) больных, с временной остановкой геморагии (легирование или тугая давящая повязка) – 26 (60,4%). Бригадой скорой медицинской помощи доставлены 12 (27,9%) пострадавших, самотеком – 31 (72,1%).

Для подтверждения диагноза дополнительно выполняли рентгенографию и экстренную ангиографию, УЗИ. Ангиографически были выявлены резкий обрыв артерии или нечеткая граница сосуда. Имели место различной степени ишемии нижней конечности. При УЗИ определены нечеткие границы сосудов и выявлены гематомы.

Результаты исследования: прооперированы все больные. 29 больным на бедренную артерию наложены циркулярные швы, тромбэктомия с наложением бокового шва на бедренную артерию – 6 пациентам. Из-за выраженного диастаза между концами артерии наложена аутовенозная вставка 7 пациентам. Кроме полного восстановления магистрального кровообращения в сегменте, первично восстанавливались все поврежденные анатомические структуры нижней конечности. Все больные в послеоперационном периоде получали стандартную консервативную терапию. Раны зажили первично. Больные были выписаны с восстановленным кровоснабжением. В последующем 2 больным дополнительно потребовались корригирующие операции.

Вывод. Таким образом, своевременное и адекватное первичное восстановление кровообращения, а также восстановление поврежденных анатомических структур дает возможность получить удовлетворительные и хорошие результаты с предотвращением ранней инвалидизации.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ ТРАНСПОЗИЦИИ ЛУЧЕВОГО ЛОСКУТА НА РЕВЕРСИРОВАННОМ КРОВОТОКЕ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ОТКРЫТЫХ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ КИСТИ

Юлдашев А.А., Минаев Т.Р., Низов О.Н., Худайназаров Д.А., Давлатов Ж.Х.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В общей структуре тяжелых открытых травм кисти особое место занимают сочетанные повреждения, сопровождающиеся обширным разрушением и загрязнением тканей с образованием глубоких кожно-мягкотканных дефектов, а также множественными повреждениями функционально важных структур (сосудов, нервов, сухожилий, костей). В своё время было предложено множество методик закрытия таких дефектов (Бойчев Б., Холевич Я., 1971; Золтан Я., 1984; Нельзина З.Ф., 1981). Данные методики, основой которых является использование кожно-подкожных лоскутов на питающей ножке с передней стенки живота, хотя и не утратили своего значения, тем не менее, не лишены ряда недостатков. Прежде всего, необходима длительная, не менее 4 недель, фиксация верхней конечности, что приводит в ряде случаев к возникновению тугоподвижности плечевого и локтевого суставов. Кроме того, отсутствие правильного ухода за лоскутом в послеоперационном периоде приводит к возникновению воспалительных и трофических осложнений в области ран вплоть до полного расхождения швов. Несомненным преимуществом методики транспозиции лучевого лоскута на реверсированном кровотоке, разработанной в 1981 г. сотрудниками Шеньянского военного госпиталя (КНР) во главе с доктором Yong Goulan, является отсутствие необходимости длительной фиксации кисти к животу, что облегчает санацию раны в послеоперационном периоде и позволяет начать ранние активные движения рукой с первых дней после операции. Кроме того, закрытие раневой поверхности тканями с адекватным кровоснабжением способствует элиминации инфекции и оптимальному заживлению раны [Пшениснов К.П., Миначенко В.К., 1991, Обыдённов С.А., Фраучи И.В., 2000; Каюмходжаев А.А., 2004, Flugel A, Heitmann C., Kehrer A., 2005]. Другим её преимуществом является то, что после адекватно проведенной первичной хирургической обработки и механической очистки раны создаются оптимальные условия для одномо-

ментного выполнения восстановительных операций, включая восстановление кровообращения, пластику сухожилий и нервов. Нарушения кровообращения кисти вследствие вынужденного пересечения лучевой артерии при этом не отмечается.

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

В отделении хирургии сосудов, микрохирургии и кардиохирургии РНЦЭМП, а также в Андижанском и Каршинском филиалах за период с 2005 по 2015 год методика пластического закрытия лучевым лоскутом глубоких травматических дефектов кисти и пальцев с обнажением подлежащих структур применена в 15 случаях. В 12 (80%) случаях имело место повреждение кисти при работе на станках, в 3 (20%) – при автоаварии, вследствие повреждения кисти трением об асфальт. Из 15 пациентов 14 (93,3%) были в наиболее трудоспособном возрасте, от 20 до 50 лет. При этом мужчин было 11 (73,3%), женщин – 4 (26,7%). 13 (86,7%) больных были оперированы в течение первых 6 часов с момента поступления в Центр, 1 пациент (6,7%) – через 1,5 суток, и 1 пациент (6,7%) – через 12 дней. При этом в 3 (20%) случаях выполнена аутофасциотендопластика разгибателей фрагментом широкой фасции бедра; в 1 (6,7%) – выполнен этап реваскуляризации пальцев. Средний срок пребывания больных в стационаре составил 8-12 дней. Лечение, в основном, было направлено на предупреждение вторичной инфекции и профилактику нарушения кровообращения лоскута. Приживление лоскута наступило в 14 (92,5%) случаях, некроз в 1 (6,7%) случае. Некрозы размозженных пальцев (при сохранении при этом лучевого лоскута) отмечены в 2 (13,3%) случаях. В случае с некрозом лоскута потребовалась повторная пластика лоскутом с передней стенки живота. Только в 3 (37,5%) случаях имели место явления краевого некроза с частичным расхождением краёв раны, после чего заживление протекало вторичным натяжением. У 2 (15,3%) больных через 1,5-2 месяца потребовался второй этап операции – разделение искусственной синдактилии.

Выводы. Применение лучевого лоскута на реверсированном кровотоке для закрытия глубоких травматических дефектов кисти в сочетании с одномоментным восстановлением, по возможности, функционально важных структур облегчает последующий уход за ранами и создает условия для ранней активизации конечности.

Нет необходимости в последующем этапе операции – отсечении лоскута от передней стенки живота.

Пластика лучевым лоскутом требует значительных затрат врачебного труда, глубокого знания анатомии, владения микрохирургической техникой и возможна только в условиях специализированного отделения.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОСТНО-СОСУДИСТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

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

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Проблема выполнения восстановительных операций при костно-сосудистых травмах нижних конечностей в настоящее время стоит достаточно остро. В большинстве случаев сам механизм травм (железнодорожные, автомобильные, минно-взрывные) делает невозможным проведение реконструктивных операций [Датиашвили Р.О., Леменев В.Л., Lin C.H., Moniz M.P.]. Для подобного рода повреждений, как правило, всегда характерно массивное разрушение тканей раздавленного характера в сочетании с тракцией, многооскольчатые переломы костей и, что наиболее опасно, повреждение магистральных сосудов на значительном протяжении, сопровождающееся полифокальными разрывами и отслойкой интимы. Повреждения рубленого характера, при которых, как правило, имеет место относительно ровное повреждение структур на одном уровне, являются наиболее перспективными в плане реконструкции, но встречаются значительно реже. Среди различных видов сочетанных повреждений костно-сосудистые занимают значительное место и сопровождаются высокой частотой послеоперационных осложнений (39-46 %), ампутаций (до 25%) и летальностью (12-21 %) [Бялик Е.И., Жигунов А.К., Subasi M.]. Травматический и геморрагический шок, тяжесть которого зависит от механизма и обширности повреждения, является основным отягощающим моментом подобных травм и зачастую делает невозможным выполнение реконструктивных операций. Сроки ишемии тканей порой превышают предельно допустимые, что довольно часто имеет место при поздней доставке больных и неправильном оказании помощи на догоспитальном этапе. Всё это ставит специалистов перед выбором: выполнение реконструктивной операции на сосудах с целью сохранения конечности или проведение первичной ампутации сегмента с целью спасения жизни больного.

Не вызывает сомнения, что подобного рода операции должны выполняться совместными бригадами травматологов и ангиохирургов в специализированных центрах, где имеются условия для проведения любого вида остеосинтеза, а также для проведения реконструктивных операций на сосудах и нервах с применением микрохирургической техники.

За период с 2001 по 2015 год в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи Республики Узбекистан было пролечено 129 больных

с открытыми сочетанными повреждениями нижних конечностей, из которых у 77 (62,7%) диагностирована костно-сосудистая травма. Мужчин было 57 (70,4%), женщин – 24 (29,6%). Детей до 18 лет было – 6(7,4%). Самотеком в Центр доставлены 16 (19,8%) больных, скорой помощью – 33 (40,7%), по направлению из других больниц – 32 (39,5%).

Наибольшее количество больных 53 (65,4%) были доставлены к нам в сроки до 3 часов от момента получения травмы. В основном превалировал шок II степени (32,1%), причинами которого чаще являлись травмы, полученные при ДТП и тяжелых рвано-размозженных повреждениях нижней конечности. Шок III-IV степени чаще отмечался при наличии сочетанных с другими органами множественных повреждений с наличием обширных ран бедра, голени. В большинстве случаев 53 (65,4%) травмы нижних конечностей были получены в результате ДТП. После падения с высоты, с различными костно-сосудистыми повреждениями, были доставлены 7 (8,6%) больных. Полные и неполные травматические ампутации на различных уровнях нижней конечности были диагностированы у 7 (8,6) больных. Большинство повреждений были локализованы в области голени – 43 (53,1%) и бедра – 21 (25,9%).

Всем больным при поступлении проводились как лабораторные, так и инструментальные методы исследования. Но не во всех случаях состояние больного позволяло проводить полноценное обследование больного. Инструментальные методы исследования степени нарушения кровообращения (пульсоксиметрия, ЦДС, рентгеноконтрастная ангиография) выполнены всего 27 (33,3%) больным, у которых оценка степени нарушения кровообращения по основным клиническим признакам не являлась достаточно достоверной. В остальных же 54 (66,7%) случаях, когда при диагностике повреждения сосудов затруднений не возникало, а показания к экстренной операции не вызывали сомнений, данные исследования не выполнялись.

Основными показаниями к проведению реконструктивных операций при открытых сочетанных повреждениях нижних конечностей являлись следующие:

• относительная сохранность сегмента, когда имелась возможность одномоментного выполнения надежного остеосинтеза, проведения реконструктивной операции на магистральных сосудах, закрытия послеоперационной раны местными тканями или с применением того или иного вида кожной пластики;

• стабильное общее состояние больного, позволяющее выполнить операцию без угрозы для жизни.

Из поступивших 81 больного в 39 (48,1%) случаях были проведены восстановительные операции, включающие этапы остеосинтеза и реваскуляризации ишемизированной нижней конечности. При выполнении остеосинтеза нередко приходилось прибегать к значительному укорочению костей, во-первых, для удаления нежизнеспособных костных фрагментов, а во-вторых, с целью облегчения выполнения реконструктивной операции на сосудах и последующего закрытия раны. Выбор того или иного способа остеосинтеза зависел как от характера перелома кости, так и от повреждения мягких тканей в данной зоне. Немаловажную роль играла и условная бактериальная загрязненность открытых переломов. Также принималось во внимание время ишемии конечности и её степень. С учетом всех вышеперечисленных факторов и определялся наиболее оптимальный способ остеосинтеза, который был бы удобен и для вмешательств на поврежденных магистральных артериях.

Наиболее часто выполнялся остеосинтез аппаратом Илизарова – в 14 (35,9%), что облегчало возможность последующего наблюдения и ухода за раной. Однако у больных с травматическими ампутациями, возможность данного метода была ограничена, так как наложенный аппарат значительно затруднял этап реваскуляризации. Учитывая это, в 3 (7,7%) случаях остеосинтез был выполнен спицами и в 10 (25,6%) – штифтами.

Во всех случаях костно-сосудистых повреждений сосудистый этап выполнялся после стабилизации костных отломков. При этом анастомоз конец в конец был наложен в 23 (59%) случаях, боковой шов – в 2 (5,1%), аутовенозное протезирование выполнено в 8 (20,5%) и перевязка сосудов в ране и на протяжении – в 6 (15,4%) случаях.

Непременным условием выполнения восстановительно-реконструктивных вмешательств на магистральных артериях являлась стабильная гемодинамика без применения вазопрессорных препаратов.

В 63 (77,7%) случаях у больных отмечено первичное заживление ран. Несмотря на восстановленное кровообращение у 3-х больных были отмечены обширные гнойно-некротические осложнения в размозженных тканях нижней конечности. Во всех этих случаях были выполнены вторичные ампутации нежизнеспособных сегментов конечности. В 7 (9,7%) случаях отмечены летальные исходы, в основном у больных с тяжелыми политравмами. Из 39 больных, которым были выполнены реконструктивные вмешательства у 29 (85,3%) отмечено адекватное восстановление кровообращения в нижней конечности. У 5 больных были диагностированы ранние тромбозы сформированных анастомозов, связанные с несостоятельностью периферического русла после длительной ишемии на фоне тяжелого шока.

Таким образом, своевременно и адекватно выполненное первичное восстановление поврежденных анатомических структур нижней конечности при костно-сосудистых травмах дает возможность получить наиболее благоприятные результаты. Применение современных лечебно-диагностических технологий значительно облегчает выбор тактики и способа восстановительно-реконструктивных вмешательств.

РЕПЕРФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕПЛАНТАЦИИ КРУПНЫХ СЕГМЕНТОВ КОНЕЧНОСТЕЙ

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

Патогенез осложнений, возникающих в поврежденной конечности и организме до и после реплантации, сложен. При травме любой тяжести и локализации возникают нарушения анатомической целостности тканей конечностей и других органов, влекущих за собой расстройство их функции. Обширность и глубина патофизиологических структурно-функциональных сдвигов прямо зависит от объема поврежденных тканей, а также локализации повреждения (чем проксимальнее повреждение, тем оно тяжелее). Явление реперфузионного синдрома в настоящее время общепризнано и должно учитываться при прогнозировании осложнений как травматической болезни, так и приживления конечности. На этом основании при прогнозировании успешности реплантации главное внимание следует уделять коррекции анемии, реперфузионного синдрома, гиперкатаболизма. Указанные сдвиги, как правило, отличаются продолжительностью, несмотря на проводимую интенсивную терапию в постреплантационном периоде.

В 2000-2015 гг. в отделения экстренной хирургии сосудов и микрохирургии РНЦЭМП МЗ РУз и его филиалы поступили 98 больных с сочетанными сложными травмами верхней и нижней конечностей и нарушением кровообращения в дистальном сегменте, полными и неполными ампутациями верхних и нижних конечностей на различных уровнях. Большая часть больных – лица мужского пола – 80 (81,6%) и трудоспособного возраста (от 15-50 лет) – 61 (62,2%). Хирургическая помощь больным с травмой конечностей и их крупных сегментов определяется как характером повреждения, так и особенностями травмирующего агента. Наименее повреждающая, гильотинная ампутация была только у 8 (8,2%) пострадавших. Почти в два раза чаще наблюдалась тракция – у 18 (18,4%). Наиболее распространенным травмирующим фактором является тракция и размозжение (отрыв и раздавливание) – у 72 (73,4%). Среди обследованных нами больных травмы (отчленения) чаще наблюдаются на уровне плеча и предплечья, реже – нижней конечности. Эти результаты подтверждаются данными о состоянии больных: при поступлении их общее состояние среднетяжелое, тяжелое и крайне тяжелое, шок I-III степени. Кроме травматического, у них, как правило, отмечается и геморрагический шок. У 76 (77,4%) пострадавших при поступлении в стационар диагностирован шок различной степени. Шок наиболее тяжелой III ст. наблюдался у 12 (12,2%) больных с полной ампутацией на уровне плеча. Хотя тяжелое состояние отмечалось у 48 (48,9%) больных, однако вопреки всем имеющимся показаниям противошоковые мероприятия проведены лишь 44 (44,9%). Как характер травмы, так и сам травмирующий фактор в 100% случаев обязывает с первых минут получения травмы начать противошоковые мероприятия. У основной массы пострадавших (76,5%) продолжительность аноксии (ишемии) поврежденных сегментов конечности составляет в основном 1-3 часа. У 78 больных (79,6%) при первичном осмотре выявлена сохранность сегмента конечности при травме; у 20 (20,4%) пациентов наблюдалось размозжение большей части травмированного сегмента конечности. Состояние кровообращения травмированного сегмента как субкомпенсированное диагностировано у 31 (31,6%) пострадавшего при неполных ампутациях; декомпенсация установлена у 67 (68,4%).

Использование в составе инфузионного раствора отечественного препарата (сукцинасол) оправдано как вещества, сочетающего свойства антигипоксанта и антиоксиданта. В настоящей работе его применение было нами патогенетически обосновано и подтверждено в эксперименте. В ряде случаев без применения предварительной регионарной перфузии после снятия клипс с восстановленных магистральных артерий и вен, кровоток в реплантированном сегменте восстанавливается не сразу. Обусловливающий это спазм сосудов может длиться, по нашим данным, 20-30 минут. Мы наблюдали подобное явление при реплантации плеча после 6-часовой аноксии. Это дает нам основание предположить, что основной причиной выраженного спазма сосудов является длительная аноксия, нарушения регуляции мышечного сокращения и реакция на массивный ток артериальной крови.

Сосудистый этап реплантации сегментов конечности – наиболее трудоемкий и ответственный. Он определяет судьбу реплантированного сегмента, его последующую структурно-функциональную полноценность, а также во многом частоту и тяжесть осложнений.

В послеоперационном периоде больной находится под пристальным вниманием как оператора, так и врача-реаниматолога. Идет борьба с анемией, проявлениями реперфузионного синдрома, анализируются данные кислотно-основного состояния, мочевины, креатинина, АЛТ, АСТ, состояние свертывающей системы крови, контролируется деятельность жизненно важных органов, в первую очередь почек и печени. Под особым контролем – количество выделяемой мочи и анализ ее состава на наличие белка, миоглобина, эритроцитов.

Клинико-экспериментальные исследования свойств отечественного полиионного раствора антигипоксанта показали, что как антигипоксант, антиоксидант, корректор pH он уменьшает интоксикацию, восстанавливает метаболические сдвиги. Использованный раствор вводился до 400,0 мл ежедневно 5 раз медленно. Эффективность корригирующей традиционной терапии с антигипоксантом и без него оценивали по уровню креатинина, мочевины, активности

АСТ, АЛТ, pH крови, частоте послеоперационных осложнений, температуре.

Состояние периферической крови при травматической болезни и реплантации крупного сегмента конечности свидетельствует о том, что адаптивные сдвиги ее параметров максимально выражены к 7-му дню; в последующем они имеют положительную динамику, однако даже через месяц большинство параметров отличается от их значений пациентов контрольной группы.

Ежедневная инфузия антигипоксанта больным с реплантацией, наряду с общепринятой традиционной инфузионной терапией, уменьшает в послеоперационном периоде выраженность метаболических нарушений, что выражается в снижении в динамике концентрации мочевины, креатинина, АЛТ и АСТ.

Таким образом, послеоперационное ведение больных является сложным и очень ответственным этапом. Постоянный мониторинг общего состояния больного, а также течения раневого процесса и состояния кровообращения в реплантированном сегменте являются естественным и неотъемлемым продолжением самого оперативного вмешательства. Только при строгом соблюдении всех правил и норм можно добиться не просто приживления конечности, но и получить в отдаленном периоде хорошие функциональные результаты.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Юлдашев А.А., Хамидов Б.П.,* Ахмедов Р.А. *,
Ким Д.Л., Султанов Н.М.,
Алимухамедов Д.Д., Йулдашев М.Ж.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Проблема лечения сочетанных повреждений верхних конечностей в настоящее время имеет особую остроту. Сочетанные костно-сосудистые поражения составляют в среднем 32,6% от общего количества травм магистральных сосудов. Если в случае внешнего воздействия, т.е. при получения ран различного характера имеет место боковое или полное пересечение сосуда, то при повреждении сосудов отломками костей чаще наблюдается травматический спазм или разрыв интимы сосуда с последующим его тромбозом. Часто на практике приходится иметь дело с повреждениями тракционного и раздавливающего характера, что значительно осложняет выполнение реконструктивных операций. Тем не менее, применение современных хирургических технологий делает возможным приживление даже полностью отчлененного сегмента, а использование корригирующих ортопедических методик позволяет в последующем восстановить его длину и функцию.

Следует отметить, что при проведении реконструктивных операций на верхней конечности стремятся, прежде всего, к функциональному результату, т.е. восстановлению движений и чувствительности в пальцах и кисти.

Цель. Улучшение тактики лечения открытых сочетанных повреждений верхних конечностей.

Материал и методы. В 2001-2015 гг. в РНЦЭМП на лечении находились 369 больных с сочетанными повреждениями верхних конечностей. У всех 369 пациентов имели место поражения магистральных сосудов, причем у 115 (31%) – в сочетании с повреждениями костей. У 121 (32,8%) пострадавшего повреждения локализовались на уровне плеча, у 219 (59,3%) – предплечья, у 29 (7,2%) – на уровне как плеча, так и предплечья.

При работе на различных станках, а также режущими и рубящими предметами травму получил 341 (92%) пациент, при падении с высоты своего роста – 17 (5%), в результате кататравмы – 5 (1,4%), ДТП – 3 (0,8%), железнодорожной травмы – 2 (0,5%), огнестрельных ранений – 1 (0,3%).

Следует отметить, что 256 (69,4%) больным, доставленным с места происшествия самотеком, догоспитальная медицинская помощь вообще не была оказана; все они были без иммобилизации, с продолжающимся активным кровотечением, в состоянии травматического и геморрагического шока.

После проведения обследования и выполнения противошоковых мероприятий все больные были оперированы. У 310 (84%) из них выполнены реконструктивные операции на сосудах, в том числе различные виды остеосинтеза произведены 82 (22,2%). У 57 (69,5%) из них для остеосинтеза использован аппарат Илизарова, у 12 (14,6%) – интрамедуллярные штифты, у 11 (13,3%) – спицы, у 1 (1,2%) – стержни, у 1 (1,2%) – накостная пластинка. Кроме того, 272 (73%) пострадавшим выполнен шов сухожилий и мышц, у 203 (55%) пациентов произведено восстановление нервов.

Основными видами реконструктивных операций на сосудах были боковой шов – у 212 (57,4%), циркулярный шов – у 58 (15,7%), протезирование – у 19 (5,1%), шунтирование – у 3 (0,8%), артериолиз – у 18 (4,9%). У 59 (16%) больных, с повреждениями на уровне предплечья при сохранении одной из магистральных артерий было выполнено только лигирование сосуда.

У 3 (0,8%) больных из-за выраженного размозжения сегментов и отсутствия условий для проведения реконструктивной операции была выполнена первичная ампутация на уровне плеча.

Благоприятное течение послеоперационного периода отмечалось у 350 (95,9%) пациентов. Умерли 4 (1,1%) больных с травмами других анатомических областей (голова, живот, грудная клетка). Осложнения различного характера отмечались у 16 (4,4%) больных: нагноение операционной раны – у 4 (1,1%) пациентов, лимфорея – у 7 (1,9%), краевой некроз кожи – у 3 (0,8%).

Результаты. Основным показанием к проведению экстренных восстановительных вмешательств при открытых сочетанных повреждениях верхних конечностей была декомпенсация кровообращения в сегмен-

те, вызванная поражением магистральных сосудов, а также характер травмы и общее состояние больного, позволяющее выполнить реконструктивную операцию. Следует отметить, что при таких травмах всегда работают смешанные бригады, состоящие из ангиохирургов (микрохирургов) и травматологов, а само вмешательство производится на фоне продолжающихся противошоковых мероприятий.

Таким образом, определение четких показаний к выполнению реконструкции, обязательное проведение всего комплекса противошоковых мероприятий, а также использование смешанных бригад хирургов позволило не только в 95,9% сохранить поврежденный сегмент конечности, но и дало возможность в дальнейшем рассчитывать на восстановление ее функциональных возможностей.

РОЛЬ РАННЕЙ ТРАХЕОСТОМИИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ С УШИБОМ СЕРДЦА

Юлдашев Ф.А., Мирахмедов Г.М., Дадаев Х.Х.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Проведение ИВЛ при ранней острой дыхательной недостаточности (ОДН) имеет существенные особенности, так как в ее задачи, наряду с устранением дыхательной недостаточности, входит пневматическая стабилизация грудной клетки. При множественных переломах ребер с ушибом сердца ИВЛ приходится проводить длительно, иногда в течение 2-3 недель и больше, особенно при развитии легочных осложнений. Для улучшения дренажной функции трахеобронхиального дерева, нормализации дыхательной функции легких рекомендуют трахеостомию, которая уменьшает мертвое дыхательное пространство, в результате чего значительно уменьшается сопротивление в дыхательных путях и повышается альвеолярная вентиляция. Вопрос о времени остается спорным. Многие авторы рекомендуют наложение трахеостомы на 7-10 сутки и в более поздние сроки нахождения больного на ИВЛ.

Цель. Оценка эффективности раннего наложения трахеостомы у больных с закрытой травмой грудной клетки с множественными переломами ребер и ушибом сердца.

Материал и методы. Под наблюдением были 57 больных, поступивших в РНЦЭМП с сочетанной травмой, ЧМТ, сотрясением головного мозга, закрытой травмой грудной клетки с множественными и флотирующими переломами ребер и ушибом сердца, осложненной подкожной эмфиземой и гемо-пневмотораксом, ОДН, шоком II ст. Возраст больных от 16 до 52 лет.

Результаты. Больным 1-й группы ИВЛ проводилась через интубационную трубку в течение 9-10 дней. За период нахождения больных на ИВЛ были сложности с синхронизацией к ИВЛ, несмотря на подбор параметров вентиляции и периодическую медикаментозную седацию, которые были связаны с обструкцией бронхолегочного дерева. Десинхронизация больного с аппаратом приводила к снижению сатурации в среднем на 12%, соответственно повышению АД на 15%, тахикардии на 50%, снижению доставки кислорода (DO2) на 28%, увеличению потребления кислорода (VO2) на 24%, увеличению сердечного индекса (СИ) на 57% и минутного объема сердца (МОС) на 70%, снижению PaO2 на 20% и повышению PCO2 на 35%. Десинхронизация с аппаратом сохранялась даже после адекватной бронхоскопической санации. На 4-5 сутки присоединялась пневмония, которая усугубляла тяжесть состояния больного. Длительность нахождения на ИВЛ в среднем составила 19 дней.

У пациентов 2-й группы, у которых устанавливали раннюю трахеостому, показатели гемодинамики и газов крови не претерпевали существенных отклонений. У 4 больных присоединилась пневмония. У больных значительно реже проводилась медикаментозная седация, что позволило своевременно и адекватно оценивать уровень восстановления сознания и отлучать от аппарата ИВЛ. Респираторная поддержка составила в среднем 14 дней.

Летальных исходов во время трахеостомии ни в 1-й, ни во 2-й группе не было.

Таким образом, ранняя трахеостомия значительно уменьшает риск развития пневмоний, сокращает длительность респираторной терапии и общего времени пребывания больного в реанимационном отделении.

ОСНОВНЫЕ ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ КОНЕЧНОСТЕЙ

Юлдашев Ш.С., Рузиев П.Н., Карабаев Х.К., Ишанкулов А.М., Аллаев Н.М., Зохидова С.Х.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Сочетанная травма вообще и кровеносных сосудов в частности превратилась к настоящему времени в специфическую проблему, в которой и поныне имеется ряд нерешенных вопросов. Это и диагностика отдельных видов травм сосудов, и сроки, объем и очередность хирургической помощи, а также организация помощи таким пострадавшим (Ш.И. Каримов с соавт.. 2010; А.М. Хаджибаев с соавт.. 2012).

Цель исследования. Изучить пути улучшения результатов лечения сочетанной травмы магистральных сосудов конечностей.

Материал и методы. К настоящему времени хирургами Самаркандского филиала РНЦЭМП (2005-2015 гг.) оказывалась хирургическая помощь 1456 пострадавшим с повреждением сосудов. Из них нами проанализированы результаты диагностики и лечения 62 пострадавших сочетанными повреждениями магистральных сосудов.

Локализация повреждений была следующей: подключичные – у 2 больных, подмышечные – у 4, плечевые – у 24, подвздошные – у 2, бедренные – у 10, под-

коленные – у 4, артерии голени – у 16. Одновременно с травмой сосудов вывихи и переломы костей выявлены у 32 пострадавших, повреждения нервов – у 62 и обширные разрушения мягких тканей – у 26. При травме периферической нервной системы чаще страдали срединный и локтевой нервы и плечевое сплетение, бедренный и седалищный нервы. Артериовенозные повреждения составили 20,4%.

Результаты. В клинической картине сочетанных травм магистральных сосудов конечностей в ранние сроки превалировали признаки сердечно-сосудистого коллапса и травматического шока, а в более поздние сроки – ишемической интоксикации. Острая кровопотеря с расстройством гемодинамики имелась у 32 (51,6%) пострадавших. Наиболее тяжелая форма острой кровопотери наблюдалась при ранениях крупных магистральных артериальных сосудов (подмышечная, подвздошная, бедренная артерии). В отдельных наблюдениях (у 14 пострадавших) тяжесть кровопотери зависела от повреждений других органов и тканей. Травматический шок осложнил сочетанные повреждения у 22 (35,5%) пациентов. Как правило, шок возникал при сочетании ранений артерии с повреждением нервов, костей и суставов.

У 27 (43,5%) пострадавших ишемия по классификации В.С. Савельева была в момент оказания хирургической помощи IБ и IIА степени, а у 3 (4,8%) – ишемия была необратимой, которым была произведена ампутация конечности. Заметим, что при ишемии IIIА степени восстановительные операции на магистральных артериальных сосудах предпринимались только при доставке пострадавших в хирургический стационар СФ РНЦЭМП, когда имелась возможность к реконструктивным операциям.

Основным принципом оперативной техники мы считаем реконструкцию поврежденного сосуда путем (если это технически возможно) циркулярного шва или пластики (бокового или полного дефекта). Непосредственная реваскуляризация конечности достигнута у 52 (83,9%) пострадавших.

У 30 пациентов (раненых) были предприняты попытки восстановить целостность сосуда общими хирургами и травматологами в субфилиалах, куда они доставлялись. У всех этих пострадавших отмечалась в ходе операции значительная кровопотеря, а неквалифицированное выполнение самого вмешательства на поврежденном сосуде не позволило восстановить адекватный кровоток. У 4 больных, которым удалось восстановить кровоток в СФ РНЦЭМП, в последующем наступил тромбоз сосудов.

Анализ наблюдений показал, что оперативные вмешательства, предпринимаемые при некомпенсированной кровопотере и шоке, как правило, чреваты печальными последствиями. Так, летальные исходы у 3 наших пациентов мы связываем с такой (поспешной) тактикой.

Уместно также заметить, что функция конечности, ее судьба, а иногда и судьба пострадавшего зависят от масштаба и тяжести сопутствующих повреждений, а следовательно, и от успешности их восстановления. В момент выполнения реваскуляризирующих операций первичный шов нерва осуществлен у 44 пациентов, а фиксация костных отломков (фрагментов) у 32.

Анализ тактических ошибок показывает, что восстановление кровотока при политравме, тяжелом разрушении мягких тканей и костей должно предприниматься после выведения пострадавшего из шока и восполнения кровопотери в условиях временного шунтирования. Восстановление целостности поврежденных вен должно осуществляться только в условиях компенсации всех систем гомеостаза и достаточной квалификации хирурга. Основной причиной смерти пострадавших были шок, кровопотеря и сочетанные повреждения.

Выводы. Улучшение результатов лечения пострадавших с сочетанными повреждениями магистральных сосудов конечностей возможно лишь при надлежащей оценке нарушений гомеостаза организма и компенсаторных механизмов. А это значит, что такие пациенты должны, по возможности, доставляться в филиалы РНЦЭМП, где к оказанию им хирургической помощи, наряду с ангиохирургами, следует привлекать реаниматолога и, при необходимости, травматолога и нейрохирурга.

ТРОМБОЗ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫХ СОСУДОВ. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

Юлдашев Ш.С., Карабаев Х.К., Хайдаров Г.А., Бахронов А.А., Зохидова С.Х., Умаров Ш.Б.
Самаркандский государственный медицинский институт,
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Пациенты с тромбоэмболией мезентеральных сосудов от общего числа больных, госпитализированных в хирургическое отделение, составляет 0,05-0,1% (Савельев В.С. и др., 2010). Тромбоз мезентериальных сосудов является тромбоэмболическим осложнением сердечно-сосудистых заболеваний, таких как ИБС, мерцательная аритмия, эндокардит, гипертоническая болезнь, и сопровождается высокой летальностью до 90-95% (Каримов Ш.И. и др., 2009; Хаджибаев А.М. и др., 2014).

Цель. Анализ факторов риска и исходов лечения больных с тромбозом мезентериальных сосудов.

Материал и методы. В Самаркандском филиале РНЦЭМП в последние 10 лет на лечении находились 182 больных с тромбозом и тромбоэмболией мезентериальных сосудов, из них 101 мужчина и 81 женщина. В возрасте до 60 лет был 161 больной, старше 60 лет – 29. Большинство страдали тяжёлыми заболеваниями с повышенной склонностью к тромбообразованию и эмболии. Клиника ОНМК зависела от быстроты развития, локализации и распространённости тромбоза, величины инфаркта кишечника, возраста больного и сопутствующих заболеваний. У 151 (82,9%)

больного наблюдалось острое, внезапное начало заболевания с быстрым прогрессированием процесса. Наиболее часто отмечались острые, сильные боли в животе, беспокойное поведение, многократная рвота, общая резкая слабость, бледность или цианоз кожных покровов, тяжелое состояние, обусловленное болевым шоком и интоксикацией, частый слабый пульс, понижение АД, гиперлейкоцитоз со сдвигом формулы влево, притупление перкуторного звука в отлогих частях живота, отсутствие кишечной перистальтики. У всех больных в анамнезе имелись тяжелые сердечно-сосудистые заболевания. Диагноз тромбоэмболии мезентериальных сосудов при поступлении в клинику установлен у 45,6% больных. У остальных 55% диагноз подтвержден дополнительными методами исследования: лапароцентез проведен у 30, лапароскопия – у 45, микролапаротомия – у 13. Все больные оперированы. У 159 (87,3%) из них имело место поражение верхней брыжеечной артерии. Тромбоэмболия основного ствола с тотальным некрозом всей тонкой и половины ободочной кишки отмечалась у 21 больного. У них операции завершены дренированием брюшной полости. Исходы заболевания были неблагоприятными, смерть наступила на 1-2-е сутки. У 9 больных диагностирован тромбоз артерий 2-3-го порядка с сегментарным поражением разных отделов тонкой кишки. У 18 пациентов операция завершена резекцией петли тонкой кишки с наложением анастомоза «конец в конец». У 31 больного, у которого некротический процесс располагался в илеоцекальном углу с переходом в слепую и восходящий отдел ободочной кишки, операция завершена резекцией дистального отдела тонкой кишки и правосторонней гемиколэктомией с илеотрансверзоанастомозом «конец в конец». У 3 (1,6%) больных тромботический процесс диагностирован в нижней брыжеечной артерии, операция завершена левосторонней гемиколэктомией с наложением трансверзостомы. Восстановление непрерывности кишечника производилось спустя 6-8 месяцев. При всех радикальных операциях производился двухмоментный лаваж брюшной полости с назоинтестинальной интубацией (НИИ) тонкой кишки. НИИ выполнена у 48 больных, ретроградная интубация толстой кишки – у 8. В ходе операции у всех больных осуществлялась блокада корня брыжейки раствором новокаина (0,5% 150-200 мл) с гепарином (5000 ЕД) и дренирование брюшной полости. У 2 (1,1%) больных во время операции диагностирован массивный венозный тромбоз. Радикальное оперативное вмешательство в виде субтотальной резекции тонкой кишки было безуспешным. Летальность при тромбозе мезентериальных сосудов составила 50,0%. Таким образом, тромбоз и тромбоэмболия брыжеечных сосудов являются грозной патологией, которая приводит к высокой летальности. Общая летальность – 65%, послеоперационная – 44,5%.

Выводы. По нашему мнению, в диагностике существенное значение имеют обзорная рентгенография органов брюшной полости, лапароскопия и лапароцентез интра- и послеоперационная антикоагулянтная терапия, что позволило нам существенно снизить летальность. Важная роль в профилактике этого заболевания отводится санитарно-просветительной работе и диспансеризации населения с целью выявления больных группы риска развития тромбоэмболических осложнений.

ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ВЕНЫ ГАЛЕНА У ДЕТЕЙ

Яковлев С.Б., Хухлаева Е.А., Адаев А.Р., Бочаров А.В., Бухарин Е.Ю., Сорокин В.С., Сельков Д.А.
ФГБАУ «НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко» МЗ РФ, г. Москва

Цель исследования. Разработка алгоритмов диагностики и лечения артериовенозных мальформаций вены Галена (АВМвГ) у детей.

Материал и методы. В НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко за период с 1985 по 2015 гг. обследовано и пролечено 205 пациентов с АВМвГ в возрасте от 3 недель до 19 лет. Распределение по возрастным группам: детей до 1 г. было 122 (59,5%), от 1 до 3 л. – 34 (16,5%), от 3 до 10 л. – 28 (14%), старше 10 л. – 21 (10%). Пациентов женского пола было 71 (35 %), мужского – 134 (65 %). Верификация АВМвГ на догоспитальном этапе осуществлялась по данным ультрасонографии, КТ, МРТ и МР-ангиографии. В условиях стационара детальное изучение ангиоархитектоники и определение тактики лечения основывалось на данных прямой контрастной церебральной ангиографии (ЦАГ).

Результаты и обсуждение. По данным ЦАГ в 57% случаев выявлена мальформация хориоидального типа (ХТ), в 39% – мурального типа (МТ). У 4% пациентов обнаружено спонтанное тромбирование АВМвГ.

Из 205 пациентов лечение проведено 183 (89%) больным (эндоваскулярная операция – 156 (85%), микрохирургическая операция – 2 (1%), радиохирургия – 7 (4%) и комбинированный метод – 18 (10%) пациентов). В 22 (11%) наблюдениях выбрана тактика динамического наблюдения. Эндоваскулярные операции (1-4 этапа) проведены 174 (85%) пациентам. Для окклюзии афферентных сосудов, в основном, при АВМвГ МТ использовались микроспирали, при ХТ – клеевые композиции. Тотальное выключение АВМвГ достигнуто в 33% случаев, частичное – 67%. В раннем послеоперационном периоде умерли 3 пациента. В связи с прогрессированием гидроцефалии 44 (21%) пациентам потребовались ликворошунтирующие операции.

Отдаленные результаты после лечения прослежены в сроки от 1 года до 15 лет. Результаты микрохирургического лечения: у 3 пациентов произошла грубая инвалидизация, у 1 пациента отмечено улучшение в неврологическом статусе. В группе пациен-

тов оперированных эндоваскулярным методом получены следующие результаты: ухудшение – 12 (7%), стабилизация – 23 (13%), улучшение – 91 (52%), выздоровление – 43 (25%), летальный исход – 5 (3%). Оценка отдаленных результатов в группе консервативного лечения: стабилизация – 13 (93%), летальный исход – 1 (7%). У пациентов со спонтанно тромбированной АВМвГ (8 пациентов) в отдаленном периоде отмечено полное отсутствие неврологической симптоматики.

Заключение. Эндоваскулярный метод является малоинвазивным и высокоэффективным методом лечения АВМвГ, позволяющим добиться низкого уровня инвалидизации и смертности пациентов педиатрической группы.

ПОСТКАТЕТЕРИЗАЦИОННЫЕ ФЛЕБИТЫ: ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ И ПУТИ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

Ярашев А.Р., Эшонов О.Ш.,
Кучкарова Ф.А., Акрамова Н.А.
Бухарский филиал РНЦЭМП,
Бухарский государственный медицинский институт

Венозный доступ необходим для оказания неотложной помощи больным, доставленным в тяжелом состоянии. Это дает возможность не только забора крови для анализов, но и введения лекарственных препаратов в сосудистое русло. Но при необходимости повторных инъекций или инфузий придется повторить эту неприятно болезненную процедуру иглоукалывания. Имеется ряд недостатков введения лекарств с помощью иглоукалывания у тяжелых больных: 1) повторные инъекции увеличивают инвазивность процедуры и риск повреждения кожных покровов больного или медперсонала, соответственно увеличивается риск передачи некоторых заболеваний (ВИЧ, гепатит В и С, сифилис и т.д.); 2) трудность фиксации иглы, особенно у беспокойных больных, которые находятся в бессознательном состоянии; 3) маленький диаметр иголки не даёт возможность быстро ввести необходимый объем растворов при шоковых состояниях. Эту проблему помогают решить периферические катетеры, изготовленные из гибких пластиковых материалов – интраканы и ангиокаты. Специальная конструкция обеспечивает хорошую фиксацию и гарантированный венозный доступ, удобное введение (самое ценное – без иглы!) лекарственных средств в сосудистое русло.

Следует отметить, что установка периферического катетера, как и другие медицинские процедуры, требует строгого соблюдения правил асептики и антисептики. Кроме того, требуется ежедневный уход за катетером и кожей вокруг его асептическими растворами. Инфузии/инъекции высококонцентрированных лекарственных средств (7,5%, 10% растворы натрия хлорида, тиосульфата натрия и т.д.) тоже оказывают раздражительное действие на эндотелиальный слой сосудистой стенки с последующим асептическим воспалением.

Материал и методы. В 2015 г. в отделении анестезиологии и реанимации Бухарского филиала РНЦЭМП на лечении находились 2180 больных. У 1578 из них установлены периферические ангиокатетеры, у 195 – центральные (подключичные и внутренние яремные) катетеры. У 12 (0,67 %) пациентов отмечались осложнения в виде локальных флебитов. Эти явления оценены как асептические воспаления вследствие введения высококонцентрированных препаратов (в основном 7,5% раствор хлорида натрия), так как на месте установки катетера отсутствовали признаки гнойного воспаления. При появлении признаков местного воспаления катетеры немедленно были удалены, на место установки и выше наложена гепариновая мазь, дано возвышенное положение этой конечности. Эти меры были достаточны для регресса признаков воспаления в течение 1-2 суток.

Таким образом, отсутствие остатков крови на катетере, «гепариновая пробка» между инфузиями, ежедневный туалет вокруг катетера и смена повязок являются важными факторами профилактики флебитов и гнойно-воспалительных осложнений. Следует отметить, что установка периферического катетера на парализованную конечность больного с инсультом намного увеличивает риск возникновения вышеуказанных осложнений. В связи с этим больным, находящимся на длительном лечении, которым необходимо повторное введение высококонцентрированных растворов, целесообразна установка венозного катетера в магистральный сосуд крупного диаметра.

III. СТАНДАРТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СОСУДИСТЫХ ПАТОЛОГИЙ В НЕВРОЛОГИИ, КАРДИОЛОГИИ И ПЕДИАТРИИ

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ПЕРВИЧНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ

Агзамов Б.Р.
Навоийский филиал РНЦЭНМП

По данным ВОЗ, в структуре общей смертности населения европейских стран инсульт занимает 2-3 место. В Узбекистане частота встречаемости ишемического инсульта значительно увеличилась за последние 5-7 лет с тенденцией «омоложения» ишемического инсульта, ежегодно регистрируется около 40000 новых случаев (по данным Гафурова Б.Г.).

Цели: 1 – разработка патогенетической медикаментозной терапии когнитивных нарушений при ишемических инсультах в условиях отделения экстренной неврологии, адекватно снижающей неврологические осложнения после перенесённого инсульта; 2 – подбор оптимальных доз препаратов; 3 – тенденция к началу более ранней реабилитации больных с указанной нозологической единицей.

На базе Филиала (с периода 2013 г. по 2015 г.) обследовано 60 больных, перенесших первичный ишемический инсульт, среди них 28 женщин и 32 мужчины. Средний возраст больных составил от 50 до ±75 лет. Всем больным в указанной группе проводились: общесоматическое исследование, компьютерная томография головного мозга (КТ), допплерография – экстра- и интракраниальных сосудов, общий анализ крови, определение протромбинового индекса (ПТИ), времени свёртывания крови (ВСК), клинико-неврологическое исследование. Клинико-неврологическое обследование позволило выявить у указанной группы больных наличие проявлений пирамидной недостаточности в виде гемипарезов (12 больных), гемиплегий (28 больных), явлений сенсорной афазии (13 больных), моторной афазии, включая частичную (15 больных), сенсорно-моторной афазии (12 больных); у всех указанных больных выявлены патологические рефлексы, нарушения чувствительной сферы, а также нарушения когнитивных (высших) функций в виде снижения памяти, нарушений интеллектуально-мнестической функции.

30 больным в исследуемой группе пациентов с 1-го дня острого периода на фоне базисной терапии по стандартам экстренной неврологии проводилась интенсивная комплексная терапия, включавшая в себя применение препарата «Нейромак 1000» (производство Узбекистан) по 4 мл, 2 раза в день, внутривенно капельно на физиологическом растворе, ежедневно в течение 14 дней под контролем неврологического статуса, артериального давления и ЭКГ-мониторинга; в качестве препарата с выраженным антигипоксическим и антиоксидантным действием применялся препарат «Квикард» (производство Узбекистан) в дозировке 5 мл 2 раза в день внутривенно струйно, ежедневно в течение 21 дня.

Контрольная группа пациентов (30 больных) получала базисную медикаментозную терапию по схеме стандартов лечения, принятых в экстренной неврологии.

По окончании указанного курса интенсивной терапии и проведения повторного клинико-неврологического исследования у всех больных указанной группы отмечалось значительное восстановление функции пирамидной системы (раннее восстановление двигательной активности в паретичных конечностях, мышечной силы и тонуса), чувствительной сферы.

Существенным достижением в применении указанной схемы лечения и доз препаратов явилось значительное восстановление когнитивных функций (по данным теста MILL, теста на запоминание 10 слов, теста Бурдона).

Выводы. Необходимо глубокое знание этиологических причин развития ишемического инсульта, особенно первичного, клинических форм его проявлений.

Использование современной нейровизуализации имеет неоспоримое значение в вопросах точной диагностики и топической визуализации патологического процесса.

Правильно подобранная комплексная патогенетическая терапия, базирующаяся на современных представлениях о механизмах патогенеза ишемического инсульта, включающих механизм апоптоза («каскадный механизм»), оксидантный стресс, является залогом снижения риска возможных рецидивов и начала более раннего восстановления когнитивных функций и, как следствие этого, ранней социальной реабилитации указанной группы больных.

Первостепенное значение патогенетического звена терапии в раннем функциональном и органическом восстановлении у больных с первичным ишемическим инсультом является немаловажным в экономическом аспекте.

Рекомендуется активное использование препаратов отечественных производителей, не уступающих по фармакологическим и медикаментозным свойствам другим зарубежным аналогам.

ИНТЕНСИВНАЯ И РЕСПИРАТОРНАЯ ТЕРАПИЯ ЛЕГОЧНО-ГИПЕРТЕНЗИОННЫХ КРИЗОВ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА

Алимджанова Н.Ю., Абролов Х.К., Ибадов Р.А.
АО «Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова»

Одной из важных проблем кардиохирургии остается резидуальная легочная гипертензия (ЛГ) и связанные с ней легочно-гипертензионные кризы (ЛГК),

возникающие в раннем послеоперационном периоде после радикальных коррекций врожденных пороков сердца, осложненных легочной гипертензией. Летальность при ЛГК составляет 18-55%. Фармакотерапия, способствующая обратному развитию ЛГ, препятствует возникновению ЛКГ, улучшает качество жизни пациента и ее продолжительность.

Цель. Стандартизация протокола лечебно-диагностической тактики легочно-гипертензионных кризов и резидуальной легочной гипертензии у больных с врожденными пороками сердца (ВПС) в раннем послеоперационном периоде.

Материал и методы. В 2006-2015 гг. в отделении ВПС РСЦХ им. В. Вахидова на лечении находились 954 больных с ВПС с лево-правым сбросом, из них 250 больных с ВПС с ЛГ IIIа-IIIб-IV ст. Всем пациентам проводилась эхокардиография, а с высокой ЛГ – ангиографические исследования по общепринятой методике. Исходное системное систолическое артериальное давление (САД) было в пределах 90-100 мм рт.ст. (96,2±4,8). 106 пациентов 1-й группы на этапах хирургического лечения получали общепринятую терапию. Исходно САД в ЛА составляло 87,5±15,2 мм рт. ст., показатель Qp/Qs – 1,0±3,0. Исходно у 131 пациента 2-й группы САД в ЛА было равно 89,3±14,2 мм рт.ст., показатель Qp/Qs – 1,6±0,4. У больных 2-й группы в предоперационном лечении использовались ингибиторы фосфодиэстеразы-5 (иФДЭ-5, Revatio) и ингибиторы АПФ (иАПФ) каптоприл. В раннем послеоперационном периоде проводили терапию, включающую инотропные препараты (допамин, добутамин, адреналин), ингибиторы фосфодиэстеразы-3 (милринон, эноксимон, перфан), нитраты, простагландины Е1 (вазапростан) – 6-7-компонентная терапия.

Результаты. У пациентов 1-й группы после проведенной общепринятой терапии не зафиксировано достоверного снижения САД в ЛА, оно составляло 86,4+14,8 мм рт.ст., показатель Qp/Qs был равен 1,4±0,2. Благоприятное течение раннего послеоперационного периода наблюдалось у 56 (76%) больных, у 18 (24%) отмечалось 16 различных осложнений, с летальным исходом – у 10 (13%). У пациентов 2-й группы после приема иФДЭ-5 и иАПФ в предоперационном периоде в течение 20 дней САД в ЛА составляло 76,0±13,1 мм рт.ст., показатель Qp/Qs – 3,6±1,0. Во 2-й группе умерли 3 (4%) больных, у 77 (96%) наблюдалось благоприятное течение раннего послеоперационного периода. Тактика ведения больных с высокой ЛГ в раннем послеоперационном периоде позволила снизить летальность более чем в 3 раза. У 3 больных возникло 5 критических осложнений, приведших к летальному исходу. Преобладала сердечная недостаточность, ни в одном случае не наблюдался легочно-гипертензионный криз. В послеоперационном периоде у 20 (80%) пациентов отмечалась сердечно-сосудистая недостаточность средней степени.

Выводы. 1. Целесообразность применения иФДЭ-5, иАПФ и нитратов (3-компонентная терапия) в предоперационной подготовке больных ВПС с высокой ЛГ обусловлена сочетанным усилением эффекта вазодилатации и перераспределения объема между системным легочным и общим кровотоком (увеличение Qp/Qs с 1,0-2,9 до 3,0-5,0; p<0,05), что вызывает снижение среднего давления в легочной артерии на 8-12%, в послеоперационном периоде является профилактикой сердечно-сосудистой недостаточности и ЛГК с уменьшением длительности ИВЛ и снижением резидуальной ЛГ на 8-10%. 2. Ведение пациентов в раннем послеоперационном периоде в режимах по давлению с ограничением пикового инспираторного давления при PEEP 2-3 мм рт.ст. способствует коррекции гипоксемии при сердечной недостаточности и профилактике легочно-гипертензионных кризов после радикальной коррекции ВПС, осложненных высокой ЛГ.

ПОКАЗАТЕЛИ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Алимов Д.А., Кенжаев М.Л., Турсунов Х.М., Рахимова Р.А., Мухамедова Б.Ф.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель. Изучение динамики показателей систолической функции левого желудочка в зависимости от тактики лечения в остром периоде инфаркта миокарда (ИМ).

Материал и методы. В исследование включены 46 больных (28 мужчин и 18 женщин), перенесших острый ИМ с зубцом Q. Средний возраст больных 51,7±12,3 года. У 32 больных был диагностирован передний, у 14 – задний ИМ. В исследование не включались пациенты с повторным инфарктом миокарда. В зависимости от проведенной терапии больные разделены на 2 группы. 1-я группа – 24 больных, которые получали только консервативную терапию, согласно стандарту, 2-я группа – 22 больных, у которых, кроме консервативной терапии, проведены системный тромболизис или коронароангиография с последующим стентированием коронарной артерии в течение первой недели. Всем больным проводилось эхокардиографическое и допплер-эхокардиографическое исследование. Динамическое наблюдение осуществлялось в течение 6 месяцев, за этот период больные обследовались трижды. Первичное обследование больных проводилось в остром периоде инфаркта миокарда в течение первых 10 дней. В дальнейшем повторные исследования в том же объеме проводились через 3 и 6 месяцев после ИМ.

Результаты. У больных 1-й группы к шестому месяцу заболевания заметно увеличились размеры полости ЛЖ: КДР ЛЖ – от 5,62±2,9 до 6,12±2,78 см, т.е на 8,4% (p<0,05). Во 2-й группе КДР ЛЖ имел тенденцию к уменьшению: от 5,61±2,98 до 5,48±3,30 см (p>0,05). Такая же динамика наблюдалась и в отношении

КСР ЛЖ. Увеличение полости ЛЖ у больных этой группы сопровождалось изменением ее геометрии – она приобрела более сферическую форму. Об этом свидетельствовала тенденция к росту индекса сферичности левого желудочка (от 0,61±0,08 до 0,64±0,08; p>0,05). Увеличение размеров и объемов ЛЖ сердца у пациентов 1-й группы сопровождалось увеличением толщины стенок ЛЖ. В результате этого индекс относительной толщины стенки миокарда (индекс относительной толщины стенки ЛЖ 2H/D= = (ТМЖП + ТЗСЛЖ) /КДР ЛЖ) к концу исследования значительно уменьшился. У больных 2-й группы этот показатель достоверно не изменился. В начале исследования исходные значения ФВ ЛЖ достоверно не различались и составляли соответственно 45,48±4,27 и 46,12±4,22%. ФВ ЛЖ во 2-й группе достоверно увеличилась до 53,85%, в 1-й группе дилатация полости ЛЖ сопровождалась снижением сократительной способности: ФВ ЛЖ снизилась на 41,25%.

Полученные данные позволяют сделать **вывод** об особенностях процесса ремоделирования ЛЖ после перенесенного острого ИМ. У больных 2-й группы процесс ремоделирования ЛЖ носил адаптивный характер. Это проявилось в уменьшении размеров полости ЛЖ, сохранении гемодинамически более выгодной цилиндрической формы желудочка, поддержании удовлетворительной сократительной способности ЛЖ. Адаптивный характер ремоделирования сердца может быть связан с определенным сокращением зоны постинфарктного рубца и приостановкой процесса прогрессирующей эксцентрической гипертрофии неповрежденного миокарда в результате восстановления коронарного кровотока пораженного участка. В то же время у больных 1-й группы процесс ремоделирования ЛЖ сердца носил неадаптивный характер: отмечалась прогрессирующая дилатация полости ЛЖ с переходом к гемодинамически невыгодной сферической форме желудочка, значительная эксцентрическая гипертрофия ЛЖ, которая сопровождалась снижением ФВ и появлением клинических признаков ХСН.

ДИНАМИКА ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Алимов Д.А., Кенжаев М.Л., Турсунов Х.М., Рахимова Р.А., Мухамедова Б.Ф.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель. Изучение динамики толерантности к физической нагрузке (ФН) у больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) в зависимости от тактики лечения в остром периоде.

Материал и методы. В исследование включены 60 больных (48 мужчин и 12 женщин), перенесших ОИМ с зубцом Q. Средний возраст больных 52,7±11,7 года. У 43 больных был диагностирован передний, у 27 – задний ИМ. В исследование не включались больные с повторным инфарктом миокарда. В зависимости от проведенной терапии больные были разделены на 2 группы. 30 пациентам контрольной группы проводилась только консервативная терапия (антикоагулянты, антиагреганты, β-адреноблокаторы и АПФ, статины, по показаниям нитропрепараты). Реваскуляризация миокарда не проводилась из-за наличия противопоказаний. 30 больным основной группы кроме консервативной терапии проводили системный тромболизис или коронароангиографию с последующим стентированием коронарной артерии в течение первой недели. Всем больным с целью оценки толерантности к физической нагрузке проведен тест с шестиминутной ходьбой (ТШХ). Динамическое наблюдение проводилось в течение 6 месяцев. Первичное обследование больных осуществлялось на 9-10-й день заболевания, в дальнейшем повторные обследования в том же объеме проводились через 3 и 6 месяцев после ИМ.

Результаты. Пройденная при выполнении ТШХ больными основной группы дистанция при первом обследовании (на 9-10 день заболевания) составила 405,67±30,42 м, в динамике (через 6 мес.) этот показатель достоверно увеличился до 541,96±21,01 м (p<0,05). У пациентов контрольной группы при первом обследовании пройденная дистанция составила 372,54±24,93 м, в течение всего периода наблюдения этот показатель имел лишь тенденцию к увеличению (401,39±22,52 м) (p>0,05). Величина пройденной дистанции у больных обеих групп имела прямую корреляционную зависимость с фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) в течение всего периода исследования. При анализе связи между показателями конечного диастолического объема (КДО) и пройденной дистанции выявлено, что при КДО ЛЖ до 140 мл наблюдается прохождение более значительной дистанции, чем при КДО ЛЖ свыше 140 мл. Такая зависимость отмечалась на протяжении всего периода исследования у больных обеих групп.

Заключение. Имеющиеся различия между показателями толерантности к физической нагрузке позволяют косвенно судить об особенностях процесса ремоделирования ЛЖ сердца у больных, перенесших острый ИМ. У больных контрольной группы процесс ремоделирования ЛЖ носил адаптивный характер, что указывает на восстановление толерантности к физической нагрузке и отсутствие признаков хронической сердечной недостаточности. Адаптивный характер ремоделирования сердца может быть связан с определенным сокращением зоны постинфарктного рубца и приостановкой процесса прогрессирующей эксцентрической гипертрофии неповрежденного миокарда в результате восстановления коронарного кровотока пораженного участка. У пациентов основной группы процесс ремоделирования ЛЖ сердца носил неадаптивный характер, что сопровождалось низкой толерантностью к физической нагрузке и появлением клинических признаков ХСН.

НЕИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА СОСУДИСТОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Алимова Х.П., Джубатова Р.С., Куртиева Ш.А., Алиева Д.А., Бабаджанова З.У., Сайфуллаева Д.В.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Ташкентский институт усовершенствования врачей

Сосудистая вегетативная дисфункция у детей (СВД) – синдром или комплекс симптомов, которые служат проявлением нарушения регулирующей функции вегетативной нервной системы. Первые ее проявления могут наблюдаться уже в самом раннем возрасте и проявляться различными нарушениями сердечного ритма, вплоть до жизнеугрожающих, синкопальными состояниями, артериальной гипертонией или гипотонией и др. Со временем они могут трансформироваться в тяжелые, трудно поддающиеся терапии заболевания, например, в раннюю артериальную гипертензию. В связи с этим оценка состояния адаптивно-компенсаторных механизмов регуляции, в частности, сердечно-сосудистой системы, современными высокоинформативными методами исследования является важным фактором предупреждения жизнеугрожающих состояний. Необходимо предостеречь от некоторых, на наш взгляд, неоправданных позиций, например, назначения психотропных, гипотензивных, антиаритмических препаратов и снотворных сред.

Цель. Дифференцированная диагностика СВД у детей и подростков с использованием метода суточного мониторирования ЭКГ – холтеровского мониторирования (ХМ).

Материал и методы. В стационарных условиях были обследованы 28 детей с подозрением на СВД в возрасте от 3 и до 18 лет, из них 10 мальчиков и 18 девочек. Контрольная группа – 10 здоровых детей. Всем детям было проведено комплексное обследование: ЭКГ, ХМ, ЭхоКГ, ЭЭГ, биохимический анализ крови, УЗИ брюшной полости и мочевыводящих путей.

Результаты. При объективном обследовании признаков СН не выявлено. 10 (35,7%) детей поступили в стационар с синкопальным состоянием; у 5 (17,8%) детей были жалобы на сердцебиение, боли в груди, головные боли, слабость, вялость, сонливость, боли в животе; у 3 (10,7%) наблюдались гипо- и гипертермические состояния, у 2 (7,1%) отмечался гипертензионный криз, у 5 (17,8%) – брадиаритмия, у 10 (35,7%) – тахиаритмия.

У детей с СВД влияние регулирующих факторов не отличается от такового у здоровых детей. Функциональная природа аритмий у детей, связь их с деятельностью вегетативных надсегментарных регуляторных систем подтвердились при введении в практику суточного мониторирования ЭКГ (ХМ). Оценивались средняя, минимальная, максимальная ЧСС за сутки, ночью, днем, ЦИ, паузы ритма, наличие нарушений ритма. У всех обследованных часто встречалась неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Во время обследования дети с СВД по полу и по возрасту были сопоставимы с детьми контрольной группы. Оказалось, что при ХМ у абсолютно здоровых детей на протяжении суток могут появляться отдельные патологические ЭКГ-феномены без всякой связи с органической заинтересованностью: ЧСС в течение суток колебалось от 45 до 200 в 1 мин у всех детей; АВ-блокады по Мобитцу I степени отмечались у 7; II степени – у 5 детей (чаще в ночное время); единичные предсердные – у 8, и желудочковые экстрасистолы имели место у 2 детей. При ХМ обнаружено, что у 12 (42,8%) пациентов СВД протекало по симпатикотоническому типу, у 4 детей (14,2%) – по ваготоническому типу, а у 2 (7,1%) – по смешанному типу. У детей с ваготоническим вегетативным тонусом чаще всего отмечалась АВ блокада I степени с синдром WPW, удлинение интервала QT, снижение ЧСС, предсердная экстрасистолия. У детей с симпатикотоническим вегетативным тонусом чаще наблюдалась высокая ЧСС, предсердная экстрасистолия, дыхательная аритмия. У 7 (25%) детей при увеличении ЧСС на фоне активации симпатического влияния отмечалось снижение показателей вариабельности ритма как RMSSD и повышение SDNN от возрастной нормы, т.е. происходило усиление концентрации ритма. У 5 (17,8%) детей с брадикардией на фоне повышения тонуса вагуса снижались показатели SDNN и отмечалось некоторое повышение RMSSD от возрастной нормы. У детей с СВД по кардиальному варианту регистрировалось снижение общей вариабельности сердечного ритма, что также указывает на снижение адаптационных возможностей этих детей. У детей с СВД отмечается снижение общей ВСР и низкое вегетативное обеспечение, что в целом говорит о сниженных адаптационных возможностях. У всех обследованных детей показатель циркадного индекса был в пределах возрастной нормы – 1,2-1,3. Сосудистая вегетативная дистония с артериальной гипертензией у детей чаще встречалась из-за лабильности ЦНС, без признаков стойкого органного вовлечения. У 2 (7,1%) подростков с первичной АГ отмечается снижение вариабельности сердечного ритма за счет фоновой активации симпатического отдела ВНС и недостаточной активности ее парасимпатического отдела, что приводит к неадекватному ночному снижению АД.

Выводы. 1. По результатам ХМ у детей с СВД имеет место снижение общей ВСР и низкое вегетативное обеспечение, что в целом говорит о сниженных адаптационных возможностях и нарушении регуляции, в том числе сердечно-сосудистой функции, со стороны ЦНС. 2. Проведение ХМ детям с подозрением на СВД с анализом вариабельности сердечного ритма и определением состояния адаптивно-компенсаторных механизмов является ценным диагностическим методом, позволяющим определить дифференцированные подходы к лечению, предупредить тяжелые аритмии и другие, связанные с угрозой жизни, состояния, оценивать эффективность лечения.

КЛИНИКА ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Алимова Х.П., Джубатова Р.С., Нуралиева Г.С., Алибекова М.Б.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Сердечно-сосудистая недостаточность типична для пневмонии, особенно у детей раннего возраста. Развивается быстро, бурно, уже на ранних стадиях заболевания. Нарушение функции сердечно-сосудистой системы может клинически проявиться в виде острой коронарной недостаточности, сердечной, сосудистой, а чаще – сердечно-сосудистой недостаточности.

Цель. Изучение клинических проявлений и лечение поражения миокарда с развитием острой сердечной недостаточности в раннем детском возрасте на фоне пневмонии.

Материал и методы. Под наблюдением были 60 детей в возрасте от 3 месяцев до 1 года с пневмонией, осложнившейся острой сердечной недостаточностью, находившихся на стационарном лечении в отделениях экстренной педиатрии, отделении реанимации и интенсивной терапии РНЦЭМП МЗ РУз за период с января 2014 г. по декабрь 2015 г. Всем больным проводили общеклиническое обследование (гемограмма, урограмма, копрограмма), биохимическое исследование крови, бактериологическое исследование (мазок из зева), рентгенографию грудной клетки, ЭКГ, по показаниям ЭхоКГ и КТ-исследование. Полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики по методу Фишера – Стьюдента.

Результаты. Клиника острой сердечной недостаточности у детей с пневмонией характеризовалась тахикардией, которая не соответствовала температуре тела. У 16 (26,7%) больных пневмония осложнилась острой дыхательной недостаточностью в сочетании с острой сердечной недостаточностью I степени, у 33 (55%) – в сочетании с острой сердечной недостаточностью II степени, у 7 (11,7%) – с явлениями вторичного менингоэнцефалита, у 4 (6,6%) – дыхательной, сердечно-сосудистой недостаточностью в сочетании с токсическим поражением печени. Отмечалась бледность кожных покровов, акроцианоз. При аускультации у всех пациентов тоны сердца приглушены, у 9 (15%) детей выслушивался систолический шум.

На рентгенограмме грудной клетки у 9 (15%) отмечалась двусторонняя полисегментарная, у 22 (36,7%) – правосторонняя, у 13 (21,7%) – левосторонняя полисегментарная, у 5 (8,3%) – двусторонняя очагово-сливная пневмония, у 11 (18,3%) – правосторонняя очагово-сливная пневмония.

На ЭКГ выявлялись различные виды обменно-дистрофических нарушений в миокарде. У 43 (71,7%) больных детей отмечались признаки нарушения реполяризации (снижение зубца Т и удлинение интервала Q-T), у 17 (28,3%) детей – признаки гипоксии миокарда (высокий заостренный зубец Т при нормальном интервале Q-T).

Медикаментозная терапия была направлена на лечение основного заболевания (антибактериальная терапия), восстановление сердечной деятельности, гемодинамики, дыхания, коррекцию метаболических нарушений, профилактику возможных осложнений.

Антибактериальная терапия проводилась эмпирически – цефалоспорины 3 поколения – цефтриаксон по 75-100 мг/кг/сут в комбинации с аминогликозидами – амикацин по 12 мг/кг/сут, далее – лечение осложнений с учетом микробиологического мониторинга. Лечение сердечной недостаточности проводилось с учетом оценки клинических проявлений, фармакокинетики сердечных гликозидов (насыщение дигоксином в дозе 0,1 мг/кг), их комбинации с диуретиками и другими препаратами. При преобладании перегрузки в малом круге кровообращения применяли допамин 4-6 мг/кг/мин, лазикс 2-4 мг/кг.

Эффективность проводимого лечения оценивалась на 7-е сутки, уменьшились субъективные и объективные симптомы заболевания, нормализовались лабораторные и рентгенологические показатели.

Выводы. 1. Клинические проявления сердечной недостаточности в раннем детском возрасте являются неспецифическими, поэтому с целью уточнения диагноза необходимо проведение полного клинико-инструментального исследования, включающего ЭКГ, рентгенографию органов грудной клетки, ЭхоКГ с расчетом показателей центральной гемодинамики. 2. Осложнения острой сердечной недостаточности у детей раннего возраста отмечались в основном при полисегментарных пневмониях. Острая сердечная недостаточность всегда сопровождалась дыхательной недостаточностью. У большинства больных с острой сердечной недостаточностью на ЭКГ регистрировались признаки нарушения реполяризации. 3. Лечение пораженного миокарда у больных с осложненной формой пневмонии должно быть ранним и дифференцированным. При снижении сократительной способности миокарда целесообразно применение сердечных гликозидов.

ВЫЯВЛЕНИЕ МИОКАРДИАЛЬНОГО СТАННИНГА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПОСЛЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Аляви А.Л., Кенжаев М.Л., Борисова Е.М., Саттаров Х.И., Кенжаев С.Р.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Дисфункция после тромболитической терапии при остром инфаркте миокарда (ИМ) может быть обратимой. В раннем периоде инфаркта миокарда обратимые и необратимые повреждения могут проявляться в виде региональных нарушений движений стенок. По увеличению утолщения стенки во время инфузии добутамина (добутамин-связанные движения стенки) можно точно определить обратимость миокардиальной дисфункции в этих сегментах.

Методы и результаты. Многоступенчатая добутаминовая ЭхоКГ (в покое, 4 и 12 мкг/кг/мин, на высоте нагрузки) выполнялась в течение 7 дней после тромболитической терапии. Обратимость дисфункции определялась при улучшении кинетики стенки. Достоверность добутамин-связанного движения стенок сравнивали с признаками ранней реперфузии и пика креатинкиназы. 63 больных прошли добутаминовую ЭхоКГ без осложнений. Повторная эхокардиография были проведена 51 (81%) из этих пациентов, движение стенок улучшилось у 22 (41%). Специфичность добутамин-связанного движения стенок по отношению к обратимой дисфункции на всех этапах добутаминовой ЭхоКГ была высокой (от 90 до 93%), но чувствительность составляла 86%, и только тогда, когда гемодинамика не была изменена (низкие дозы, 4 мкг/кг/мин). ИМ без зубца Q и низкое значение креатинкиназы (<1000 МЕ/мл) также имели специфичность от 89 до 93%, но были менее чувствительны: 64% (p=0,1) и 55% (p<0,051). Признаки ранней реперфузии не указывали на постишемическую дисфункцию. Добутамин-связанные движения стенок миокарда при низких дозах и ИМ без зубца Q самостоятельно определили обратимое нарушение функции, но только добутамин-связанные движения стенок были чувствительны при всех локализациях инфаркта. ИМ без Q имел чувствительность только при инфаркте передней локализации.

Выводы. Таким образом, многоступенчатая добутаминовая ЭхоКГ может быть выполнена безопасно в ранние сроки после тромболитической терапии. Добутамин-связанные движения стенок при малых дозах точно обнаруживают обратимую дисфункцию при всех локализациях инфаркта. Добутамин-связанное движение стенок при ИМ без зубца Q может точно определить обратимую дисфункцию в ранние сроки после тромболитической терапии у больных с острым инфарктом миокарда.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ УЛУЧШЕНИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ЗУБЦОМ Q

Аляви А.Л., Кенжаев С.Р., Алимов Д.А., Кенжаев М.Л., Рахимова Р.А., Абдужалилова С.И.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель. Прогнозирование улучшения региональной систолической функции левого желудочка после стентирования венечных артерий методом стресс-эхокардиографии с добутамином у больных с инфарктом миокарда с зубцом Q.

Материал и методы. Для оценки диагностической значимости стресс-эхокардиографии с добутамином в выявлении жизнеспособного миокарда обследованы 60 пациентов с ОИМ с зубцом Q (средний возраст 54±6 лет), из них 6 женщин, на 3-7 сутки заболевания. Всего в динамике оценивали функцию 452 сегментов с исходными нарушениями сократимости до и после стентирования. До реваскуляризации пациентам проводили стресс-эхокардиографию с добутамином. Повторные эхокардиографические исследования выполняли через 6 месяцев после стентирования.

Результаты. При проведении стресс-эхокардиографии с добутамином 300 сегментов были расценены как жизнеспособные (66,4% от всех сегментов с нарушениями сократимости), из них в 176 сегментах отмечался двухфазный ответ, в 124 – стойкое улучшение сократимости; 152 (33,6%) сегмента были расценены как нежизнеспособные, с фиксированным (96 сегментов) или ишемическим ответом (56 сегментов) на введение добутамина. При проведении повторных эхокардиографических исследований восстановление или улучшение сократимости отмечалось для 268 (59,3%) сегментов через 6 месяцев (p<0,05) после реваскуляризации. Таким образом, процесс восстановления сократимости завершался к 6 месяцу после реваскуляризации и практически не изменялся через год. Улучшение сократимости через 6 месяцев после реваскуляризации выявлено в 63% сегментов с исходными нарушениями сократимости с кровоснабжением из бассейна левой венечной артерии (ЛВА) (передняя межжелудочковая ветвь – ПМЖВ и огибающая ветвь – ОВ) и 42,8% сегментов с кровоснабжением из правой венечной артерии (ПВА) (p<0,05). Сегменты, сократимость которых улучшилась, были расценены как жизнеспособные. Улучшением сократимости сегмента ЛЖ считалось изменение гипокинезии на нормокинезию, акинезии и дискинезии на гипокинезию или нормокинезию. При исходной дискинезии изменение в сторону акинезии не считалось улучшением сократимости. Те сегменты, сократимость которых не улучшилась, расценивались как нежизнеспособные.

Выводы. Таким образом, стресс-эхокардиография с добутамином является эффективным методом выявления жизнеспособного миокарда у пациентов с перенесенным ИМ с зубцом Q. Положительная прогностическая значимость в отношении улучшения сократимости сегментов ЛЖ в нашем исследовании составила 72%, отрицательная прогностическая значимость – 65,8%. Наибольшее улучшение сократимости зарегистрировано через 6 месяцев после проведения реваскуляризации методом стентирования венечных артерий. Улучшение сократимости после реваскуляризации в сегментах ЛЖ с исходной гипокинезией отмечается чаще, чем в сегментах с акинезией, и отсутствует в сегментах с дискинезиями.

ВЗАИМОСВЯЗЬ БЛОКАДЫ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА И НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Холов Г.А., Джураева Н.О., Алиев Ж.С., Кенжаев С.Р.
Бухарский филиал РНЦЭМП

Цель. Оценка неблагоприятных исходов у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) в сочетании с блокадой левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ).

Материал и методы. Объект исследования: 1-я группа – 56 пациентов с ОКС и БЛНПГ, 2-я – 32 пациента с ОКС без БЛНПГ. Место наблюдения – кардиореанимационное и кардиологическое отделения Бухарского филиала РНЦЭМП, 2015-2016 гг. Критерии включения в тестовую группу: пациенты с ОКС и БЛНПГ. Критерии исключения: синдром WPW, гиперкалиемия, желудочковый и узловой ритм сердца, искусственный водитель ритма, пороки сердца, операции АКШ в анамнезе. ОКС диагностировали согласно рекомендациям обществ ACCF/AHA (2012). БЛНПГ устанавливалась согласно критериям American Heart Association Electrocardiography and Arrhythmias Committee (2009). Неблагоприятный исход оценивали как случаи смерти и инфаркта миокарда за период настоящей госпитализации.

Результаты. В 1-й группе летальность составила 9,8% (5), что в 3,7 раза больше, чем в контрольной группе – 2,6% (6). Средний срок пребывания пациентов в стационаре – 13 суток. ИМ в 1-й группе зарегистрирован у 7 (13%) больных, что в 2,6 раза чаще, чем в контрольной – 13 (5,6%).

Заключение. При БЛНПГ у пациентов с ОКС смертность в 3,7 раза выше, а риск развития ИМ в 2,6 раза больше, чем при ОКС без БЛНПГ.

ОСТРАЯ БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Ахмедов Л.А., Холов Г.А., Алиев С.Н., Бобоева М.М., Тоиров И.Р., Джураева Н.О.
Бухарский филиал РНЦЭМП

Цель. Определение частоты повторной реэлевации сегмента ST у больных с ОКСспST, которым была проведена успешная ТЛТ.

Материал и методы. Объектом исследования явились 56 больных, госпитализированных в течение первых 24 ч от момента развития ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСспST), которым выполнена успешная по ЭКГ-критериям тромболитическая терапия (ТЛТ). Критерием эффективной ТЛТ являлось снижение амплитуды элевации ST на 50% и более от исходного уровня в отведении с максимальной элевацией через 3 ч от момента ее начала. Всем больным проводилась регистрация ЭКГ с анализом динамики сегмента ST по 12 отведениям.

Результаты. У 17 (30,1%) больных были зарегистрированы эпизоды реэлевации сегмента ST. Эпизодом реэлевации сегмента ST считали появление преходящего подъема сегмента ST в инфаркт-связанных отведениях амплитудой 0,1 мВ и более продолжительностью не менее 1 мин.

Анализ клинической картины, сопровождавшей реэлевацию сегмента ST, позволил выделить преимущественно безболевой характер данного электрокардиографического феномена (82,4%). Только у 3 (17,6%) пациентов преходящая элевация сегмента ST сопровождалась клинической картиной типичного ангинозного приступа.

Заключение. Безболевые эпизоды реэлевации сегмента ST могут быть своевременно выявлены при ЭКГ-мониторинге. Дальнейшие исследования с разработкой программного обеспечения для высоко достоверной диагностики рецидивов ишемии в режиме реального времени заслуживают серьезного внимания.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Бабич С.М., Турсунов Х.Х., Турсунов Ж.Х., Тохтасинов А.А., Камолова Н.И., Мамажонов С.К., Валиева З.С., Зухритдинов М.Н., Дадажонов Ф.М., Тожибоев Т.А., Исакова Д.З.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель. Изучение распространенности факторов риска (ФР) и оценка сердечно-сосудистого риска у пациентов с впервые выявленной АГ в амбулаторных условиях.

Материал и методы. В исследование включены 90 пациентов (48 женщин и 42 мужчины) с повышенным артериальным давлением, впервые обратившихся за медицинской помощью в частное амбулаторное учреждение «Мехригиё-медсервис». При оценке риска развития сердечно-сосудистых осложнений учитывались: возраст старше 55 лет для мужчин и 65 для женщин, отягощенная наследственность, курение, ожирение, дислипидемия, гипергликемия. Оценка сердечно-сосудистого риска производилась согласно Российским рекомендациям по профилактике, диагностике и лечению АГ. Данные представлены в виде абсолютных и относительных величин. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программы Microsoft Office Excel.

Результаты. Наиболее распространенным ФР среди пациентов с впервые выявленной АГ является гиперхолестеринемия (54,4%), средний уровень составил 5,3±1,2 ммоль/л в целом в группе, а у мужчин – 5,6±1,2 ммоль/л. Ожирение встречается у половины пациентов, средний показатель индекса массы тела (ИМТ) составил 32,3±6 кг/м^2. Отягощенную наследственность имели 33,3%. Следующим по встречаемости ФР было курение – 32,2%. Повышенный уровень глюкозы в крови имели 15,6% обследованных. Причем практически все ФР чаще встречались у мужчин. Наибольшее отличие в распространенности курения: курят 54,8% мужчин и только 1,1% женщин. Нет гендерных отличий в распространенности немодифицируемого ФР – отягощенной наследственности. У большинства пациентов имеется сочетание 2 и более ФР. При расчете риска у больных АГ, не получавших ранее лечение, большинство имели средний или высокий уровень риска (соответственно 43,2 и 52,2%). Низкий и очень высокий сердечно-сосудистый риск имели равное число больных – по 3,3%. Более половины пациентов имеют высокий и очень высокий риск, причем низкий и средний риск чаще встречаются у женщин, а высокий и очень высокий – у мужчин.

Выводы. У больных с впервые диагностированной АГ на амбулаторном приеме в «Мехригиё-медсервис» наиболее часто встречается гиперхолестеринемия (54,4%), ожирение (50%). Подавляющее большинство имеют высокий (52,2%) и средний (43,2%) риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН ПРИ РАЗНЫХ ИСХОДАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Байкузиев У.К., Махмудов Н.И., Бахрамов М.М.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Цель. Сравнительная оценка частоты встречаемости факторов риска (ФР) у больных с инфарктом миокарда в зависимости от исхода заболевания.

Материал и методы. Проведен анализ ФР у 191 мужчины с диагнозом инфаркт миокарда (ИМ). В зависимости от исхода заболевания все больные были разделены на 2 группы: 1-я группа – 157 больных с благоприятным исходом (61,1±0,52 года), 2-я группа – 34 с неблагоприятным исходом (61,4±1,17 года). 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 г.

Результаты. Анализ данных показал, что в 1-й группе по частоте убывания факторы риска распределялись в следующем порядке: артериальная гипертония (84%), курение (сигареты и насвай) (23%), ожирение (17%), злоупотребление алкоголем (5%), сахарный диабет 2-го типа (13%); во 2-й группе – артериальная гипертония (95%), курение (сигареты и насвай) (23%), злоупотребление алкоголем (3%), ожирение (18%), сахарный диабет 2-го типа (5%). Как таковых значимых межгрупповых различий по частоте встречаемости ФР не найдено. Отсутствие различий в частоте встречаемости ФР позволяет говорить о важном вкладе их как в развитие заболевания, так и в его прогрессирование и исход. 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), во 2-й группе – ОСН (86%, из них 50% ОСН IV по Killip), нарушение сердечного ритма (77%), психоз (3%), разрыв миокарда (3%). По-видимому, 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 с ИМ и умерших межгрупповых различий не выявлено. 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 и снизить количество летальных исходов.

ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ: ПОДХОДЫ К ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Байкузиев У.К., Уринов О.Т., Махмудов Х.А., Махмудов Н.И., Усманов Б.С.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) является третьей по частоте причиной смерти населения от сердечно-сосудистых заболеваний после инфаркта миокарда и инсульта. Тяжесть состояния больных с ТЭЛА определяет выраженность дыхательной недостаточности, обусловленной не только выключением из перфузии значительной части легочной ткани, но и прогрессирующей миокардиальной недостаточностью. В то же время клинические проявления ТЭЛА непатогномоничны и неспецифичны, лишены постоянных симптомов, указывающих только на поражение сосудистого русла легких и не встречающихся при других сердечно-сосудистых заболеваниях. Учитывая вариабельность клиники, практические врачи в диагностике ТЭЛА все больше ориентируются на технические методы визуализации. Наиболее информативными из них являются ангиопульмонография и компьютерная томография в сосудистом режиме, позволяющие с высокой точностью не только детализировать уровень и характер поражения сосудистого русла легочной артерии (ЛА), но и следить в динамике. Следует отметить, что возможности оказания срочной хирургической помощи при ТЭЛА имеются далеко не во всех лечебных учреждениях, поэтому поиск эффективных методов консервативного лечения остается весьма актуальным.

Несмотря на успехи в диагностике тромбоэмболии легочной артерии, многие вопросы ведения пациентов остаются нерешенными. Анализ медицинской литературы показывает сохраняющееся противоречивое отношение к тромболизису при ТЭЛА и выбору метода его проведения.

Цель. Мы решили поделиться своим опытом селективного введения фибринолитического средства в рамках протокола комбинированного тромболизиса при массивной ТЭЛА.

Материал и методы. Больной Н., 37 лет, поступил в отделение сердечно-сосудистой хирургии и микрохирургии с жалобами на боли в нижних конечностях, диагностированы тромбофилия, тромбоэмболия, острый правосторонний илеофеморальный флеботромбоз. На фоне лечения состояние больного резко ухудшилось, появились жалобы на одышку, нехватку воздуха, холодный пот, нарушение гемодинамики. В крайне тяжелом состоянии с жалобами на общую слабость, одышку и сердцебиение при минимальной физической на-

грузке больного консультировали кардиологи, после чего рекомендовали осмотр кардиореаниматолов. По словам больного, он всю ночь просидел в позе лотоса (по-узбекски «чорданок»), наутро начал ощущать онемение конечностей, отметил приступообразную одышку, сердцебиение уже во время госпитализации. При обследовании выявлен флотирующийся тромбоз глубоких вен нижних конечностей. Пациент переведен в отделение реанимации. После проведения МСКТ грудной клетки тромботических масс в стволе легочной артерии (ЛА) не выявлено. В правой и левой ветвях ЛА в области деления на долевые ветви определяются тромботические массы, практически обтурирующие правую и левую ветви с обедненным контрастированием сегментарных ветвей. Консилиумом решено начать системное введение стрептокиназы в дозе 1 млн 500 тыс. МЕ в условиях отделения реанимации. Восстановление кровообращения при повторной МСКТ подтвердилось. После проведена операция клипирования нижней полой вены.

Результаты. Переведен из отделения реанимации на 5-е сутки, выписан из центра на 16-е сутки. Жалоб не предъявляет, повысилась толерантность к физическим нагрузкам. При контрольной эхокардиографии (ЭхоКГ) признаков перегрузки ПЖ нет. Через 2,5 месяца при повторном обследовании одышки при физической нагрузке не отмечает, параметры ЭхоКГ в норме, при МСКТ ствол и ветви ЛА проходимы, рентгенологических признаков ТЭЛА не определяется.

Выводы. Данный клинический случай демонстрирует обоснованность проведения тромболизиса у больных с массивной ТЭЛА с источником эмболии в нижних конечностях. Мы считаем такой подход более оправданным с учетом создания механического препятствия для развития рецидива ТЭЛА, положительной динамики по данным МСКТ и улучшения клинического состояния пациента как при непосредственной, так и при отсроченной оценке. С учетом преимуществ селективного введения фибринолитического средства целесообразно создать протокол проведения тромболитической терапии при массивной ТЭЛА.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПОЗДНЕЙ ФОРМОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Бегалиев С.М., Торениязова Т.Ж., Уразова Г.Б., Косыбаева Т.К.
Нукусский филиал РНЦЭМП

Геморрагическая болезнь новорожденных (ГБН), которая в разных пособиях трактуется как ДВС-синдром, или нетравматическое кровоизлияние головного мозга, часто встречается в практике практикующего врача-педиатра. Причиной возникновения этой патологии является недостаточная выработка в организме проконвертина, особенно у детей с дисфункцией ЖКТ, родившихся с родовым стрессом, у матерей с отягощенным акушерским анамнезом и анемией во время беременности. Еще одна причина – несвоевременная профилактика новорожденных витамином К (викасолом) в родильных домах.

Цель. Анализ результатов обследования детей раннего возраста с поздней формой геморрагической болезни, получавших профилактику викасолом в родильных домах.

Материал и методы. Под наблюдением были 128 детей раннего возраста с поздней формой ГБН, поступивших в отделение неотложной педиатрии Нукусского филиала РНЦЭМП в 2012-2015 гг. В возрасте от 29 до 31 дня было 59 (46%) детей, от 31 дня до 2 месяцев – 39 (30,6%), от 2 до 3 месяцев – 30 (23,4%).

Через 1 сутки от начала заболевания госпитализированы 38 (29,6%) детей, на 2 сутки – 72 (56,2%), более 2 суток – 18 (14%). У всех детей ГБН клинически проявлялась как ДВС-синдром в стадии гипокоагуляции, осложненный субарахноидальными или субдуральными кровоизлияниями в мозг (85-66,4%), кровотечением из мест инъекций (34-26,5%), кровотечением из ЖКТ (9-7%). Профилактику викасолом получили 52 (40,6%) больных, 76 (59,3%) профилактика не проводилась. Всем детям проводилась комплексная терапия: инфузионная с целью восстановления ОЦК, гемостатическая, восполнительная (СЗП, эритроцитарная масса), коррекция дыхания (ИВЛ), профилактика судорог и лечение сопутствующих заболеваний. У детей, не получавших профилактику викасолом, течение болезни затягивалось, присоединялись осложнения (дислокационный синдром, кома, отеки головного мозга), больные длительное время оставались на ИВЛ, наблюдались летальные исходы, особенно при осложнении кровоизлияния в головной мозг. Дети, получавшие профилактику викасолом, быстро выздоравливали, отмечалась быстрая коррекция гемостаза и благоприятное течение оздоровительных комплексов, что уменьшало сроки пребывания в стационаре. Особенно тяжелый прогноз ожидался у больных с ДВС-синдромом и кровоизлиянием в головной мозг. Все дети, поступившие с ДВС-синдромом и клиникой кровотечения из мест инъекцией и ЖКТ, выписаны в удовлетворительном состоянии с дальнейшей рекомендацией соблюдения мер профилактики геморрагического синдрома, периодической проверки анализов крови, контроля и периодического патронажа этих детей ВОП и специалистами и профилактики анемии.

Летальность при этой нозологии составила в 2012 г. 22,5% (поступили 40 детей, умерли 9), в 2013 г. – 15,3% (соответственно 39 и 6), в 2014 г. – 16% (25 и 4), в 2015 г. – 12,5% (24 и 3), что говорит о настороженности врачей-неонатологов в период рождения и проведении профилактики у новорожденных. Летальность снизилась на 10%, что свидетельствует о большом практическом опыте у педиатров и детских реаниматологов.

Выводы. Таким образом, с 2012 по 2015 гг. число больных с этой патологией снизилось на 30%, а ле-

тальность снизилась на 10%, что доказывает важность профилактики викасолом детям в ранние часы после рождения в родильных домах и после выписки из роддома в поликлиниках.

ОСЛОЖНЕННЫЕ ГЕМАНГИОМЫ НАРУЖНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ

Бегалиев С.М.,* Аметов *С.Н.,* Сайфуллаев *Р.Н.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель. Анализ случаев госпитализации детей с осложнёнными гемангиомами для выявления причины развития осложнений.

Диагностика и лечение гемангиом наружных покровов до сих пор остается актуальной проблемой хирургии детского возраста. Среди всех прочих опухолей мягких тканей у детей гемангиомы занимают первое место, составляя более 50%. Несмотря на значительное распространение гемангиом, частота ошибок в диагностике, лечении и профилактике осложнений остается высокой.

В настоящее время существует множество способов лечения гемангиом: оперативный, склерозирующий, гормональный, лучевой, криохирургический и др. Все это говорит об отсутствии единого общепризнанного подхода к тактике, а множество методов, используемых по отдельности и в разных сочетаниях, свидетельствует о трудности лечения этих новообразований.

Материал и методы. В отделении детской хирургии Нукусского филиала РНЦЭМП в 2005-2015 гг. на лечении находились 96 больных с осложнёнными гемангиомами различной локализации в возрасте от 2 месяцев до 18 лет, мальчиков было 46 (47,9%), девочек – 50 (52,1%). В возрасте до 3 лет было 17 (17,7%) больных, от 3 до 5 лет – 42 (43,7%), от 5 до 10 лет – 21 (21,9%), от 10 до 18 лет – 16 (16,6%). Опухоль может возникать и развиваться на различных областях тела, но чаще всего осложнённые гемангиомы локализовались на волосистой части головы, лице, шее – у 19 (19,8%) больных, у 80 (80,2%) пациентов гемангиомы обнаружены на туловище. Во всех случаях осложнение было в виде изъязвления с кровотечением. 75 больных (78,2%) поступили самотеком, 21 (21,8%) госпитализирован по направлению или по линии скорой медицинской помощи.

Капиллярная гемангиома отмечалась у 21 (21,8%) пациента, кавернозная – у 45 (46,8%), комбинированная – у 30 (31,4%).

Результаты. Наши наблюдения показывают, что наибольший процент осложнений приходится на детей в возрасте от 3 до 5 лет. Это связано с тем, что ребенок в этом возрасте становится более активным и подвижным и чаще травмируется. После соответствующего обследования всем детям было произведено оперативное удаление осложненных гемангиом. При беседе с родителями и сборе подробного анамнеза выяснилось, что многие из родителей не были информированы о возможном осложнении, методах профилактики и лечения осложнений.

Выводы. 1. Необходимо отказаться от выжидательной тактики при гемангиомах наружных покровов у детей. Гемангиомы хоть и являются доброкачественными опухолями, но при отсутствии соответствующего ухода и лечения могут привести к серьезным последствиям. 2. Лечение гемангиом у детей должно начинаться как можно раньше – с момента установления диагноза. Нельзя надеяться на спонтанную регрессию гемангиом, которая, по разным источникам, не превышает 4,5%.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КЛОПИДОГРЕЛЯ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Бегалиев С.М., Сайманов М.С., Ваисова Д.И., Матимова Г.Д.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Острый коронарный синдром (ОКС) – термин, обозначающий любую группу клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать острый инфаркт миокарда (ИМ) или нестабильную стенокардию. По данным ВОЗ, сердечно-сосудистые заболевания, в частности ИМ, являются причиной смерти 45% мужчин и 55% женщин. По данным Всероссийского научного общества кардиологов, в 1997-2003 гг. у мужчин и женщин всех возрастов установлен значительный рост смертности от болезней системы кровообращения и, в первую очередь, от ИМ.

Инфаркт миокарда (ИМ) – самое частое и грозное патологическое состояние, требующее неотложного медицинского вмешательства. Еще в начале 60-х годов оно приводило к быстрой смерти 30-50% заболевших. Создание палат интенсивной терапии, оборудованных аппаратурой для мониторного наблюдения за нарушениями ритма, в сочетании с внедрением электроимпульсной терапии и новых противоаритмических препаратов, снизило смертность от ИМ почти наполовину.

Образование тромба в области разрыва или эрозии атеросклеротической бляшки является решающим событием в общей последовательности формирования острых коронарных синдромов. Процесс образования тромба претерпевает несколько стадий. Обнажение субэндокардиальных структур в области атеросклеротической бляшки (коллагена, фактора Виллебранда, фибронектина, ламинина) способствует усиленной адгезии и агрегации тромбоцитов с образованием на поверхности поврежденной эрозированной атеросклеротической бляшки «белого» тромбоцитарного тромба. Антиагрегантные препараты, которые на сегодня являются главными в лечении ИМ, позволили в ведущих клиниках мира снизить смертность от этого заболевания до 5 и даже до 7%.

Цель. Оценка эффективности применения клопидогреля в качестве антиагрегантной терапии при лечении острого коронарного синдрома.

Материал и методы. В 2013-2015 гг. в отделение кардиологии НФ РНЦЭМП поступили 247 больных с

ОКС. Нагрузочная доза (300 мг) клопидогреля дана 212 (85,8%) больным с ОКС в возрасте 31-82 лет, остальные 35 (14,2%) больных нагрузочную дозу препарата не получали (из-за отсутствия препарата в момент поступления). Все больные получали стандартную терапию ОКС (обезболивающие, антиагреганты, нитраты, блокаторы β-адренорецепторов, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, антикоагулянты).

Результаты. Из 212 больных, принимавших нагрузочную дозу клопидогреля, осложнения ОКС (НК, нарушение ритма сердца) наблюдались у 78 (36,7%), умерли 19 (8,9%) пациентов. В контрольной группе из 35 больных осложнения имели место у 13 (37,1%), умерли 4 (11,4%). Осложнений от приема антиагрегантов (диспепсические явления, в том числе диарея, желудочно-кишечные кровотечения, внутричерепные кровоизлияния) не отмечалось.

Таким образом, применение клопидогреля в качестве антиагреганта привело к уменьшению частоты развития осложнений ОКС.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДВИГАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ В НЕОТЛОЖНОЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Бегалиев С.М., Калмурзаев Е.К., Бекманов А.Т., Азимов Х.А.
Нукусский филиал РНЦЭМП

В неотложной неврологической практике расстройство двигательной функции представляет собой ведущий синдром наравне с такими явлениями, как нарушение сознания, чувствительные расстройства, эпилептический синдром и т.п.

Цель. Изучение ранней диагностики и дифференциальной диагностики двигательных расстройств при различных неврологических заболеваниях.

Материал и методы. В 2015 г. в отделение неотложной неврологии Нукусского филиала РНЦЭМП реанимации и неврологии обратился 471 больной с двигательными нарушениями в различных частях тела и конечностях.

Результаты. Этиологический анализ двигательных нарушений показал, что парезы и параличи имели центральный характер. Клинически двигательные расстройства сопровождались центральным типом парезов и плегией, патологическими стопными нарушениями, нарушением чувствительности по гемитипу и по проводниковому типу в случаях спинального инсульта. Наибольший интерес как в клиническом, так и в дифференциально-диагностическом плане представляют пароксизмальные миоплегические явления, которые наблюдались в 6 случаях. К особенностям этих случаев можно отнести следующие признаки: молодой и средний возраст пациентов, наличие парезов или параличей без сосудистого и воспалительного фона, отсутствие патологических стопных и менингеальных симптомов, отсутствие нарушения сознания и чувствительности, отсутствие в анализах воспалительных сдвигов, быстрый регресс парезов и параличей. Такие показатели, как концентрация калия в крови, были в пределах нормы только у 2 обследованных. К наиболее постоянным изменениям можно отнести изменения на ЭКГ, которые в 4-х случаях показали удлинение и депрессию сегмента QT, замедление внутрисердечной проводимости, в остальных анализах показатели были в пределах нормы.

У всех больных имели место вялые парезы, вегетативные сдвиги симпатической направленности. Сухожильные рефлексы были угнетены.

На фоне лечения у 2 пациентов регресс двигательных нарушений наступил в течение первых суток, у остальных 4 – на 4-е сутки пребывания в стационаре.

У 20 больных нарушения движения были обусловлены воспалительными заболеваниями ЦНС: острыми менингоэнцефалитами, вторичными менингоэнцефалитами и миелитом. Клинически у этих больных двигательные нарушения сопровождались менингеальным синдромом, воспалительными изменениями в крови и ликворе. В момент поступления 9 пациентам был установлен диагноз острой полирадикулоневропатии типа Гийена – Барре, у 2 – функциональной (истерический гемипарез и парапарез).

Таким образом, сравнительный анализ клинической картины и этиологии нарушений движения показал, что тонус мышц, наличие патологических стопных и менингеальных синдромов не являются ориентировочными и дифференцировочными признаками. Учет этих признаков позволяет поставить диагноз на ранней стадии заболевания, позволяет избежать полипрагмазии и ускоряет сроки выздоровления пациентов, уменьшая затраты на лечение.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ЭКСТРЕННОЙ ТЕРАПИИ ПРЕХОДЯЩИХ НАРУШЕНИЙ СПИННОМОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Джаббарова Н.Ш., Каримходжаева С.А.
Центральный госпиталь МВД РУз
2-е Неврологическое отделение

Преходящие нарушения спинномозгового кровообращения следует рассматривать по аналогии с церебральными. Это остро появляющиеся симптомы нарушения функций спинного мозга в виде двигательных, чувствительных и тазовых расстройств, которые восстанавливаются в течение 24 часов. «Перемежающаяся хромота спинного мозга», или «миелогенная перемежающаяся хромота», является наиболее типичным проявлением преходящего нарушения спинномозгового кровообращения. Клинически это характеризуется быстро нарастающей при ходьбе слабостью одной или обеих ног, появлением тазовых расстройств на высоте слабости в ногах, преходящих после покоя.

Целью нашего исследования явилось изучение клиники, проведение своевременной диагностики и терапии миелогенной перемежающейся хромоты.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением в период с 2009 по 2016 годы

находились 15 больных в возрасте от 25 до 55 лет, из них 12 (80%) мужчин. Всем больным были проведены рентгенография, КТ и МРТ позвоночника, цветное дуплексное сканирование сосудов нижних конечностей, ЭНМГ, клинико-биохимические исследования крови. По данным инструментальных обследований, этиологией данной патологии явились: дегенеративные изменения позвоночника (остеохондроз, врожденные синостозы) – 13 (86,6%) случаев и хронический оболочечный спаечный процесс – 2 (13,3%). Характерным клиническим признаком было то, что больные начинали ходьбу свободно, однако через 300-400 м отмечалась нарастающая слабость в ногах, что вынуждало их прекращать ходьбу и отдыхать. После отдыха они могли пройти такое же расстояние. У части больных (9 больных – 60%) на высоте слабости ног появлялись императивные позывы к мочеиспусканию, судороги в ногах. После физической нагрузки и ходьбы выявлялись пирамидные знаки в виде повышения коленных и ахилловых рефлексов с мерцающими знаками Бабинского. Нарушения чувствительности характеризовались нечеткой сегментарной гипестезией или гиперестезией. Клинические признаки имели быстрое обратное развитие. Быстрее всего восстанавливались двигательные функции. У 6 больных заболевание имело ремитирующее течение. Провоцирующими факторами были физические перенапряжения, резкие движения, травмы легкой степени. В терапии применялись вазоактивные, дегидратационные, АХЭ-препараты, глюкокортикоиды, ЛФК.

Выводы. Таким образом, патогенез миелогенной перемежающейся хромоты следует связывать с нарушением притока крови к спинальным двигательным нейронам, имеет место как компрессионный, так и вторичный спаечный оболочечный процесс, а также изменения самих сосудов. При дегенеративных изменениях позвоночника и врожденном синостозе происходит раздражение корешков артерий спондилогенным процессом в зоне прохождения их через межпозвонковые отверстия, в результате чего наступают спазм сосудов и преходящее расстройство спинномозгового кровообращения. Своевременное назначение комплексной терапии приводило к быстрому восстановлению неврологического дефицита, ранней активизации больных и предотвращению повторных эпизодов заболевания.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ФАКТОРОВ РИСКА И ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Жалилов А.О., Абдуллаев А.Х., Ортиков М.М.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель. Изучение распространенности факторов риска (ФР) и их влияния на степень поражения коронарных артерий у больных с острым коронарным синдромом (ОКС).

Материал и методы. Обследованы 133 пациента с диагнозом ОКС, находившихся на лечении в Наманганском филиале РНЦЭМП. В регистрационную форму вносилась общая информация о пациенте, включающая антропометрические данные, данные о социально-демографическом статусе, наличии документированных ФР ОКС, сопутствующих заболеваниях, результаты селективной коронароангиографии. Учитывались локализация, протяженность и выраженность атеросклеротического поражения коронарного русла.

Результаты. Больные были в возрасте 35-75 лет (средний возраст 53,8±9,0 года), мужчин было 120 (90,2%), женщин – 13 (9,8%). ОКС с подъемом сегмента ST отмечен у 41,4%, без подъема – у 58,6%. Инфаркт миокарда в анамнезе был у 50 (37,6%) больных. Из сопутствующих заболеваний у 83 (62,4%) обследованных была гипертоническая болезнь, 56 (42,1%) имели ожирение, 18 (13,5%) страдали сахарным диабетом. Уровень общего холестерина (ОХ) был повышен у 68 (51,1%) больных. По данным коронароангиографии, у всех больных с ОКС выявлено гемодинамически значимое поражение коронарного русла: одососудистое поражение – у 24 (18,1%), двухсосудистое – у 49 (36,8%), трехсосудистое – у 60 (45,1%). При изучении взаимосвязи между ФР и степенью поражения коронарных артерий была получена достоверная корреляционная зависимость с уровнем ОХ ($p<0,002$), артериальной гипертензией, сахарным диабетом, возрастом, а также их сочетанием. Степень поражения коронарного русла не зависела от наличия у больных ожирения.

Заключение. У больных с ОКС выявлена высокая распространенность ФР. Число атеросклеротически пораженных коронарных артерий увеличивается с возрастом и зависит от наличия таких весомых ФР, как гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия и сахарный диабет, а их сочетание ассоциируется с многососудистым поражением коронарных артерий.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ МИОКАРДА ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА И СОПУТСТВУЮЩИХ БРОНХООБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Жалолов Б.З., Мухамедова Б.Ф., Кенжаев М.Л.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель. Оценка прогностической значимости структурно-функционального состояния левого желудочка с показателями электрической нестабильности миокарда (ДQ-Т) у больных с неосложненным инфарктом миокарда (ИМ) с сопутствующими бронхообструктивными заболеваниями (ХОБЛ).

Материал и методы. Обследованы 52 больных, из которых 1-ю группу составили 25 больных с ИМ (58,2±2,2 года), 2-ю – 27 больных с ИМ и ХОБЛ с признаками декомпенсации (64,1±2,1 года). Величина ДQT определялась в 12 стандартных отведениях ЭКГ в

покое вручную – как абсолютная разница между максимальным и минимальным значением Q-T, как корригированная величина соответственно ЧСС (ДQTc) по формуле Bazett. Норма ДQ-T – 20-50 мс, ДQ-Tc – 50 мс. Достоверными считались различия, удовлетворяющие p<0,05. Параллельно проводили эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ), при котором определяли показатели систолической и диастолической функций левого желудочка.

Результаты. У больных с ИМ в ассоциации с ХОБЛ с признаками декомпенсации выявлены выраженные процессы ремоделирования обоих желудочков сердца. Масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) составила 226,2±8,7 г и была обратно связана с длительностью ХОБЛ (r=−0,763±0,05, p<0,001). Также у этих больных определялся достоверно низкий ударный объем ЛЖ (65,7±2,6 мл) по сравнению с пациентами с ИМ (67,3±3,0 мл) и достоверно низкая фракция выброса – 42,7±0,7%.

Острые ишемические процессы, обусловленные коронарной недостаточностью, увеличивают показатели ДQ-T и ДQ-Tc, причем наибольший сдвиг отмечается в группе больных с ИМ в ассоциации с ХОБЛ. Так, показатели ДQ-T составили соответственно 66,9±4,4 и 85,4±4,8 мс, ДQ-Tc – 77,1±4,3 и 89,8±4,5 мс.

Выводы. У больных с ИМ в ассоциации с ХОБЛ чаще встречаются такие параметры его электрической негомогенности, как увеличенная ДQ-T, а также характерно наличие выраженного ремоделирования обоих желудочков сердца, снижение сократительной способности ЛЖ.

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА И ПОКАЗАТЕЛИ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗАХ

Жалолов Б.З., Мухамедова Б.Ф., Кенжаев С.Р.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель. Изучение частоты эктопической активности и взаимосвязи показателей реполяризации желудочков у больных с гипертонической болезнью (ГБ), осложненной гипертоническим кризом.

Материал и методы. Основную группу составили 43 больных с ГБ (САД 140-200 мм рт. ст., ДАД 90-120 мм рт.ст., давность ГБ – 8,2±3,4 года), средний возраст 52,9±2,2 года, в контрольную группу включены 20 человек, сопоставимых по основным характеристикам с пациентами основной группы, средний возраст – 44,4±2,9 года. Всем обследованным проводилась стандартная 12-канальная ЭКГ с анализом показателей реполяризации желудочков по общепринятой методике и 24-часовое мониторирование ЭКГ. Для проведения статистического анализа использовался пакет программ Statistica 7,0 (Statsoft), применялись непараметрические методы описания (в виде M±m) и сравнения данных (Mann – Whitney U-Test).

Результаты. Нарушения ритма сердца в основной группе выявлены у 40 (93,02%) больных с АГ и у 12 (60,0%) лиц контрольной группы. У больных с АГ эктопическая желудочковая и наджелудочковая активность была выше, чем в контрольной группе. Средние значения циркадных максимумов ЖЭС и НЖЭС составили 35 (10; 125) и 12 (3; 35) в основной, 6 (1; 31) и 3 (1; 5) – в контрольной группе (p<0,01). У больных АГ встречались парные ЖЭС (12,2% обследованных), парные НЖЭС (11,5%) и групповые НЖЭС (8,4%). В контрольной группе эти нарушения ритма сердца регистрировались реже: соответственно в 4, 8 и 1% случаев. Анализ показателей реполяризации миокарда выявил повышение средних значений некорригированных и корригированных интервалов QT. С нарастанием степени АГ увеличивались сдвиги показателей дисперсии реполяризации: так, значение ДQ-Tc в группе больных с высокой степенью АД (САД 180-200 мм рт. ст., ДАД 10-120 мм рт.ст.) составило 105,5±2,5 мс по сравнению со значениями ДQ-Tc в группе пациентов с легкой и средней степенью АГ (соответственно 98,0±1,9 и 101,3±2,1 мс). При оценке взаимосвязей дисперсии реполяризации с количеством желудочковых аритмий высоких градаций (III-V по Лауну – Вольфу) были обнаружены прямые достоверные коррелятивные связи с ДQ-T – r=0,31 (p<0,05), с ДQ-Tc – r=0,36 (p<0,05).

Заключение. У больных с ГБ, осложненной гипертоническим кризом, достоверно чаще, чем в контрольной группе, регистрируются НРС всех градаций, причем с нарастанием степени АГ увеличивается частота желудочковых нарушений ритма сердца IV класса по Lown. У больных с ГБ, осложненной кризовым течением, происходит также нарушение процессов реполяризации желудочков, более выраженное при тяжелом течении заболевания. Эти сдвиги отражают негомогенность реполяризации желудочков, которые сопряжены с повышенным риском НРС.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НИМОДИПИНА ПРИ НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ СУБАРАХНОИДАЛЬНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЯХ

Жураев С.Г., Хушвактов А.И., Чоршанбиев Х.Ш.
Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Цель. Оценка эффективности препарата нимодипина при субарахноидальном кровоизлиянии.

Материал и методы. В отделении экстренной неврологии Кашкадарьинского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в 2015 г. на стационарном лечении находились 588 пациентов с ОНМК, из них 300 (51%) мужчин и 288 (48,9%) женщин. С геморрагическим инсультом было 150 (25,5%) пациентов, из них с субарахноидальным кровоизлиянием – 28. Больные с субарахноидальным кровоизлиянием получали лечение по стандарту, который предусматривал назначение нимодипина (в первые 5-7 суток – 10 мг в/в, затем – 120 мг per os 4 раза в день в течение 4-х недель).

Результаты. Использование безопасного, эффективного и экономически доступного лекарственного

средства, обладающего вазодилатирующим, нейропротективным, антиагрегационным действием, имеющего широкое терапевтическое окно и подходящего для всех типов инсультов, позволило значительно улучшить исход заболевания. Нимодипин предотвращает ишемическое нарушение мозгового кровообращения вследствие спазма сосудов головного мозга при субарахноидальном кровоизлиянии. Биодоступность нимодипина составляет 90%. Считают, что нейропротективные эффекты нимодипина в раннем периоде инсульта обусловлены двумя основными механизмами: поддержанием цельности мембран и уменьшением продукции свободных радикалов. Нимодипин помогает сохранять целостность и способствует репарации мембран, поддерживая биоэнергетические возможности клеток и препятствуя их гибели по механизму некроза или апоптоза. Нимодипин, вероятно, увеличивает выживаемость нейронов мозга при нетравматических субарахноидальных кровоизлияниях. Улучшение состояния наблюдалось у 24 (80%) больных. Через 3 месяца от начала заболевания в неврологическом статусе у больных отмечался значительный регресс. Больные начинали обслуживать себя, у них значительно улучшалось качество жизни.

ИШЕМИК ИНСУЛЬТ ЎЧОҒИДА ЭРТА ГЕМОРРАГИК ТРАНСФОРМАЦИЯ АСОРАТИНИНГ УЧРАШИ ВА ОҚИБАТЛАРИ

Жўраев С.Г., Халилов М.М., Тўраев Б.Г.
РШТЁИМ Қашқадарё филиали

Ишемик инсультнинг эрта муддатларида ишемик инсульт ўчоғида геморрагик трансформация келиб чиқиши касалликнинг оғир асоратларидан ҳисобланади. Геморрагик трансформация ишемик инсультнинг кўпинча 2–5 суткаларида келиб чиқади. Бу беморларда касалликнинг кечишида тўсатдан аҳволининг оғирлашиши, эс-ҳушининг бузилиши, умумий мия симптомларининг қўшилиши, ўчоқли белгиларнинг кучайиши ва ўлим ҳолатлари кузатилади. Ҳозирги вақтда ҳам ишемик инсульт ўчоғида геморрагик трансформациянинг ўз вақтида аниқланиши ва даволаш чоралари тўлиқ ўрганилмаган.

Текшириш мақсади. Ишемик инсульт ўчоғида эрта геморрагик трансформация асоратининг ишемик инсультнинг типларида учраши ва касаллик кечишига таъсири, оқибатларини ўрганиш.

Материал ва услублар. Ишемик инсультда 3–5 суткаларида геморрагик трансформация асорати юзага келган 15 та беморлар устида текширишлар ўтказилди. Беморларнинг ёши ўртача 40–80 ёшда, 9 (60%) эркаклар, 6 (40%) аёллар. Геморрагик трансформация клиник-неврологик текширувлар ва бош мияни компьютертомография текшириш усуллари ёрдамида аниқланди. Беморларда эс-ҳуши бузилиши даражалари Глазго шкаласи ёрдамида, ўчоқли неврологик белгилар оғирлиги эса Рэнкин жадвали ёрдамида баҳоланди.

Текшириш натижалари. Барча ишемик инсульт ҳолатлари ўрта мия артерияси ҳавзасида келиб чиққан. ИИ ўчоғи 8 (53%) да беморда бош мия чап ярим шарида, 7 (46%) да беморда эса ўнг ярим шарида эканлиги аниқланди. Ишемик инсульт кардиоэмболик типи 9 (60%) да, атеротромботик типи 4 (26,6%) да, гемодинамик типи 1 (6,6%) да беморларда аниқланди. Беморлар ётқизилган вақтида эс-ҳушининг бузилиши 4 (26,6%) да ступор, 6 (40%) да сопор, 5 (33,3%) да I–II даражадаги кома ҳолати кузатилди. Неврологик ўчоқли белгилар Рэнкин жадвали бўйича баҳоланди, беморларнинг 7 (46%) да 4,0 балл, 8 (53%) да 5,0 балл билан баҳоланди.

Даволаш стандарт бўйича антианрегантлар (тромбоасс 100 мг), антикоагулянтлар (гепарин, клексан), статинлар (аторвастатин), нейропротекторлар, осмодиуретиклар ёрдамида олиб борилган.

ИИ да геморрагик трансформация асорати ривожланганда эс-ҳуши бузилиши 4 (%) да сопор, 4 (%) да I–II-даражадаги кома, 2 (%) III-даражадаги кома, 3 (%) да ўлим ҳолати юзага келди. Неврологик ўчоқли белгилар кескин кўчайиши, Рэнкин жадвали бўйича баҳоланганди, барча беморларда 5,0 баллга ошганлиги аниқланди.

Хулоса. Бизнинг тадқиқотларимиз шуни тасдиқладики ишемик инсультда геморрагик трансформация асоратининг келиб чиқиши беморларнинг клиник ҳолатининг оғирлашишига ва ногиронлик, ўлим ҳолатларининг ошишига олиб келади. Геморрагик трансформация асорати ишемик инсультнинг кардиоэмболик ва атеротромботик типида кўп учраши аниқланди.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ С ПРИМЕНЕНИЕМ СТРЕПТОКИНАЗЫ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Зияев Ю.Н., Сайманов М.С., Мадреймов А.К.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Нукусский филиал РНЦЭМП

Острый коронарный синдром (ОКС) – термин, обозначающий любую группу клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать острый инфаркт миокарда (ОИМ) или нестабильную стенокардию.

По данным ВОЗ, сердечно-сосудистые заболевания, в частности ОИМ, являются причиной смерти 45% мужчин и 55% женщин. Согласно статистике Всероссийского научного общества кардиологов, в 1997–2003 гг. у мужчин и женщин всех возрастов установлен значительный рост смертности от болезней системы кровообращения, и в первую очередь – от ОИМ.

Цель. Оценка эффективности применения стрептокиназы в качестве тромболитической терапии (ТЛТ) при лечении ОКС и разработка путей улучшения качества оказания неотложной кардиологической помощи населению.

Материал и методы. Проанализированы результаты деятельности отделения неотложной кардиологической помощи Нукусского филиала (НФ) РНЦЭМП с 2013 по 2015 гг. Использованные материалы: истории

болезни больных и статистические показатели годовых отчетов отделения. Анализ проводился методом соотношения и сравнительного анализа.

Результаты. В 2013-2015 гг. в отделение кардиологии НФ РНЦЭМП поступили 226 больных с ОКС; из них в первые 12 часов от начала заболевания – 112 (50%). ТЛТ проведена 82 (73%) больным с ОКС с подъемом сегмента ST в возрасте 29-82 лет, поступившим в стационар в первые 2-12 часов от начала заболевания. Все больные получали стандартную терапию ОКС (обезболивающее, нитраты, блокаторы β-адренорецепторов, иАПФ фермента, антикоагулянты, антиагреганты). 144 больным (контрольная группа) ТЛТ не проводилась (имелись противопоказания к проведению ТЛТ, поздние сроки госпитализации, отсутствие тромболитических препаратов). Эффективной ТЛТ оказалась у 60 (73%) больных. У 22 (27%) пациентов коронарное кровообращение восстановить не удалось, у 12 (15%) из них в поздние периоды ОКС наблюдались различные осложнения: фибрилляция желудочков, кардиогенный шок (умерли 8–9,7%), аневризма сердца с развитием ХСН (4–5%).

В контрольной группе умерли 19 (13%) пациентов, осложнения отмечались у 95 (66%) больных.

Выводы. Применение стрептокиназы при ОКС в качестве ТЛТ способствовало уменьшению летальных исходов на 3,3% и осложнений ОКС на 61%. Учитывая эффективность лечения стрептокиназой на ранних стадиях заболевания, необходимо оптимизировать стандарты лечения ОКС на догоспитальном этапе кардиологической помощи службы экстренной медицины.

ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ОСТРОМ МОЗГОВОМ ИНСУЛЬТЕ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В ПРИАРАЛЬСКОМ РЕГИОНЕ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Изюмов Д.П., Маджидова Ё.Н., Изюмова Г.А.
Хорезмский областной многопрофильный медицинский центр
Хорезмский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, г. Ургенч

В современных клинико-экспериментальных исследованиях подтверждена связь между неврологическими и нейропсихологическими расстройствами при локальных поражениях головного мозга.

Цель. Выявить и изучить особенности нейропсихологических расстройств при остром мозговом инсульте у лиц молодого возраста.

Материал и методы. В работе представлены данные о 459 больных, перенесших острый мозговой инсульт. Из них мужчин было 293 (63,8%), женщин – 166 (36,2%), в возрастной категории от 20 до 44 лет. Нейропсихологические исследования проводились по методу А.Р. Лурия в сокращенном и развернутом вариантах.

Результаты. Причиной выявленных нейропсихологических расстройств были острый мозговой инсульт и его последствия, приводящие к быстрой дезорганизации межполушарных взаимоотношений.

В зависимости от степени выраженности нейропсихологических расстройств сформированы 2 группы больных: 1–228 (49,7%) больных с расстройствами речи, 2–231 (50,3%) с расстройствами оптико-пространственного гнозиса.

При изучении эмоционально-личностной сферы больные распределились следующим образом: по шкале Спилбергера–Ханина у 314 (68,4%) выявлена реактивная тревожность, у 145 (31,6%) – личностная тревожность. Из них низкая степень тревожности (до 30 баллов) выявлена у 103 (22,4%) больных, умеренная степень (до 45 баллов) – у 204 (44,4%), высокая степень тревожности (более 46 баллов) – у 152 (33,2%).

Следует отметить и непосредственное влияние на клиническую структуру и динамику нейропсихологических расстройств профиля межполушарной асимметрии мозга при инсульте.

Заключение. Изучение нейропсихологических расстройств открывает новые пути в разработке эффективных методов медикаментозной и психологической защиты мозга при острых мозговых инсультах и его последствиях.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА КАРДИОГЕННОГО ОТЕКА ЛЕГКИХ

Икрамов А.И., Ярмухамедова Д.С., Низамова М.М., Бородавко Т.Г.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, кафедра Медицинской радиологии
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель. Провести дифференциальную лучевую диагностику кардиогенного отёка и некардиогенного отека легких (острый респираторный дистресс-синдром – ОРДС).

Материал и методы. Проведен анализ клинических, рентгенологических и компьютерно-томографических данных у больных с кардиогенным и некардиогенным отёком лёгких. Пациенты были распределены на две условные группы: первая группа – 16 пациентов с развитием ОРДС и вторая группа – 20 пациентов с кардиогенным отёком лёгких.

Результаты. Рентгенографию органов грудной клетки проводили на аналоговом рентгенологическом переносном аппарате Polymobil Plus (Siemens, научный партнёр), мультиспиральную компьютерную томографию проводили на аппарате Somatom Emotion-6 (Siemens).

Рентгенологическая картина в начальной фазе интерстициального отёка лёгких была идентична у больных в обеих группах наблюдений. При прогрессировании патологического процесса рентгенологическая и КТ-картина при ОРДС характеризовалась диффузным уплотнением лёгочной ткани больше в верхних и задних сегментах лёгких, в то время как у больных с кардиогенным отеком изменения наблюдались больше в

центральной зоне, с наличием выпота в плевральной полости и расширением границ сердца. В фазу разрешения отёка при ОРДС отмечались ретикулярные изменения, для кардиогенного отека легких более характерным являлось усиление легочного рисунка по венозному типу с перибронховазальной инфильтрацией. Выявлена зависимость полученных рентгенологических и КТ-данных от динамики клинической картины и конкретной нозологии, обусловившей развитие патологического процесса.

Вывод. Таким образом, методы лучевой диагностики помогают реаниматологу в неотложной дифференциальной диагностике различных видов респираторной недостаточности.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СОРБЦИОННЫХ МЕТОДОВ ПРИ ОСТРОМ НАРУШЕНИИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПЕЧЕНИ

Ирматов С.Х., Ким О.В., Садыков Р.А.
АО «Республиканский специализированный центр им. акад. В. Вахидова»

Современная стратегия экстракорпоральной детоксикации направлена на поддержание функции внутренних органов при таких неотложных состояниях, как сепсис, полиорганная недостаточность. Острый тромбоз портальной вены может провоцировать портальную гипертензию и острую печеночную недостаточность с нарастанием эндотоксемии. Профилактика печеночной энцефалопатии играет важную прогностическую роль у данной категории пациентов.

Цель. Сравнение максимальной статической адсорбционной способности угольного сорбента СКН-2к в крови и плазме in vitro.

Материал и методы. В стендовом опыте статической сорбции был использован угольный сорбент марки СКН-2к (Украина) со средним диаметром гранул 0,3-0,6 мм, удельной поверхностью мезопор 1230 м²/г при комнатной температуре. Сорбент в объеме 0,5 мл (350 мг) был отмыт 5 мл физиологического раствора. Далее к сорбенту был добавлен 1 мл плазмы с гипербилирубинемией в пробирке с диаметром 1,5 см. Статическая сорбция была выдержана в течение 30 минут. Второй стендовый опыт был проведен с 1,6 мл цельной крови с добавлением 100 ED гепарина в пробирке такого же диаметра. Угольный сорбент предварительно был однократно обработан гепаринизированным раствором (500 ED гепарина с добавлением 10 мл физиологического раствора). Гемадсорбция проводилась в течение 5 минут в виду сорбции угольным сорбентом гепарина и нарастающего риска свертывания крови.

Цельная кровь и плазма для исследования были взяты в одинаковых объемах плазмы. Лабораторные тесты определялись до и после исследования.

Результаты. Выявлена более высокая адсорбционная емкость при статической плазмосорбции по сравнению с гемадсорбцией. При первом опыте уровень АЛТ снизился на 35,8% от исходного уровня, общего билирубина – на 42,3%, связанного билирубина – на 100%, Δ-билирубина – на 24,5% (n=5). При гемадсорбции наблюдалось снижение содержания АЛТ, общего билирубина, связанного билирубина, Δ-билирубина соответственно на 17,7, 15,4, 48,0 и 5,0% (n=5). Разница в снижении концентрации в двух опытах была достоверно значимой ($p<0,01$). Уровень общего белка при плазмосорбции снизился на 34,3%, при гемадсорбции – на 17,0% (n=5, $p<0,01$).

Заключение. Применение угольного сорбента при статической плазмосорбции позволяет существенно снизить уровень печеночных маркеров. Дальнейшее изучение и развитие данного вида экстракорпоральной детоксикации может быть в последующем успешно применяться в условиях интенсивной терапии.

ПРИМЕНЕНИЕ ЦЕРЕТОНА (ХОЛИНА АЛЬФОСЦЕРАТ) У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Камчатнов[1] П.Р., Умарова[2] Х.Я.
ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва
ГБОУ ВПО ЧГУ, Грозный, Российская Федерация[2]

Ишемический инсульт (ИИ) – одна из основных причин летальности и стойкой инвалидизации. Перспективным направлением лечения является применение препаратов нейрометаболического действия при лечении больных с острым ИИ. Одним из таких препаратов является холина альфосцерат, за счет стимуляции репаративных процессов и восполнения дефицита ацетилхолина обеспечивающий более полное восстановление моторных и когнитивных функций после перенесенного ИИ в условиях эксперимента.

Цель. Изучить эффективность и безопасность применения Церетона у больных с острым каротидным ИИ.

В открытое сравнительное исследование было включено 180 пациентов с острым ИИ, подтвержденным результатами МРТ. По различным причинам из него выбыли 18 пациентов, поэтому представлены результаты наблюдения за 162 больными. 1-ю группу составили 84 больных, получавших Церетон по 4 мл (1,000 мг) внутривенно на протяжении 10 сут в сочетании со стандартизированной базисной терапией; 2-ю группу составили 78 больных, получавших только базисную терапию. Группы сопоставимы по возрастно-половому составу, исходной тяжести заболевания, характеру базисной терапии.

При поступлении, на 5, 7 и 19-21 сут оценивались неврологический статус (шкала NIHSS), уровень бодрствования. При выписке из стационара (21 сут) оценивалась степень независимости в повседневной жизни от посторонней помощи (индекс Бартель – ИБ). Рассчитывалось соотношение «затраты – эффективность» (CEA) – затраты, приходящиеся на единицу эффективности терапии (значения

NIHSS и ИБ). Результаты обработаны статистически, с использованием программы SPSS 13,0.

Исходная выраженность неврологического дефицита в обеих группах была идентичной. Несмотря на проводимую терапию, умерли 7 наблюдавшихся больных; причиной наступления летального исхода явился обширный инфаркт головного мозга, осложнившийся отеком мозга и развитием синдрома вклинения.

При исследовании состояния наблюдавшихся больных после окончания курса лечения оказалось, что в обеих группах больных в целом динамика уменьшения выраженности неврологического дефицита имела сходный характер. Наиболее рано регрессировали расстройства сознания, хотя существенных отличий в темпе его восстановления отмечено не было. На протяжении периода пребывания в стационаре имело место уменьшение значений по шкале NIHSS, обусловленное, в первую очередь, восстановлением уровня бодрствования и уменьшением выраженности парезов конечностей. Тенденция к восстановлению нарушенных неврологических функций регистрировалась на 5 и 7 сут в обеих группах, однако отличия не носили достоверного характера по сравнению с исходными. На 21 сут наблюдения имело место достоверное уменьшение неврологического дефицита как в 1-й (на 41,6%: $p<0,05$), так и во 2-й группах (18,6%, $p<0,05$), однако темпы восстановления в 1-й группе оказались намного выше ($p<0,05$). Пациенты 1-й группы более охотно включались в занятия лечебной гимнастикой, больше времени проводили за самостоятельными занятиями восстановительным лечением, что обеспечивало положительный эффект терапии.

При оценке степени инвалидизации на 21-е сут (индекс Бартель) оказалось, что у пациентов 1-й группы степень независимости в повседневной жизни оказалась достоверно более высокой, чем у пациентов 2-й группы (на 17,8%; $p<0,05$). Несмотря на материальные затраты, связанные с приобретением Церетона, значения CEA свидетельствовали о достоверно большей фармакоэкономической эффективности комбинированного лечения.

При оценке частоты побочных эффектов оказалось, что у 5 (5,6%) больных 1-й группы в первые дни отмечалась умеренная тошнота. Указанная жалоба носила кратковременный характер и не потребовала отмены препарата или изменения режима его применения. Ни у одного из больных 1-й группы не наблюдалось каких-либо проявлений взаимодействий Церетона с другими лекарственными препаратами.

Результаты проведенного исследования подтверждают данные о высокой эффективности Церетона у пациентов с острым ИИ. Продемонстрировано более раннее и полное уменьшение выраженности неврологического дефицита. На фоне проводимой терапии в первую очередь регрессировали расстройства сознания и моторный дефицит. Применение Церетона способствовало расширению двигательного режима, что позволяло активное проведение лечебно-реабилитационных мероприятий. Препарат хорошо переносится, практически не вызывает побочных эффектов, может сочетаться с другими лекарственными средствами, применяемыми при лечении больных с ИИ. Впервые показано, что применение Церетона, обладающего приемлемым фармакоэкономическим профилем, способно обеспечить снижение затрат для достижения более высокого уровня снижения инвалидизации при лечении больных с ИИ.

ОЧАГОВЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ВНУТРИМОЗГОВЫМИ ГЕМОРРАГИЯМИ ПОДКОРКОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Каримова Д.Ю.
Бухарский филиал РНЦЭМП

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) являются важнейшей медико-социальной проблемой. В последние годы наблюдается неуклонный рост заболеваемости инсультом. Наиболее частыми последствиями инсульта являются центральные параличи и парезы, развивающиеся у 50-80% пациентов, нарушения речи выявляются у 30%, нарушения чувствительности – у 25%.

Цель. Изучение динамики двигательных и речевых расстройств у больных в остром периоде внутримозговых геморрагий подкорковой локализации (ВМГПЛ) и повышение эффективности их лечения.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 50 больных с ВМГПЛ в остром периоде заболевания, с благоприятным исходом, в возрасте от 44 лет до 71 года (средний возраст 54±2,17 года), из них 25 (50%) женщин и 25 (50%) мужчин. Всем больным в динамике острого периода заболевания проводилось клинико-неврологическое, инструментальное (КТ, УЗДГ, ЭКГ) лабораторное исследование. Уровень сознания определялся по шкале комы Глазго (Glasgow coma scale).

Пациенты с ВМГПЛ были разделены на 2 группы: больные основной группы на фоне общепринятой стандартной терапии получали препарат нейромедин – 0,5% раствор по 1-2 мл 2 раза в сут в/м с 3-5-го дня от начала заболевания. Пациентам группы сравнения проводилось такое же лечение, но без нейромедина.

Результаты. У больных сравниваемых групп на фоне лечения в остром периоде наблюдалось достоверное снижение суммы баллов по шкале NIHSS, свидетельствующее о положительной динамике. У пациентов основной группы (на 50,8%) изменения были более выраженными, чем у больных группы сравнения (на 33,65%), что подтверждалось **регрессом** как общемозговой, так и очаговой симптоматики.

Двигательный дефицит в верхних и нижних конечностях более достоверно уменьшался у больных основной группы (соответственно на 52,4 и 55,1%), в то время как у пациентов группы сравнения достоверно регрессировал парез только в нижних конечностях (на

25%). Статически значимый регресс афотических нарушений у больных основной группы был более достоверным, чем в группе сравнения.

Таким образом, комплексное обследование больных с ВМГПЛ, проведённое в остром периоде заболевания, позволило выявить клиническое своеобразие двигательных и речевых расстройств и оценить их динамику на фоне комплексной терапии с применением препарата нейромедин.

КОРРЕКЦИЯ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST

Кенжаев М.Л., Борисова Е.М., Алимов Д.А., Кенжаев С.Р., Сатторов Х.И., Хаитов С.Ш.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Больные, поступившие с острым коронарным синдромом с элевацией сегмента ST, являются кандидатами для проведения реперфузионной терапии (как фармакологической, так и инвазивной) с целью скорейшего восстановления кровотока в инфаркт-связанной эпикардиальной артерии. При возобновлении кровотока в окклюзированной артерии возникают процессы, реперфузионное повреждение миокарда, которое часто влияет на возникновение тяжелой систолической дисфункции. Реперфузионное повреждение миокарда проявляется в виде реперфузионных аритмий, феномена «оглушения» миокарда; «no reflow» феноменом и ускоренным некрозом кардиомиоцитов, функция которых нарушена предшествовавшей ишемией.

Цель. Изучение влияния цитопротектора кверцетина на систолическую дисфункцию, развитие зон некроза и оглушенного миокарда у больных с ОКС с элевацией сегмента ST после проведения реваскуляризации миокарда.

Материал и методы. Обследованы 88 больных с ОКС с элевацией сегмента ST в возрасте от 35 до 67 лет. Средний возраст 48,2±1,3 года. Больные госпитализированы в отделение кардиотерапевтической реанимации РНЦЭМП в первые 6 ч с момента развития заболевания. Всем больным было проведено стандартное лечение (антикоагулянты, антиагреганты, статины, β-блокаторы, нитраты, иАПФ). ТЛТ проведена 46% больных, ТЛБАП – 54%. Больные рандомизированы на две группы: в контрольную группу включены 43 больных, получавших стандартную терапию, во 2-ю группу вошли 45 больных, которым дополнительно к стандартной терапии сразу после госпитализации внутривенно капельно в течение 30-45 мин вводили кверцетин: в 1 сутки – по 0,5 г в 50 мл физраствора 3 раза с интервалом в 2 и 12 ч, на 2-3 сутки – в той же дозе два раза с интервалом в 12 ч, на 4-5 сутки – однократно в дозе 0,25 г согласно схеме, предложенной лабораторией Борщаговского ХФЗ. Всем 88 больным проведена эхокардиография и стресс-эхокардиография с добутамином (ДСЭ). Статистический анализ материала проводился с использованием критерия t Стьюдента и парного критерия Вилкоксона. Достоверными считали различия при $p<0,05$.

Результаты. Раннее назначение цитопротектора корвитина положительно влияло на показатели центральной гемодинамики, уменьшая развитие дилатации ЛЖ, вследствие чего конечный диастолический и конечный систолический индексы в течение 3 месяцев наблюдения не изменялись. В то же время в контрольной группе отмечалась тенденция к увеличению конечного диастолического индекса. Фракция выброса ЛЖ увеличивается у больных обеих групп, но ее прирост к 3 месяцу более значителен во 2-й группе: соответственно на 6,0 и 8,9%; при этом наилучший эффект действия препарата наблюдается у больных с открытой коронарной артерией, обусловившей инфаркт (70,7%), а также у больных с ОЛЖН в 1 сутки ОКС с элевацией ST (17,9%). В процессе формирования зоны некроза при ранней реваскуляризации миокарда у больных острым коронарным синдромом с элевацией сегмента ST появившиеся асинергичные участки миокарда не всегда необратимо утрачивают способность к сокращению. Если в течение определенного периода наступает реперфузия, потенциально возможно восстановить его сократительную способность. По ДСЭ, жизнеспособный миокард выявлен у 70% больных, которым вводили корвитин, и у 45,0% больных контрольной группы ($p<0,1$). Полученные данные свидетельствуют, что кверцетин уменьшает выраженность реперфузионного повреждения миокарда при реваскуляризации, предотвращая развитие систолической дисфункции миокарда левого желудочка.

ЛОКАЛЬНАЯ СОКРАТИМОСТЬ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ИЗМЕНЕНИЯ СЕГМЕНТА ST И ЗУБЦА Т ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С ДОБУТУМИНОМ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Кенжаев С.Р.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель. Оценка изменения сегмента ST, зубца Т и локальной сократимости левого желудочка во время пробы с добутамином у больных с острым инфарктом миокарда с элевацией сегмента ST.

Материал и методы. У 124 больных с неосложненным острым инфарктом миокарда с элевацией сегмента ST проба с добутамином была выполнена в среднем 5,4±3,2 дня после инфаркта. Всем больным был проведен тромболизис, а также тест с применением как малых, так и больших доз добутамина (в среднем 25±7,7 мкг/кг/мин).

Результаты. У 124 больных проанализированы 1984 сегмента. У каждого пациента перед началом пробы регистрировались сегменты с нарушениями локальной сократимости (в среднем по 4,9±2,6 сегмента, всего 608 сегментов) (малые дозы добутамина)**.** В 294 (46,7%) из 608 сегментов с первоначальными нарушениями локальной сократимости на малых дозах добутамина сократимость улучшилась. Со-

кратительный резерв в инфаркт-связанной области не менее чем в двух сегментах отмечался у 94 (75%) из 124 больных (высокие дозы добутамина). Из 294 сегментов с исходно нарушенной сократимостью и улучшивших сократимость на малых дозах добутамина сократимость 218 сегментов вернулась к первоначальному состоянию (двухфазный ответ). Новые нарушения сократимости появились еще в 128 первоначально нормально сокращающихся сегментах. В 152 сегментах с исходно нарушенной сократимостью при введении высоких доз добутамина наблюдалось ухудшение локальной сократимости. В 39 сегментах с первоначальными нарушениями локальной сократимости на высоких дозах введения появилась дискинезия. Ухудшение сократимости, указывающее на ишемию миокарда, появилось у 100 (80%) больных, в том числе у 30 (30%) больных – в регионах, отдаленных от инфаркт-связанной области. У 100 (80%) больных отмечалось ухудшение сократимости в инфаркт-связанной области. У 72 (72%) из них имел место двухфазный ответ сократимости.

Исходная элевация сегмента ST отмечалась у 50 (40%) больных, отрицательные зубцы Т – у 108 (87%). Одновременно элевация сегмента ST и отрицательный зубец Т наблюдались у 42 (33%) пациентов, отсутствие изменений ST-T зарегистрировано у 8 (6%).

У больных с наличием сократительного резерва в инфаркт-связанной области на малых дозах добутамина несколько чаще наблюдались как элевация сегмента ST на исходной ЭКГ, так и исходно отрицательные зубцы Т – в сравнении с пациентами без отчетливого сократительного ответа (соответственно 46 и 91%, по сравнению с 20 и 73%, p>0,05). Из 94 больных с наличием сократительного резерва в инфаркт-связанной области у 14 (14%) отмечалась элевация сегмента ST (у 1 в покое не было элевации, а у 6 – дальнейшее увеличение имевшейся элевации ST), у 42 (44%) отмечалась псевдонормализация отрицательных зубцов Т. Из 30 больных без наличия сократительного резерва ни у одного не отмечалось появления элевации сегмента ST, у 14 была зарегистрирована псевдонормализация отрицательного зубца Т. При оценке новой или дальнейшей элевации сегмента ST и псевдонормализации отрицательного зубца Т было показано, что чувствительность составляет соответственно 14 и 44%, специфичность – 100 и 53% при определении сократительного резерва в инфаркт-связанной артерии.

Аналогичное мнение о небольшой чувствительности и высокой специфичности элевации сегмента ST как маркера жизнеспособного миокарда подтверждают работы других авторов (Lombardo A. et al., 1996; Oliva S. et al., 1996). Новая или дальнейшая элевация сегмента ST и псевдонормализация отрицательного зубца Т появились одновременно у 8 (8%) больных с наличием сократительного резерва и ни разу – без сократительного резерва. Когда изменения сегмента ST и зубца Т учитывались вместе как новая или дальнейшая элевация сегмента ST либо псевдонормализация отрицательного зубца Т, или оба этих изменения, то в определении сократительного резерва это давало чувствительность 48 и специфичность 56%.

Из 100 больных с ишемией миокарда на высоких дозах добутамина у 56 появилась элевация сегмента ST (новая или дальнейшая, что касается малых доз добутамина) и у 92 – псевдонормализация отрицательного зубца Т ЭКГ. Среди 24 больных без ишемии миокарда подобные изменения ЭКГ появились соответственно у 10 и у 14 (p>0,05).

Заключение. Новая или дальнейшая элевация сегмента ST и псевдонормализация отрицательного зубца Т показывают чувствительность, соответственно 57 и 92%, специфичность – 58 и 40% при диагностике ишемии в инфаркт-связанной артерии. При определении сократительного резерва новая или дальнейшая элевация сегмента ST и псевдонормализация отрицательного зубца Т показывают чувствительность 54 и 85%, специфичность 46 и 14%.

ВРОЖДЁННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА КАК ПРИЧИНА СМЕРТИ У ДЕТЕЙ, ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙ РНЦЭМП

Кочетов В.Е., Магрупов Б.А., Вервекина Т.А., Убайдуллаева В.У.

Республиканский научный медицинский центр экстренной медицинской помощи

Частота врождённых пороков сердца (ВПС) составляет 0,8-1% от всех заболеваний сердца и до 30% всех врождённых пороков развития. Большинство таких больных погибает в младенческом и детском возрасте. Только 5-15% доживает до пубертатного периода. Летальность при ВПС без лечения составляет 30-80%, при этом наибольшее число смертельных исходов отмечается в течение первого месяца жизни. После первого года жизни летальность резко снижается, и в возрасте до 15 лет дополнительно умирает не более 5% детей. Известно более 90 вариантов ВПС и множество их сочетаний. Наиболее частой непосредственной причиной смерти при ВПС служит сердечно-легочная недостаточность, обусловленная гемодинамическими расстройствами, свойственными пороку.

Материал и методы. Проанализировано 29 протоколов вскрытий детей, основной или способствующей причиной смерти которых явилась та или иная форма ВПС, либо их сочетание.

Результаты. Среди умерших девочек было 19 (65,5%), мальчиков – 10 (34,5%). В возрасте до 1 года умер 21 (72,4%) ребенок, старше года – 8 (27,6%). Основной пик смертности приходился на возраст 4 месяца – 6 (2%).

У всех больных смерть наступила в результате декомпенсации сердечной деятельности, которой у 13 (44,8%) способствовала развившаяся пневмония. У 4 (13,8%) детей диагноз ВПС не был установлен прижизненно.

Среди изолированных пороков первое место занимает ДМЖП – 7 (24%) больных. По 1 (3,4%) случаю встречались ДМПП, открытое овальное окно,

открытый артериальный проток, полная АВ коммуникация, гипоплазия правого желудочка и клапанный стеноз аорты.

Комбинированные пороки регистрировались в различных сочетаниях. Тетрада Фалло отмечалась в 3 (10,3%) случаях. По 1 (3,4%) случаю выявлено сочетание ДМЖП с ДМПП, ОАП, ООО, атрезией проксимального отдела легочной артерии; ДПЖМ и ДМПП сочетались с облитерацией правого АВ отверстия, атрезией трёхстворчатого клапана; ОАП сочетался с ООО, гипоплазией митрального и трёхстворчатого клапанов, клапанным стенозом аорты; стеноз аортального клапана сочетался со стенозом и недостаточностью митрального клапана. Также по 1 (3,4%) случаю встречались гипоплазия створок митрального и трёхстворчатого клапанов, болезнь Эйзенменгера и аномалия Эбштейна.

При морфологическом исследовании во всех случаях имело место увеличение массы сердца в среднем на 39,2 г больше нормы за счёт гипертрофии стенок обоих желудочков. Преобладала гипертрофия стенки правого желудочка – в среднем на 0,4 см больше нормы. Массу и толщину стенок желудочков измеряли с учётом возрастных норм. Во всех случаях отмечалась дилатация полостей сердца. ДМЖП относились к дефектам средней величины – диаметр отверстия от 1,1 до 1,5 см. ДМПП также относились к дефектам средней величины – диаметр отверстия от 1 до 2 см.

Таким образом, варианты комбинаций ВПС, приведшие к смерти, весьма разнообразны. Пик смертности в наших наблюдениях приходился на 4-й месяц жизни. Изменённая гемодинамика при ВПС приводит к гипертрофии сердца. Причиной смерти во всех случаях является декомпенсация гипертрофированного сердца, которая наступает тем раньше, чем сильнее выражен порок.

СВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Ляховец Е.Г.

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

Цель. Оценить лабораторные маркеры, характеризующие выраженность основных биохимических синдромов поражения печени и уровень мозгового натрийуретического пептида (BNP) у пациентов с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности (ОДХСН) при артериальной гипо- и нормотонии.

Материал и методы. Обследовано 35 человек, проходивших лечение по поводу ОДХСН в Санкт-Петербургском ГБУ НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, в возрасте от 37 до 82 лет, на фоне хронических заболеваний сердца в виде ИБС, ГБ с низкой (<40%) фракцией выброса (ФВ). Всем больным проводились клиническое и лабораторно-инструментальное обследования согласно соответствующему протоколу, в том числе выполнение развернутого биохимического анализа крови для оценки состояния основных показателей структурно-функционального состояния печени. Данные статистически обработаны с использованием однофакторного анализа. Достоверность оценивается по Т-критерию Стьюдента. Критическое значение параметра для выборок составило 2,035.

Результаты. Все пациенты были разделены по уровню систолического артериального давления (АД) на 2 группы. Больные группы А при поступлении в стационар имели нормальный уровень АД (N=10), пациенты выборки Б при поступлении имели систолическую артериальную гипотензию (N=25). В каждой из групп определяли уровень BNP. У лиц из выборки А ФВ составила 39,7±7,2% у когорты Б – 30,2±5,4%, при Т=1,06, $p>0,05$. При этом в когорте А средний уровень BNP составил 208±38,2 нг/мл, против 1062±132,7 нг/мл в выборке Б. Различия в группах были достоверны по Т-критерию Стьюдента, Т=6,18, $p<0,05$. У обследованных пациентов выявлялось умеренное повышение показателей, характеризующих синдром цитолиза (трансаминазы, общий билирубин) и холестаза (прямой билирубин, щелочная фосфатаза, гамма-глутамилтранспептидаза) достоверно выше нормы. У больных с коморбидным кардиальным фиброзом или циррозом печени отмечалось снижение ее синтетической функции с уменьшением содержания протромбина, альбумина, общего холестерина сыворотки крови $p>0,05$. В целом группа Б характеризовалась повышением уровня общего билирубина: 25,3±4,4 ммоль/л против 14,5±2,1 ммоль/л когорты с нормальным АД. Отличия в выборках достоверны по Т-критерию Стьюдента, Т=2,22, $p<0,05$. Общий паттерн характеризовался меньшей выраженностью степени дисперсии показателей, а изменения в выборке А были преимущественно «мозаичными», наблюдались отклонения от нормы одного-двух показателей при нормальных значениях остальных, паттерн дисперсии изучаемых параметров имел индивидуальный характер. Коэффициент де Ритиса сохранялся в пределах нормальных значений и составил в группе А 1,27±0,14 против 1,53±0,07 в выборке Б, Т=1,66 $p>0,05$. Большая выраженность отклонений биохимических показателей от нормы наблюдалась у лиц со склонностью к артериальной гипотензии при поступлении. Шанс встретить пациента в группе А с отклоненными показателями составил 0,42 против 4 в выборке Б. Отношение шансов составило 9,3 при 95% доверительном интервале [1,75-49,59]. Стандартная ошибка отношения шансов составила 0,8. Отмечен факт применения у всех пациентов значительного количества лекарственных препаратов (от 6 до 14), метаболизирующихся преимущественно в печени.

Обсуждение и выводы. В условиях острой декомпенсации хронической сердечной недостаточности высоких ФК при систолической артериальной гипотензии формируются условия для развития и прогрессирования печеночного цитолиза и холестаза, а при декомпенсации функции печени – печеночно-клеточ-

ной недостаточности. Уровни билирубина, коэффициент де Ритиса могут служить маркерами выраженности нарушения биохимических процессов в печени, а уровень BNP – отражать выраженность сердечно-сосудистой недостаточности у больных с ОДХСН. При артериальной гипотензии шанс встретить пациента с отклоненными биохимическими показателями достоверно в 9,3 раза выше по сравнению с нормотензией у пациентов с ОДХСН. Вероятной причиной данных изменений могут являться выраженные расстройства центральной и печеночной гемодинамики, сопровождающиеся развитием циркуляторной и тканевой гипоксии, усугубляемые экзотоксическим, в том числе ятрогенным, поражением печени, что приводит к нарушению инактивации биологически активных веществ, а также формированию эндотоксикоза, повышению проницаемости мембран гепато- и кардиомиоцитов, высвобождению лизосомальных ферментов, активации перекисного окисления липидов, изменения внутриклеточного содержания циклических нуклеотидов, усугубляющих циркуляторные и обменные нарушения и требующих учета при назначении терапии у таких больных. Кроме этого, сам факт гипотонии при госпитализации может являться маркером выраженного цитолиза и холестаза у больных с ОДХСН.

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА В СТРУКТУРЕ СМЕРТНОСТИ, ПО ДАННЫМ ПАО

Магрупов Б.А., Убайдуллаева В.У., Вервекина Т.А.
РНЦЭМП, патологоанатомическое отделение

Введение. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – заболевание, обусловленное несоответствием между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой, приводящее к нарушениям функций сердца. Ведущая причина развития ИБС (95-98%) – атеросклероз (Н.А. Мухин и соавт., 2009). В структуре смертности от сердечно-сосудистых заболеваний первое место занимает ИБС и ее острые проявления – инфаркт миокарда (Ю.Н. Беленков, 2002).

Материал и методы. Проведен анализ протоколов вскрытий 553 умерших в РНЦЭМП пациентов (198 – из хирургического корпуса, 355 – из терапевтического корпуса.)

Результаты. Из общего числа вскрытий (553) в 125 (22,6%) случаях больные погибли от инфаркта миокарда, причем 115 (92%) больных получали лечение в отделениях терапевтического корпуса, 10 (8%) – хирургического. Средний возраст пациентов составил 64,7±8,7.

Из 125 случаев у 50 (40%) больных диагностирован острый инфаркт миокарда (ИМ), все больные изначально госпитализированы в отделения терапевтического корпуса: неотложной кардиологии (ОНК) – 41 больной, экстренной терапии – 6, неврологии – 3. Средний возраст больных с острым ИМ составил 66,6±1,7.

Повторный ИМ зарегистрирован у 54 (43,2%) больных, 49 из которых находились на лечении в терапевтическом корпусе: ОНК – 44, экстренная терапия – 4, неврология – 1. Из оставшихся 5 больных у 2 повторный ИМ развился в абдоминальной хирургии, у 3 – в сосудистой хирургии. Средний возраст пациентов с повторным ИМ составил 66,0 ±2,4.

Рецидивирующий ИМ был диагностирован у 3 (2,4%) пациентов, все они находились на лечении в ОНК, и средний возраст их составлял 63,3±2,7.

Острая очаговая ишемическая дистрофия миокарда была выставлена основной нозологией, как проявление ИБС у 5 (4%) больных из ОНК, средний возраст – 66,8±3,4.

Инфаркт миокарда в ряде случаев являлся не единичной патологией, диагностированной у больных, и поэтому фигурировал в диагнозе в рубрике «основное заболевание со вторым конкурирующим заболеванием». У 8 (6,4%) больных вторым конкурирующим заболеванием явилось острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), причем в 5 случаях – по ишемическому, в 3 – по геморрагическому типу. 7 человек находились на лечении в терапевтическом корпусе: ОНК – 1, экстренная терапия – 1, неврология – 5, 1 больной – в нейрохирургическом отделении хирургического корпуса. Средний возраст пациентов составил 64,7±5,9.

ОИМ с язвенной болезнью желудка (перфорация язвы) диагностирован у 1 (0,8%) больного 63 лет из экстренной терапии. Четыре случая (3,2%) инфаркта миокарда в сочетании с хирургической патологией зарегистрированы у пациентов, находившихся на лечении в хирургическом корпусе: ОИМ и острый жировой панкреонекроз, возраст пациента – 51 год, и ОИМ с долихосигмой (заворот), возраст пациента – 65 лет. ОИМ в сочетании с острым гангренозным холециститом зафиксированы в 2 (1,6%) случаях, оба больных находились на лечении в хирургическом корпусе, средний возраст пациентов 80±2,1.

Заключение. Таким образом, среди вскрытых в патанатомии у 22,6% причиной смерти определен инфаркт миокарда. При этом средний возраст умерших с острым ИМ составил 66,6±1,7 года, повторным – 63,3±2,7 года и рецидивирующим ИМ – 63,3±2,7 года, а с острой очаговой ишемической дистрофией миокарда – 66,8±3,4 года. Инфаркт миокарда в 13 случаях выставлялся в патологоанатомический диагноз как конкурирующее заболевание, при этом второй нозологией была как терапевтическая патология (ОНМК), так и хирургическая патология (ЯБЖ, гангренозный холецистит, панкреонекроз, долихосигма).

Проведенный анализ диктует необходимость знания рассматриваемой патологии врачами всех специальностей, независимо от их узкой специализации.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST ФРАКСИПАРИНОМ И НЕФРАКЦИОНИРОВАННЫМ ГЕПАРИНОМ

Мадумаров И., Мирсайдуллаев М.М. (млад.), Мирсайдуллаев М.М., Хамидов Т.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель. Сравнительное изучение клинической эффективности фраксипарина и нефракционированного

гепарина (НФГ) при лечении острого коронарного синдрома (ОКС).

Материал и методы. Под наблюдением находились 30 больных с ОКС, которых разделили на 2 группы по 15 человек в каждой. В 1-й группе (средний возраст 55,7±2,3 года) антикоагулянтную терапию проводили низкомолекулярным гепарином фраксипарином 10 больным в дозе 1 мг/кг через 12 часов подкожно, 5 – в дозе 0,5 мг/кг. 15 пациентов 2-й группы (средний возраст 55,8±2,8 года) получали НФГ, при этом первую дозу 10000 ЕД вводили внутривенно болюсом, в дальнейшем – по 5000 ЕД через 6 часов подкожно. Продолжительность антикоагулянтной терапии – от 5 до 7 суток. Больные обеих групп в полном объеме получали антиангинальную терапию.

Результаты. У пациентов 1-й группы в течение суток в среднем отмечалось 9,5±0,5 ангинозного приступа, 2-й – 10,6±0,7. После завершения антикоагулянтной терапии у больных обеих групп наблюдалось достоверное ($p<0,001$) уменьшение приступов стенокардии соответственно до 1,2±0,08 и 3,5±0,1, но такое улучшение достоверно ($p<0,05$) более выраженным было у больных, получавших фраксипарин. После завершения антикоагулянтной терапии полное прекращение ангинозных приступов наблюдалось у 73% пациентов 1-й группы, что достоверно ($p<0,05$) больше, чем во 2-й группе, в которой после лечения НФГ полное отсутствие стенокардии отметили у 53,3% больных. В 1-й группе у 6,0% больных сохранялась рефрактерная стенокардия, однако таких больных, у которых не удалось добиться стабилизации, во 2-й группе было достоверно ($p<0,05$) больше (13,3%). Еще у 26,6% больных 1-й и 33,3% 2-й группы была достигнута относительная стабилизация, но у них сохранялись редкие ангинозные приступы.

Выводы. Учитывая практически полную идентичность пациентов сравниваемых групп по исходным данным, достоверное различие объясняется применением различных антикоагулянтов. Низкомолекулярный гепарин фраксипарин, который у больных с острым коронарным синдромом применяется с антикоагулянтной целью, характеризуется более выраженной клинической эффективностью.

ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИЕ КАРДИОАРИТМИИ У ПАЦИЕНТОВ МУЖСКОГО И ЖЕНСКОГО ПОЛА, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ КРЕПКИМИ СПИРТНЫМИ НАПИТКАМИ

Мамасалиев Н.С., Курбонова Р.Р., Утанов З.У.
АФ РНЦЭМП
Андижанской государственный медицинский институт МЗ РУз

Цель. Определить частоту выявляемости жизнеугрожающих кардиоаритмий (ЖуКА) и их особенностей клинических проявлений у пациентов, злоупотребляющих крепкими спиртными напитками (ЗКСН) на этапе оказания экстренной медицинской помощи.

Материал и методы. В исследование вошли 861 человек (мужчины и женщины) в возрасте от 18 до 59 лет и ≥60 лет, находившиеся в экстренных специализированных отделениях АФ РНЦЭМП. После выявления ЖуКА (пароксизмальные наджелудочковые и желудочковые тахикардии, фибрилляция предсердий и желудочков, атриовентрикулярные блокады) были использованы все клинические, биохимические, функциональные и инструментальные возможности для поиска возможных причин, в том числе ЗКСН, ЖКА.

Результаты. В обследуемой группе популяции ЖуКА выявлены у 10,3% пациентов. Установлено статистически значимое увеличение частоты ЖуКА по мере увеличения интенсивности употребления крепких спиртных напитков. Частота ЖуКА у злоупотребляющих крепкими спиртными напитками (>168 г этанола в неделю) (Аа ЖуКА) пациентов составила 54,0%. Вид аритмии (64,5% и 35,5 соответственно) не зависит от вида употребляемых спиртных напитков. АаЖуКА практически с одинаковой частотой встречались у работающих (29,2%) и неработающих (24,7%), $p>0,05$. При анализе результатов исследования также установлено, что частота регистрируемости АаЖуКА с возрастом существенно возрастает в более чем 5,6 раза ($p<0,001$). Частота их выявляемости в разных возрастных группах составила: до 40 лет – 4,5%, в 41-50 лет – 7,9%, в группе лиц 51-60 лет – 24,7% и старше 60 лет – 20,2%.

Выводы. У пациентов с ЗКСН была выявлена высокая распространенность ЖуКА. Обращает внимание, что у лиц с АаЖуКА широко распространены следующие факторы: нерегулярное питание, острые стрессовые ситуации, микроэлементоз и анемия, низкое (<400 г/сут) употребление овощей и фруктов.

INTRACAROTID INJECTION NIMODIPIN AT AN AVTE ISCHEMIC FAILURE OF THE CEREBRAL BLOOD FLOW

Mahmudov X.A., Abbosxonov G.X.
The branch of Republic scientific center of emergency medicine in Fergana. Uzbekistan. Fergana

The problems of the cerebral strokes Keeps its medico-social importance which occupied the 2nd – 3rd places among causes of death rate. In connection with these there are more aspects such as diagnoses, methods of treatment and rehabilitation of the patients last to be explored in virtue of the recent approaches and the technical engines.

At last years nimodipin is used frequently at cerebral strokes in an anesthesiological practice. Nimodipin is a production of Dyhydropyridin which related to the group of antagonist of Ca^{++}. As distinct from the other antagonists of Ca^{++} nimodipine acts advantage to the vessels of the brain, easely insights through the Hematoencefalic barrier, and has a minimal affects to another vascular systems. It is prescribed at early 3-6 hrs from the onset which as fast as after appearing of an acute singes of strokes.

Purpose of research. To lead a comparative prospect investigation about safety and efficiency of nimodipin. A daily dosage of nimodipin is till 50.0 ml in acute period of ischemic stroke.

Materials and methods. At resuscitation deportment of the emergency medical center during 2 years nimodipine

is used successfully in patients with ischemic stroke after installation of a catheter to a. temporalis with infuzamat. Intraarterial injection of nimodipin in initial dosage such as 1 ml/ per hrs in the first day, subsequently 2 ml/ per hrs from the 2nd day. We used nimodipine in 50 patients from the 155 patients with ischemic strokes of them 15 patients which aged from 55-to 65, 25 patients aged from 65 to 73 and 10 patients aged higher then 73 years old.

Resaults. In patients which is used nimodipin showed positive upheavals at a neurological and a common condition state then in patients in which nimodipin is not used. Mortality was decreased till 18%.

Thus, intra-arterial injection of nimodipin is advantage influenced to courses and exodus of an acute ischemic failure of the cerebral blood flow.

КОРРЕКЦИЯ АНЕМИИ ПРИ НЕТРАВМАТИЧЕСКОМ КРОВОИЗЛИЯНИИ В МОЗГ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Мухитдинова Х.Н., Сатвалдиева Э.А.
РНЦЭМП
ТашИУВ

Актуальность. Сосудистые заболевания у детей часто встречаются только в перинатальном периоде. Позже церебральные инсульты у детей наблюдаются при наличии сосудистых мальформаций, васкулитах или эндокардитах (ревматических и др.). Субдуральное кровоизлияние встречается у новорожденных сравнительно редко. Развивается при разрыве крупных вен и венозных синусов. Диагностическое значение имеют КТ и МРТ, выявляющие гематому. Проводится хирургическая эвакуация гематомы. При небольших гематомах возможно их спонтанное рассасывание.

Для адекватного возмещения кровопотери необходимы расчеты ОЦК, взвешивание и т.д., что требует расчетов по формулам и отнимает время, а транспортировка для проведения специального исследования в оценке объема внутричерепной гематомы может ухудшить состояние больного. В этой связи поставлена цель изучить, дать оценку, предложить рекомендации, более доступные, приемлемые для широкой клинической практики в нейронеонатологии.

Материал и методы исследования. Всего рассмотрены данные 50 новорожденных. Учитывая сравнительно большую доступность определения уровня гемоглобина в широкой клинической практике, новорожденные с геморрагическим инсультом в зависимости от уровня исходного гемоглобина разделены на 4 группы: 1 – поступившие с показателем гемоглобина ниже 60 – 18 больных, 2 – с уровнем гемоглобина 61-80 г/л – 15 детей, 3 – 81-100 г/л – 11 детей, 4 группа – выше 100 г/л – 6 пациентов. Продолжительность пребывания в ОРИТ детей 1 группы составила 23±5 дней, 2 – 14,1±1,1 дня, 3 – 15,5±4,5 дня, 4 – 18±6,1 дня. В 1 группе новорожденных оперировано 80% детей, умерших не было. Во 2 группе оперировано 77%, умерло 3 детей (не оперированы по тяжести состояния). В 3 группе оперировано 82%, умерли трое больных, без операции. В 4 группе – оперировано 40% детей, умерших не было. Летальность в исследуемой группе новорожденных составила 12%. Наиболее часто встречающимися сопутствующими факторами были такие, как ТОРЧ инфекция (герпес, цитомегаловирус и др.), функциональная незрелость печени, приобретенная инфекция (пневмония, ОКИ).

Результаты и обсуждение. Возмещение ОЦК проводилось под контролем показателей гемоглобина, гематокрита, гемостаза (коагулограммы). Введение в 1 группе в 1 сутки СЗП – 40 мл/кг, эритромассы – 30 мл/кг, на 2 сутки СЗП – 15, эритромассы – 15 мл/ кг увеличивало показатель гемоглобина до 115 г/л. Во 2 группе эффективным оказалось введение в 1 сутки СЗП 20 мл/кг, эритромассы – 20 мл/кг, на 2 сутки – тот же объем возмещения ОЦК с повышением гемоглобина до 125 г/л. При этом изменения характеризовали нестабильность показателя во 2 группе. Снижение гемоглобина во 2 группе выявлено до 85 на 5 сутки, до 68 на 12 сутки, когда коррекция осуществлялась повторными гемотрансфузиями.

В 3 группе новорожденным вводили в 1 и 2 сутки СЗП 20 мл/кг, эритромассы – 20 мл/кг. Обнаружены более стабильные показатели уровня гемоглобина. Следует отметить, что у 80% детей повторных гемо- и плазмотрансфузий не требовалось в связи со стабильностью достигнутых показателей. В 4 группе новорожденных, несмотря на исходные, близкие к норме, параметры гемоглобина и гематокрита, динамика колебаний гемоглобина происходила в пределах 113 и 132 г/л (на 1 и 12 сутки лечения), со снижением до 85 и 78 г/л на 2 и 23 сутки. Однако, если в первых трех группах на 2 сутки отмечалось достоверное повышение уровня гемоглобина, то в 4 группе обнаружено снижение гемоглобина на 2 день лечения на 28 г/л, что свидетельствовало о гемодилюции. То есть при геморрагическом инсульте у новорожденных даже при исходном уровне гемоглобина около 115 г/л в первые дни лечения наблюдается снижение гемоглобина и гематокрита с несостоятельностью гемостаза.

Вывод. При геморрагическом инсульте новорожденных показания для гемотрансфузии должны быть более расширенными, когда снижение гемоглобина ниже 100 г/л является показанием для возмещения дефицита ОЦК применением эритроплазмотрансфузии.

ВЛИЯНИЕ ГЕМАТОМЫ НА ТЯЖЕСТЬ СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ С НЕТРАВМАТИЧЕСКИМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ В ГОЛОВНОЙ МОЗГ

Мухитдинова Х.Н., Сатвалдиева Э.А., Хайрутдинова М.Х., Мамбетова Г.К., Абдуллаев Р.Т.
РНЦЭМП
ТашИУВ

Актуальность. Разрозненные статистические данные литературы и собственные наблюдения позволяют утверждать, что геморрагический инсульт –

нередкая патология детского возраста, которая сопровождается высокой летальностью и инвалидизацией пациентов.

Цель. Выявить возможную связь тяжести состояния, исхода от локализации нетравматических кровоизлияний в головной мозг у детей.

Материал и методы исследования. Подтверждение диагноза было основано на данных КТ изображения суб- и супратенториальных структур головного мозга в спиральном режиме, шириной среза 3 мм, реконструкцией 3 мм аппаратом «Siemens». На основании данных МСКТ больные (52 ребенка) по локализации гематомы разделены на 6 групп: 1 группа – субарахноидально-вентрикулярное кровоизлияние (2 детей); 2 группа – субдуральная гематома левой теменно-затылочной области (из 12 умерли 2 детей); 3 группа – субдуральная гематома в правом полушарии (11, умерли 2); 4 группа – внутримозговая гематома левого полушария (8, умерли 2); 5 группа – внутримозговая гематома височно-теменной области правого полушария с прорывом крови в боковые желудочки (6, умерли 2); 6 группа – субдуральная гематома теменно-затылочной области в правом и левом полушарии головного мозга (12 больных, умерли 2). В 1 группе было 2 мальчиков; во 2 – девочек было 4, мальчиков – 8; в 3 группе девочек было 6 (умерли 2), мальчиков – 5; в 4 группе девочек было 4 (умерла 1), мальчиков – 5; в 5 группе девочек было 2 (умерли 2), мальчиков – 4; в 6 группе – девочек было 2 (умерли 2), мальчиков было 10 (умер 1). Средний возраст при поступлении в клинику у выживших детей составил 46,27±8,3, с летальным исходом – 45,08±13,27 дней.

Результаты и их обсуждение. Зависимости тяжести состояния, летальности от локализации гематомы не выявлено. Из общего числа летальность преобладала среди детей женского пола, составив из общего числа летальность 70%. В 1 группе оперированы оба ребенка, во 2 группе оперированы 7 из 12, в 3 группе оперированы 5 больных, в 4 – 4, в 5 – 3, в 6 группе – 4 детей. Таким образом, зависимости тяжести состояния и исхода от половой принадлежности, локализации гематомы не выявлено. У детей 1 группы смещения срединных структур не выявлено, во 2 группе смещение вправо выявлено у 66% обследованных на 8,9±2,2 мм; в 3 группе смещение срединных структур влево выявлено у 72% детей; в 4 смещения не было у одного ребенка, у остальных смещение вправо составило 5,9±2,1 мм; в 5 группе у 4 из 6 детей выявлено смещение влево на 7±4 мм; в 6 группе смещение отсутствовало у 7 детей (63%), вправо оказалось у 3 на 7±2 мм, влево – у 2 детей на 5±2 мм. Проведенная оценка по степени смещения срединных структур головного мозга позволила констатировать несколько большую частоту смещения влево у больных с субдуральной локализацией гематомы в правом (3 группа) полушарии головного мозга.

Вывод. Прямой связи между тяжестью состояния, исходом и локализацией гематомы, степенью смещения срединных структур головного мозга не установлено. В этой связи необходимы дальнейшие поиски факторов, влияющих на отягощение состояния и вызывающих ухудшение прогноза у младенцев с нетравматическим кровоизлиянием в мозг.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ НЕТРАВМАТИЧЕСКОМ КРОВОИЗЛИЯНИИ В МОЗГ У ДЕТЕЙ

Мухитдинова Х.Н., Сатвалдиева Э.А., Алаутдинова Г.Н., Холбаева Д.С., Хамраева Г.Ш.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Ташкентский институт усовершенствования врачей

Актульность. Сегодня проблема цереброваскулярной патологии у детей особенно актуальна, поскольку последствия инсульта крайне тяжелы как для больного, так и для его родителей. Частота инсульта у детей младше 30 дней жизни составляет 26,4 на 100 000, при этом геморрагии диагностируются в 6,7 на 100 000, а ишемии – 17,7 на 100 000 случаев. Смертность при геморрагическом инсульте значительно выше и достигает 29-41% (С.К. Евтушенко, 2010).

Целью данного исследования явилось изучение особенностей реакции на операционный стресс гемодинамики при повреждении головного мозга гематомой детей первых месяцев жизни.

Характеристика клинического материала и методы исследования. Из общего числа больных с нетравматическим кровоизлияние в мозг (44) прооперировано 24 больных, консервативное лечение без хирургической коррекции проведено у 13 больных, умерло в ОРИТ 7 детей. Общая летальность составила 15,6%. По времени проведения операции больные распределены на 3 группы: пациенты 1 группы (11) оперированы в первые четверо суток пребывания в ОРИТ, 2 группы (6 детей) – на 5-9 сутки, и 3 группы (7) – на 10-16 сутки. Возраст детей 1 группы к моменту операции составил 44,3±9,9 суток, 2 группы – 48,2±14,5 суток, 3 группы – 49,1±10,8 суток. Выявлены некоторые особенности выживаемости по половым различиям, так, 90% детей (10) 1 группы были мальчики, 2 группу составляли равные количества представителей обоего пола по 50%, в 3 группе 71% детей составили мальчики. Продолжительность пребывания в ОРИТ детей 1 группы составила 8±2,8 суток, 2 группы – 11,6±4,5 суток, 3 группы – 10,5±4,5 суток. Таким образом, обращает внимание сравнительно худшая выживаемость при нетравматическом кровоизлиянии в головной мозг пациентов женского пола как в группе оперированых, так и получивших консервативный метод лечения. В предоперационном и послеоперационном периодах проводилась гемостатическая терапия, возмещение дефицита составляющих объема циркулирующей крови (гемо-, плазмотрансфузии), барбитураты, ноотропные, мембратропные препараты, противоотечная терапия.

Нутритивное обеспечение осуществлялось преимущественно энтерально. Мониторирование систем жизнеобеспечения – систолического (САД), диастолического (ДАД), среднего (СрАД) давления, частоты сердечных сокращений (ЧСС) осуществлялось регистрацией показателей с интервалом 1 час на протяжении 10 дней (средний показатель пребывания больных в ОРИТ).

Результаты и их обсуждение. Сравнительно более выраженная тенденция систолического артериального давления к повышению характеризует более выраженную стрессовую реакцию гемодинамики в первые 8 суток лечения у детей 1 группы (при операции в первые 4 суток). У оперированных 2 и 3 группы наиболее высокое САД наблюдалось в первые трое суток, однако в последующие дни намечалась тенденция к стабилизации САД в пределах физиологических показателей. Наиболее высокие значения диастолического давления наблюдались в 1 группе детей, и наименьшие – во 2 группе. Тенденция к вазопрессорному состоянию оказалась наиболее выраженной в 1 группе на протяжении всего наблюдения и менее выраженной – у детей 2 и 3 групп. Сравнительно более высокие значения СрАД на 1-4 сутки характеризовали более выраженное стрессовое состояние гемодинамики у больных 1 группы (оперированных на 1-4 сутки), в то время как во 2 и 3 группах СрАД было относительно стабильно уже на 3-10 сутки – на уровне 55-59 мм рт. ст.

Выводы. Тенденция к вазопрессорному состоянию оказалась наиболее выраженной в 1 группе на протяжении всего наблюдения и менее выраженной – у детей 2 и 3 групп. Изменения систолического, диастолического, среднего артериального давления и сердечного ритма характеризуют более выраженное стрессовое состояние гемодинамики в первые 8 суток лечения у детей при операции в первые 4 суток. Наиболее благоприятные показатели сердечно-сосудистой системы выявлены при операции после лечебной премедикации в течение 5–9 дней с момента поступления.

ДИНАМИКА ТРОМБОЦИТАРНО-СОСУДИСТОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Набиев А.А., Махаматова Ш.И.,
Набиев Ж.А., Махамдаминов А.Г.
Ташкентский институт усовершенствования врачей
РНЦЭМП

Целью наших исследований явилось изучение тромбоцитарно-сосудистого гемостаза тромбоцитов у больных ОКС с подъемом сегмента ST.

Материал и методы исследования. Нами была изучена динамика тромбоцитарно-сосудистого гемостаза у 23 больных ОКС с подъемом сегмента ST при традиционной терапии. Контрольную группу составили 30 человек, у которых также проверяли показатели тромбоцитарно-сосудистого гемостаза. Была изучена спонтанная и **АДФ-индуцированная агрегация тромбоцитов.** Агрегационную активность тромбоцитов (ААТ) изучали методом, предложенным сотрудниками отдела научных исследований Института экспериментальной кардиологии КНЦ РАМН с помощью разработанного ими анализатора агрегации тромбоцитов, позволяющего изучать кинетику агрегации по методу Born.

Результаты. Исследования больных тромбоцитарно-сосудистого гемостаза больных ОКС с подъемом сегмента ST при традиционной терапии показали, что степень спонтанной агрегации исходно составляла 1,63±0,18 (отн. ед.) и достоверно была повышена по сравнению с контрольной группой ($p<0,001$). На 3 день лечения на фоне традиционной терапии снизилась до 1,55±0,15, но не было достоверного снижения по отношению к исходному ($p> 0,05$) и оставалась высокой по отношению к группе К. На 7-10 сутки лечения степень спонтанной агрегации снизилась до 1,41±0,14, и снижение было недостоверно к исходному ($p>0,05$). Скорость спонтанной агрегации в контрольной группе составила 0,09±0,03 (отн. ед. мин$^{-1}$), в исходном повышалась и составила 0,74±0,19 ($p<0,01$). На фоне проводимой терапии на 3 день снизилась до 0,50±0,14 ($p>0,05$), а на 7-10 сутки отмечалось снижение до 0,52±0,07 ($p<0,01$), но показания оставались достоверно повышенными по отношению к группе контроля.

АДФ-индуцированная агрегация составила в группе К 22,10±4,16 (отн. ед.), в день поступления больных составила 78,57±4,11, и было достоверное повышение ($p<0,001$). На 3 день лечения снизилась до 71,27±3,82 ($p>0,05$), но оставалась достоверно повышенной по отношению к контрольной группе ($p<0,001$). На 7-10 сутки отмечалось снижение и составило 65,43±3,73 (отн. ед). Скорость АДФ-индуцированной агрегации в контрольной группе составила 19,30±3,85, в исходном состоянии 49,74±2,78 ($p<0,001$). На 3 день снизилась и составила 45,80±2,66. На 7–10 сутки снизалась до 41,78±2,45, но оставалась повышенной при сравнении с контрольной группой ($p<0,001$).

При изучении коагулографических параметров установлено, что ВСК в исходном составила 3,87±0,30 (мин). На 3 день лечения повышалась до 4,35±0,43 ($p>0,05$). На 7-10 сутки составила 4,78±0,49, и было достоверное изменение по отношению к исходному и группе контроля ($p<0,05$). ПТИ в исходном также повышался при сравнении с контрольной группой и составил 91,34±3,65 (%). На 3 сутки снизился до 86,65±3,62% и был достоверен к исходному и группе К ($p<0,001$). На 7–10 сутки снизился до 82,54±3,26 и был достоверен с контрольной группой ($p<0,01$). При изучении фибриногена установлено, что в исходном составил 3,96±0,58 (г/л) и был достоверно повышен к группе К ($p<0,01$). На 3 день лечения снизился до 3,72±0,43, но оставался повышенным в группе К ($p<0,01$). На 7-10 сутки отмечалось его снижение до 3,37±0,41 и был недостоверен с контрольной группой.

Выводы. При изучении тромбоцитарно-сосудистого гемостаза у больных ОКС с подъемом сегмента ST при традиционной терапии выяснилось, что показатели спонтанной и АДФ-индуцированной агрегации после лечения остаются значительно повышенными по сравнению с контрольной группой.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НИТРЕНДИНИНА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ ИНСУЛЬТАХ

Равшанова М.М.
Бухарский филиал РНЦЭМР

Цель. Оценка эффективности воздействия нитрендипина (дигидропиридиновый блокатор кальция) на мозговой кровоток (МК) и цереброваскулярный резерв ёмкости сосудов (ЦРЕ) у пожилых пациентов с мягкой и умеренной артериальной гипертонией (АГ).

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 20 пациентов в возрасте от 66 до 85 (средний возраст 69±4 года) с применением 5 или 10 мг нитрендипина 1 раз/сут в течение 12 недель. МК и ЦРЕ измерялись до и после 12-недельного лечения при помощи компьютерной томографии. Выявлено значительное снижение систолического и диастолического кровяного давления. Базовый показатель МК оставался в пределах нормы, в то время как показатели ЦРЕ улучшились во всех областях коры. Зафиксировано значительное увеличение показателей ЦРЕ в обоих полушариях.

Результаты. Антигипертензивное лечение с применением нитрендипина положительно сказалось на церебральной гемодинамике, при этом сохранялись базовые показатели МК и улучшался ЦРЕ у пациентов с АГ.

Таким образом, гипертония является одним из самых больших факторов риска развития инсульта. Цель антигипертензивной терапии состоит в нормализации гемодинамических нарушений в органах-мишенях, включая мозг. Отклонения мозгового кровообращения были выявлены даже у неврологически бессимптомных пациентов с АГ.

Предыдущие исследования показали, что дигидропиридиновые блокаторы кальция оказывают благотворное влияние на мозговой кровоток. ЦРЕ является чувствительным показателем церебральной гемодинамики, а также считается важным предиктором будущих инсультов у пациентов с цереброваскулярным заболеванием.

ПРИЗНАКИ АНГИОПАТИИ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2-ГО ТИПА

Саруханов Т.М., Гоголева Е.А., Белясник А.С., Полякова А.В., Кашаева Э.Р.
ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

Цель. Оценка сосудистой стенки церебральных артерий пациентов, умерших от острого нарушения мозгового кровообращения, имевших в анамнезе сахарный диабет 2-го типа.

Материал и методы. На секционном материале исследованы изменения головного мозга и артерий у 27 умерших (6 мужчин и 21 женщина) в возрасте от 60 до 97 лет (средний возраст 75±7,2 года), имевших в анамнезе сахарный диабет 2-го типа, погибших от сосудистых осложнений диабета. Группу сравнения составили 4 человека, погибшие от несовместимой с жизнью травмы в возрасте от 24 до 27 лет (25,5±1,3), не имеющие в анамнезе неврологической и соматической патологии, и 32 умерших (14 мужчин, 18 женщин) с дисциркуляторной энцефалопатией в возрасте от 42 до 100 лет (68,5±14,2).

Результаты. В церебральных артериях при микроскопическом исследовании наблюдалась картина прогрессирующего атеросклероза. Выявлялись атеросклеротические бляшки циркулярной или сегментарной формы на разных стадиях их развития. Отмечалось слоистое строение бляшек: верхние слои состояли из грубоволокнистой соединительной ткани, глубокие имели более рыхлое строение, со значительным количеством кристаллов холестерина. Наблюдались единичные случаи диффузного истончения мышечной оболочки и циркулярная гиперплазия интимы, состоящей из коллагеновых волокон разной степени зрелости. Особенностью гиперплазии соединительной ткани интимы у больных, страдающих диабетом, была ее рыхлость, в отличие от пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией, у которых на ранних этапах гиперплазия была представлена плотно упакованными коллагеновыми и эластическими волокнами. Внутренний диаметр средних мозговых артерий у исследуемых основной группы составил 0,66±0,2 мм, в группе сравнения – 1,2±0,15 мм ($p<0,05$).

Обсуждение. Можно считать, что основными изменениями строения церебральных артерий при диабете являются значительное сужение просвета артерии, утолщение комплекса интима-медиа, дистрофия мышечной оболочки и ускоренное прогрессирование атеросклероза.

ВОЗМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОЙ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРЕ У ДЕТЕЙ

Сатвалдиева Э.А., Мухитдинова Х.Н., Сабиров Д.С.
РНЦЭМП
ТашИУВ

Актуальность. «Коагулопатическое кровотечение и синдром полиорганной недостаточности (СПОН) – следствия массивных гемотрансфузий – комплект синдромов, из которых больному удается выбраться при немаловажном сочетании двух факторов: редкого везения и очень толкового врача» (А.П. Зильбер, 1999). Патофизиология острой массивной кровопотери (ОМК) состоит из уменьшения ОЦК, развития гипотонии и гипоксемии, органной гипоперфузии, развития ацидоза, активации системы гемостаза,

острого повреждения легких (РДСВ), снижения количества факторов свертывания, безвозвратной утраты, дилюции, гипотермии (<35°С), снижения активности каскада коагуляции, замедления ферментативных процессов, усиления фибринолиза, нарушения функции тромбоцитов, развития ДВС-синдрома. До определенного момента работают механизмы компенсации ОМК: «подстройка» объема сосудистого русла, стимуляция симпатической системы, задержка жидкости и гемодилюция, повышение общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС) и централизация кровообращения.

Цель. Изучить и представить клинический опыт эффективности крововозмещения при массивной кровопотере у детей.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 26 случаев острой массивной кровопотери у детей в возрасте от 3 до 17 лет. Причиной геморрагического синдрома были: у 12 детей – язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, сепсис и СПОН, осложнившиеся ДВС-синдромом, с острым желудочнокишечным кровотечением – 6, с кровотечением, вызванным НПВП – у 4, с острым геморрагическим инсультом, разрывом аневризмы мозгового сосуда – у 2 детей. Оперированы 10 детей, эффективная гемостатическая терапия при своевременном возмещении острого дефицита ОЦК улучшила состояние 24 больных, летальный исход – у 2 детей. В дифференцированной оценке тяжести кровопотери пользовались классификацией American College of Surgeons, согласно которой кровопотеря в зависимости от ОЦК делится на классы. Class I: кровопотеря 15% (8 детей), Class II: кровопотеря 15-30% (12 детей), Class III: кровопотеря 30-40% (5 больных), Class IV: кровопотеря > 40% (1 больной) от ОЦК. Кровопотерю считали массивной, если в течение 1–2 часов ориентировочно оцененная кровопотеря составила не менее 30%. Острая массивная кровопотеря – это потеря не менее 30% ОЦК в течение 1–2 часов; 50% ОЦК за 6 часов; 100% ОЦК за сутки; одномоментная или внегоспитальная >30% ОЦК и постепенная, в условиях операционной, – 60-70% ОЦК.

Обсуждение результата исследования. Проведенные нами мероприятия основаны на современной стратегии трансфузионной терапии. При остановленном кровотечении продолжали восстановление нормоволемии и органной перфузии с рациональным соотношением коллоидов/кристаллоидов, поддержанием уровня плазменных факторов свертывания, переливание донорских эритроцитов по строгим показаниям. При продолжающемся кровотечении поддерживали умеренную гипотонию и гемодилюцию, обеспечивали повышенную доставку кислорода.

Вводили коллоиды, синтетические коллоиды: препараты ГЭК, декстраны, производные желатины, СЗП, альбумин. После восстановления ОЦК вводили препараты железа, фолиевой кислоты, витамины группы В, гемостатики. Коррекция коагулопатии включала согревание, эритроциты, свежезамороженную плазму, медикаментозные средства. Восполнение в (%) от объема массивной кровопотери (ОМК): общий объем инфузии составлял 200-230%, эритромасса – 42-45%, СЗП – 30-35%, синтетические коллоиды >50%, кристаллоиды – < 80%.

Вывод. Своевременное немедленное возмещение адекватных объемов, составляющих ОЦК, является наиболее эффективным методом интенсивной терапии при острой массивной кровопотере.

СКРОМНАЯ ПРИЧИНА – ТЯЖЕЛЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ. (ЧТО ОЖИДАЕТ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК)

Скородумова Е.А., Костенко В.А.
ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

Цель исследования. Оценить влияние хронической болезни почек (ХБП) на клиническое течение инфаркта миокарда (ИМ).

Материал и методы. В исследование включено 420 пациентов с ИМ, лечившихся в Санкт-Петербургском НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе в 2012–2013 годах. Все больные получали стандартную терапию, включавшую аспирин, клопидогрель и статины. Коронароангиография выполнена в 63,5% случаев. Острое повреждение почек (ОПП) диагностировалось согласно рекомендациям KDIGO. Все больные были разделены на три группы. В первую (I) вошли 186 человек, у которых в анамнезе была ХБП, а при ИМ и ОПП скорость клубочковой фильтрации (СКФ) сохранялась свыше 60 мл/мин/1,73 м², во вторую (II) – 108 пациентов, у которых при наличии ХБП в анамнезе СКФ на фоне ИМ и ОПП снижалась от 59 мл/мин/1,73 м² до 30 мл/ мин/1,73 м², в третью (III) – 126 человек без ХБП и ОПП в стационаре. В группах преобладали мужчины, средний возраст больных – 63,5±5,6 года. Данные статистически обработаны.

Полученные результаты. ИМ с подъемом сегмента ST (ИМПST) установлен в первой (I) группе – в 70,8% случаев, ИМ без подъема сегмента ST (ИМбПST) – в 29,2%, во второй выборке (II) – ИМПST – у 63,7% больных, ИМбПST – у 36,3%, в третьей (III) – ИМПST – у 72,1% больных, ИМбПST – у 27,9%. Достоверных различий по группам не было. Гипертоническая болезнь по выборкам диагностирована от 96,5% до 98,1% случаев, p>0,05. Сахарный диабет выявлен в I выборке 25,4%, а во II – достоверно больше по сравнению с контролем (39,8% против 20,6%), p<0,01. Повторный ИМ – в первой выборке – у 27,8% человек, во второй – у 40,7%, в третьей – у 19,9% больных. Достоверные различия с группой сравнения у пациентов с ХБП и ОПП – со сниженной СКФ, p<0,01. Курили в I группе 29,2% пациентов, что достоверно больше, чем больные с ХБП и СКФ 59 до 30 мл/мин/1,73 м² (18,3%), p<0,05, пациенты без ХБП и ОПП курили в 21,6% случаев. Наджелудочковые нарушения сердечного ритма

диагностированы в I выборке у 38,0%, а во II – 47,2% против 26,8% в III, что достоверно выше (p<0,05, p<0,01 соответственно). Желудочковые нарушения сердечного ритма встречались в первой группе – 34,8%, во второй – 43,4%, что существенно выше по сравнению с третьей – 20,6%, p<0,01. Рецидивы ИМ развивались в I выборке у 6,5% больных, а вот во II – значимо больше по сравнению с контролем (13,2% против 2,3%), p<0,01. Развитие острой сердечной недостаточности (СН) по Killip II–IV классов в первой и во второй группах достоверно чаще встречалось, по сравнению с третьей (33,4% и 46,1% против 13,2%), p<0,01. К концу госпитализации СН по NYHA III-IV функциональных классов также диагностирована в первой и второй выборках значительно чаще, по сравнению с контрольной (22,0% и 31,3% против 7,9%), p<0,01. Госпитальная летальность по группам распределилась в 11,3%, 14,8%, 5,6% случаев соответственно. Достоверные изменения получены между выборками II и III, p<0,05. Отношение шансов 2,96 при доверительном интервале 95% [1,17; 7,49].

Выводы. 1. Факторы риска при инфаркте миокарда играют существенную роль в развитии острого повреждения почек. 2. У пациентов с ХБП и ОПП со СКФ меньше 60 мл/мин/1,73м² течение инфаркта миокарда более тяжелое, летальность достоверно выше. 3. Даже легкое снижение СКФ при наличии ХБП ведет к утяжелению госпитального периода ИМ и увеличению летальности. 4. На всех этапах важен сбор нефрологического анамнеза, выявление факторов риска и ХБП для прогнозирования течения инфаркта миокарда и принятия всех возможных мер для лечения таких пациентов, более благоприятного течения заболевания и уменьшения летальности.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ФАТАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Ташкенбаева Э.Н., Мухиддинов А.И., Ибрагимов И.С., Тогаев Д.Х., Хайдарова Д.Д., Хасанджанова Ф.О., Маджидова Г.Т.
Самаркандский государственный медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Неуклонный рост числа больных сахарным диабетом (СД) 2 типа с его сосудистыми осложнениями позволил еще в конце прошлого столетия отнести данное заболевание в разряд глобальных проблем. Ежегодный прирост заболеваемости СД 2 типа в мире составляет 5-10%, что фактически каждые 10 лет приводит к удвоению числа больных. В странах, которые достигли значительных успехов в борьбе с ИБС, больные сахарным диабетом остаются наиболее уязвимой группой, в которой смертность от ИБС снижается незначительно у мужчин и продолжает увеличиваться у женщин. Высокий уровень летальности от ИБС при СД 2 типа связывают в первую очередь с ускоренным развитием атеросклероза крупных субэпикардиальных сосудов. В ряде исследований было показано, что характерными особенностями течения острой коронарной патологии у больных СД 2 типа являются высокая смертность от инфаркта миокарда (ИМ), большая частота развития осложнений и повторного ИМ по сравнению с популяцией больных ИМ без СД. Известно также, что у больных СД 2 типа широко распространены неклассические варианты течения ИБС – безболевые и атипичные формы.

Цель. Изучить клинико-лабораторные особенности течения фатального инфаркта миокарда (ИМ) у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование истории болезни и результаты аутопсий 52 пациентов, умерших от ИМ: 24 мужчин и 28 женщин в среднем возрасте 71,1±10,1 года. Все умершие от ИМ разделены на две группы: 1-я группа – 34 пациента с ИМ и 2-я группа – 18 пациентов с ИМ и СД. У пациентов 2-й группы был СД 2 типа диагностирован до развития ИМ. Протокол исследования включал данные о клиническом течении заболевания, клинический и патолого-анатомический диагнозы, результаты лабораторных методов исследования.

Результаты исследования. В обеих группах преобладали женщины: в 1-й группе – преобладание незначительное, во 2-й женщин было в 2,5 раза больше. Преобладание женщин отмечалось среди умерших от ИМ без СД только в возрастной группе старше 65 лет, а среди умерших от ИМ на фоне СД – во всех возрастных группах, т.е. среди больных ИМ особенно неблагоприятен прогноз у женщин, страдающих СД. Длительность пребывания больных в стационаре составила в 1-й группе в среднем 2,9±3,9 койко-дней; во 2-й – 3,3±3,6 койко-дней. 53% больных ИМ умерли в первые сутки пребывания в стационаре (этот показатель практически одинаков в обеих группах), из них 56,6 и 55,5% пациентов 1-й и 2-й групп соответственно умерли в течение первых 12 ч, что свидетельствует о стремительности и тяжести течения заболевания. Соотношение первичных и повторных ИМ: у 49,1% больных 1-й группы и у 52,9% больных 2-й группы данный ИМ, закончившийся летально, был первым, повторные ИМ выявлены в 50,9 и 47,1% соответственно. По локализации, глубине и распространенности ИМ существенных различий между группами не установлено. Частота рецидивов ИМ не различалась в обеих группах больных и составила около 24% случаев. Болевая форма ИМ наблюдалась у 91,2% больных 1-й группы и лишь у 64,7% 2-й группы. Атипичные клинические формы наблюдались у 8,8 и 35,3% больных 1-й и 2-й групп соответственно: ИМ у больных СД 2 типа протекает атипично в 4 раза чаще по сравнению с лицами без СД. Структура осложнений фатального ИМ была идентичной в обеих группах – острая сердечная недостаточность, протекавшая одинаково часто в виде отека легких и кардиогенного шока. Разрывы миокарда, нарушения ритма и проводимости во 2-й группе обнаруживались несколько чаще, чем в 1-й, но различия не достоверны. У подавляющего большинства умерших больных обеих групп одновременно или

последовательно было выявлено несколько осложнений ИМ. При анализе гликемии у больных фатальным ИМ выявлено, что уровень глюкозы в сыворотке крови больных 1-й группы находился в пределах от 4,7 до 25,8 ммоль/л, среднее значение – 10,6±5,1 ммоль/л; у больных 2-й группы – от 4,8 до 22,4 ммоль/л, среднее значение – 12,0±5,3 ммоль/л.

Заключение. Фатальный ИМ на фоне СД чаще развивается у женщин во всех возрастных группах, в то время как среди больных, не страдающих СД, в возрастной группе < 65 лет чаще наблюдается у мужчин, а в более старших возрастных группах – у женщин. Течение фатального ИМ у больных с СД 2 типа в 4 раза чаще имеет атипичную форму, чем у лиц без СД.

РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Туйчиева М.Г.
Ферганский филиал РНЦЭМП

На стационарном этапе при ранней реабилитации больных с ишемическим инсультом используются лечение положением, дыхательная гимнастика, пассивная, пассивно-активная кинезотерапия и постепенная вертикализация больных, занятия с логопедом и эрготерапевтом.

Цель. Уменьшение сроков пребывания больных в стационаре и улучшение качества жизни, снижение риска осложнений на постгоспитальном этапе.

Материал и методы. Методы двигательной реабилитации направлены на восстановление правильной системы пусковой афферентации и рефлекторной деятельности; разработку амплитуды и точности активных движений; на борьбу с повышением мышечного тонуса и выравниванием его асимметрии, профилактику контрактур и болевого синдрома; на улучшение вегетативного и сенсорного обеспечения двигательных актов; миграцию внимания для последовательного и правильного включения мышц в двигательный акт.

Всем больным, перенесшим ишемический инсульт, у которых отсутствовала тяжелая соматическая патология, свежие ишемические изменения на ЭКГ и сосудистая патология в конечностях, проводилась дыхательная гимнастика, пассивная, пассивно-активная кинезотерапия.

Результаты. В отделении ранней реабилитации в 2015 г. на лечении находились 133 больных с ишемическим инсультом, из них 82 (61%) мужчины и 51 (38%) женщина. У 90 больных применялась вышеуказанная методика. У всех больных наблюдалась положительная динамика, увеличились сила мышц и движения.

Вывод. Существующий комплекс мероприятий необходимо начинать на ранних этапах реабилитации больных ишемическим инсультом, что позволит уменьшить сроки пребывания в стационаре, многократно снизить риск осложнений на постгоспитальном этапе.

ГИПЕРТОНИЯ ВА КОРОНАР ҚОН ТОМИР КАСАЛЛАРДАГИ ФИБРИНОЛИЗИС ЖАРАЁНЛАРИДА АНГИОТЕНЗИН АЙЛАНТИРУВЧИ ФЕРМЕНТ ИНГИБИТОРИ ВА АНГИОТЕНЗИН РЕЦЕПТОРИ БЛОКАТОРЛАРИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

Турғунбоев Ш.Б., Мухторов Ш.М., Шерназаров О.Н., Жаҳонова Б.Ю., Холмирзаев С.Б., Нарзиев Б.И.
Тошкент тиббиёт академияси

Гипертония касаллиги атеросклероз ва қоннинг гемостаз/фибринолитик системасининг бузилиши билан боғланган ҳолда бир қанча хавф омилларини ортиб бориши, асосан тромб ҳосил бўлишига мойиллиги юқорилиги билан давом этувчи юрак-қон томир хасталиги ҳисобланади. Ушбу ишнинг мақсади ангиотензин айлантирувчи фермент ингибитори ёки ангиотензин рецептор блокаторига мансуб бўлган препаратлар, яъни лизиноприл, лозартан ва телмисартанни тўқима плазминоген активатор ингибитор-1 секрециясига, матрикс металлопротеиназанинг фаоллигига таъсирини баҳолашдан иборат.

Материал ва услублар. 12 та эркин иштирокчидан иборат гуруҳ ва 78 та эссенциал гипертония ҳамда коронар қон томир хасталиги билан оғриган беморлар иштирок этган. 59 та беморларда реакция мусбат бўлган. Бирламчи ва иккиламчи гипертония мобайнида про-матрикс 2 нинг механизм даражаси, про ММР-2нинг активлиги ва про ММР 9, шунингдек, PAI-1 нинг даражаси кўтарилган. Шу билан бир қаторда, металлопротеиназа тўқима ингибитори (TIMP-1), металлопротеиназа-2нинг ингибитори ва t-PA ларнинг кўрсаткичи таъсирланмаганлиги тасдиқланди.

Натижа. Телмисартан ва лозартан дори воситалари про-ММР-2 ва ММР-9 нинг активлигини ва про-ММР-2 ва PAI-1 нинг даражасини камайтирган ва шу билан бирга улар TIMP-1 ва TIMP-2 ва t-PA даражасини оширган. Ушбу текшириш даволашни 7 – кунидан 90 кунигача бўлган беморларни даволашни бошлашдан олдин беморлар қон плазмасини текшириш орқали келтирилган. Ҳар бир дори про ММР-2 даражасини ва про ММР-2 ҳамда ММР-9 фаоллигини даволашни 7-кунидан 90-кунигача беморларда камайтирган, шу билан бир қаторда, улар TIMP-1,TIMP ват-PA даражаларига таъсир қилмаган.

Хулоса. ММР-2 ва ММР-9 фаоллиги атеросклероз пилакчасининг ёрилиши билан ошиб борган, чунки кўтарилган кейинги юклама ва гипертония қон гемостаз/фибринолизис жараёнини бузилиши, PAI-1 даражасини кўтарилиши, t-PA даражасини тушиши билан боғлиқ бўлган ва протромботик асоратга олиб келган.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Турсунов Х.Х., Турсунов Ж.Х., Бабич С.М., Тохтасинов А.А., Камолова Н.И., Мамажонов С.К., Валиева З.С., Зухритдинов М.Н., Дадажонов Ф.М., Даулетбаев Б.К., Нурматов В.У., Исакова Д.З., Тожибоев Т.
Андижанский областной многопрофильный медицинский центр
Андижанский государственный медицинский институт

Цель. Определить особенности, дать количественную и качественную характеристику осложнений в

остром периоде инфаркта миокарда (ИМ) у больных старческого возраста.

Материал и методы. Проведен анализ осложнений в остром периоде ИМ, подтвержденном клинически, электрокардиографически и эхокардиографически у 12 больных, без подъема сегмента ST (ИМбпST), и у 8 больных с подъемом сегмента ST (ИМспST). Возраст больных составлял от 75 до 82 лет (средний возраст 76,5±4,2 года). Среди больных было 13 мужчин и 7 женщин.

Результат. Осложнения ИМ развились у 35% больных, при этом они существенно чаще отмечались при ИМспST (62,5%), чем у больных ИМбпST (16,6%). Самым частым осложнением были нарушения ритма сердца (фибрилляция предсердий (ФП) – 20%; у одного больного на фоне полной блокады левой ножки пучка Гиса). Кардиогенный шок (КШ) диагностирован у одного больного (5%), и отек легких (ОЛ) – у 2 больных (10%). Концентрация тропонина в плазме крови была выше у больных с ФП (2,6±0,3 мг/мл), чем при КШ и ОЛ (1,8±0,15 мг/мл). Все больные, у которых развился КШ и/или ОЛ, имели в анамнезе ИМ. В то же время у больных с ФП повторный ИМ диагностирован только в одном случае. Чаще осложнения развивались у больных с ИМ передней стенки ЛЖ (71%), а при ИМ нижней стенки ЛЖ – только у 29%. Ни у одного из анализируемых больных в предыдущие годы не проводилась коронароангиография и инвазивная реваскуляризация миокарда.

Выводы. 1. Особенностью течения ИМ у больных старше 75 лет является высокая частота аритмических и гемодинамических осложнений (35%). 2. Риск осложнений у больных старческого возраста увеличивается при развитии повторного ИМспST в области передней стенки. 3. Для уменьшения риска развития ИМ и его осложнений у больных старших возрастных групп необходимо проведение всего комплекса медикаментозных и инвазивных методов профилактики и лечения, изложенных в современных международных рекомендациях по лечению ИМ, включая, при отсутствии противопоказаний, чрезкожное коронарное вмешательство.

ОТДАЛЕННЫЙ ПРОГНОЗ У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Турсунов Х.Х., Турсунов Ж.Х., Бабич С.М., Тохтасинов А.А., Камолова Н.И., Мамажонов С.К., Валиева З.С., Зухритдинов М.Н., Дадажонов Ф.М., Тожибоев Т., Даулетбаев Б.К., Нурматов В.У., Исакова Д.З.
Андижанский областной многопрофильный медицинский центр
Андижанский государственный медицинский институт

Фибрилляция желудочков (ФЖ) и желудочковая тахикардия (ЖТ) – наиболее тяжелые желудочковые аритмии (ЖА), осложняющие течение острого инфаркта миокарда (ОИМ). Большинство исследователей единодушно отмечают, что данные ЖА достоверно ухудшают госпитальный прогноз. В то же время взгляды на отдаленный прогноз у больных, перенесших ОИМ с ЖА, достаточно противоречивы.

Цель. Выяснить прогностическую значимость различных клинико-патогенетических вариантов ФЖ и ЖТ у больных ОИМ.

Материал и методы. В исследование был включен 141 пациент с ОИМ в возрасте от 33 лет до 75 лет, поступивший в отделение реанимации областного многопрофильного медицинского центра (ОММЦ) г. Андижана в 2012–2015 гг. Из них у 28 пациентов в остром периоде ИМ возникли ЖА (у 12 – первичная ФЖ, у 2 – вторичная ФЖ, у 10 – реперфузионная ФЖ, у 4 – ЖТ).

Результаты. В госпитальном периоде летальность пациентов с первичной ФЖ составила 33,3%, со вторичной ФЖ – 100%, с ЖТ – 25,0%. У пациентов без ЖА она была достоверно ниже – 9,2% ($p<0,01$). Кроме того, у пациентов с первичной и вторичной ФЖ и ЖТ достоверно чаще в госпитальный период возникали рецидивы ИМ, прогрессирования сердечной недостаточности.

Госпитальная летальность у пациентов с реперфузионной ФЖ составила 10%, она достоверно не отличалась от летальности пациентов без ЖА – 9,2% ($p>0,05$). Не было также достоверных различий в этих подгруппах по частоте возникновения рецидивов ИМ, постинфарктной стенокардии, прогрессирования сердечной недостаточности, частоте возникновения аневризмы левого желудочка. Отдаленная летальность (2 года) у больных, выписавшихся после ОИМ, осложненного ЖА, составила 11,4%. Она достоверно не отличалась от летальности выписавшихся пациентов, течение ОИМ которых не осложнялось ЖА – 12,4% ($p>0,05$). Не было также достоверных различий в частоте возникновения повторных ИМ, прогрессирования сердечной недостаточности и возникновения острого нарушения мозгового кровообращения.

Выводы. 1. Госпитальный прогноз у больных с первичной, вторичной ФЖ и ЖТ достоверно хуже прогноза пациентов без данных нарушений ритма. 2. Госпитальная летальность у пациентов с реперфузионной ФЖ достоверно не отличалась от летальности пациентов без желудочковых аритмий и была достоверно меньше летальности при первичной и вторичной ФЖ. 3. Отдаленная летальность (2 года) у больных, выписавшихся после ОИМ, осложненного ЖА, достоверно не отличалась от летальности выписавшихся пациентов, течение инфаркта которых не осложнялось желудочковыми нарушениями сердечного ритма.

КОРОНАР ҚОН ТОМИР ХАСТАЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАР ОПТИМАЛ ҚОН БОСИМ НАЗОРАТИ ҲАҚИДА ҚАЙ ДАРАЖАДА БИЛИШАДИ

Узоқов Ж.К., Турғунбоев Ш.Б., Мухторов Ш.М., Шерназаров О.Н., Жаҳонова Б.Ю., Холмирзаев С.Б., Нарзиев Б.И.
Тошкент тиббиёт академияси

Гипертония касаллиги атеросклероз учун йирик хавф омили ҳисобланади. Коронар қон томир касаликлари учун асосий мақсад бу ўлим ва қайта касалланиш

даражасини камайтириш, ҳаёт сифатини яхшилаш ва умр давомийлигини узайтиришдир. Коронар қон томир хасталиги билан ташхис қўйилган ҳамда коронар қон томир стентлаш амалиёти ёки аорта – коронар шунтлаш амалиётини ўтказган беморларда қон босимини юқори даражада назорат қилиш энг муҳим омиллардан бири ҳисобланади.

Мақсад. Юрак-қон томир хасталиги бор беморларда қон босимни назорат қилиш билим кўникмасини таҳлил қилиш ҳамда оптимал қон босимни назорат қилишни баҳолаш.

Материал ва услублар. Ўрганишга 116 коронар қон томир хасталиги (ўткир миокард инфаркти, миокард ёки юрак-ишемик касаллиги билан оғриган ҳамда ангиопластика ёки аорта коронар шунтлаш амалиёти ўтказган) билан оғриган беморлар қайд қилинган. Ушбу беморлар коронар қон томир ташхиси қўйилгандан 1 йилдан сўнг оптимал қон босим ҳақида сўровнома ўтказилган. Барча беморларда физик текширув давомида қон босим ўлчаш қурилмаси бўлган.

Натижа. Беморларнинг ўртача ёши 58±7,0 атрофида. Ўртача қон босими 134±86 мм.см.уст. бўлган. Артериал қон босими оптималдан юқори (СҚБ ≥ 130 мм.см.уст., ДҚБ ≥ 80 мм см. уст.) бўлганлиги 68 беморда қайд қилинган (66,1%). Аёлларда қон босимни оптимал назорати сезиларли юқори бўлган p<0,05. Асосий тана вазн индекси 24,7±5,3. Ҳатто 88,8% (103 та бемор) қон босимни назорати қийматини билишини таъкидлаган. Улар орасида 41,7% (43 та) бемор қон босими оптимал эканлигини таъкидлаган (СҚБ ≤ 130 мм см.уст. ва ДҚВ 80 мм см.уст.), 36% (37 та) бемор ҚБ юқори эканлигини таъкидлади ва 23 та бемор (22,3%) ҚБ оптималдан пастроқ эканлигини таъкидлади. 95,1% (98 та) беморларга умуман чекиш тақиқланаган. Шу билан бир қаторда 15 та бемор (14,9%) кунига 5 та сигаретга рухсат берилганлигини айтди.

Хулоса. Коронар қон томир хасталиги билан оғриган беморлар орасида қон босим назорати эффектив бўлиши зарур. Ушбу беморлар орасида оптимал қон босим даражаси ҳақидаги назарий билим мукаммаллаштирилиши лозим.

АССОЦИАЦИЯ ФАКТОРА ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С НЕИШЕМИЧЕСКОЙ ОСТРОЙ КОРОНАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ НЕОТЛОЖНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Умирзаков О.Т., Мамасалиев Н.С., Сайитжанов Л.С.
Андижанский филиал РНЦЭМП
Андижанской государственный медицинский институт

Известно, что неишемические острые коронарные патологии (НОКП), особенно декомпенсированные кардиомиопатии (ДКМП), миокардиты (ДКМ) и врожденные пороки сердца и крупных сосудов (ВПС), являются одной из наиболее значимых проблем не только научной, но и практической неотложной медицины. Употребление алкоголя, особенно в интенсивной форме (ЗУА), является доказанным маркером кардиоваскулярного континиума, в том числе и у пациентов на фоне неишемических коронарных патологий. Взаимосвязь ЗУА с НОКП в условиях неотложной клинической практики ранее, особенно в Ферганской долине, не изучалась.

Цель. Изучение взаимосвязи между ЗУА и НОКП в условиях неотложной клинической ситуации.

Материал и методы. На сплошной выборке больных АФ РНЦЭМП, средний возраст 42,9±10 лет, 861 человек (мужчины и женщины), проведено клинико-эпидемиологическое и наблюдательно-регистрационное исследование. В анализ включено 63 случая НОКП. Статистический анализ включал среднее стандартное отклонение, для оценки связи ЗУА и с указанными выше формами НОКП использовалась логистическая регрессия.

Результаты. Около 4 (6,3%) обследованных больных НОКП имели ДКМ (100,0% мужчин – 75% работающих и 25% неработающих, p<0,01), 21 (33,3%) пациент имел ВПС (67,0% мужчин и 33,3% женщин, p<0,01; 28,5% работающих и 71,5% неработающих, p<0,01), у 38 (60,3%) больных зафиксированы случаи ДКМП (71,0% мужчин и 28,9% женщин, p<0,01; 55,2% работающих и 44,7% неработающих, p<0,05). Ассоциация фактора ЗУА имела места во всех случаях НОКП. Так, ДКМ зарегистрирована в 50,0% случаев (50,0% мужчин; 25,0% работающих и 25,0% неработающих), в основном в возрастных группах до 40 лет (25,0%) и 41-50 лет (25,0%). Встречаемость алкоголь-ассоциированных обострений ВПС в структуре алкоголь-ассоциированных НОКП (ААНОКП) выявлялись с частотой на уровне 17,5% (только у мужчин; у 4,7% работающих и у 47,6% неработающих, p<0,001) и в основном у обследованных лиц в группах 41-50 лет (14,3%), 51-60 лет (19,0%) и старше 60 лет (19,0%).

В структуре ААНОКП доля алкоголь-ассоциированных ДКМ (ААДКМ), по нашим данным, имела более выраженную положительную ассоциацию и была значимой. ААДКМ регистрировались с частотой 71,1% (у 68,4% мужчин и 2,63% женщин, p<0,01) и встречались во всех возрастах (у лиц в возрасте до 40 лет – 2,6%, в 41-50 лет – 18,4%, в 51-60 лет – 23,7% и старше 60 лет – 26,3%).

Выводы. ЗУА имел более выраженную ассоциацию у лиц с ДКМП, ВПС и миокардитами. Взаимосвязь между ЗУА и НОКП в условиях неотложной клинической ситуации сильнее выражалась в старших возрастных группах, у мужчин и у работающих.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Уринов О.Т., Байкузиев У.К.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Цель. Оценка эффективности тромболитической терапии при инфаркте миокарда (ИМ) в условиях Ферганского филиала РНЦЭМП.

Материал и методы. Обследованы 336 больных с диагнозом ИМ, госпитализированных в отделение терапевтической реанимации и неотложной кардиологии в 2015 г., из них 190 (56,55%) с ОКС с подъемом сегмента ST. 70 (20,84%) обратились в сроки до 12 часов, 70 (20,84%) пациентам была про-

ведена тромболитическая терапия. Средний возраст пациентов – 63,3±11,6 года. Женщин было 145 (43,1%), мужчин – 191 (56,8%). 122 (36,3%) больных с ИМ были в возрасте до 60 лет, 123 (36,6%) – старше 60 лет. Тромболитики применялись в дозе 1,5 млн МЕ. Эффективность проведенной терапии оценивалась по следующим показателям: ЭКГ в динамике, ЭхоКГ в динамике, признаки острой сердечной недостаточности, возобновление ангинозной боли, нарушение ритма сердца и летальность.

Результаты. Рано начатая тромболитическая терапия (в среднем в течение 3,6 ч от начала болевого синдрома) была более эффективной. У 29 (41,9%) пациентов проведенная терапия привела к уменьшению интенсивности болевого синдрома, у 27 (38,5%) – к снижению сегмента S-T, у 64 (91,4%) пациентов прослеживалась реперфузионная аритмия, в связи с чем введение препарата было приостановлено и начата антиаритмическая терапия. У 2 (0,28%) зарегистрирована клиническая смерть. До тромболитической терапии у пациентов с ИМ на ЭхоКГ выявлено значительное снижение сократительной способности миокарда, т.е. фракция выброса в среднем составила 43,0±4,5%, а после терапии у 27 (38,5%) больных фракция выброса повысилась на 17%, в среднем составив 50,2±3,6%.

Таким образом, тромболитическая терапия была проведена 70 (20,84%) больным. На фоне терапии у 41,9% больных уменьшились ангинозные боли, в 75% на ЭКГ произошли положительные изменения, т.е. наблюдалось снижение S-T, в 38,5% случаев отмечалось повышение сократительной способности миокарда. У 91,4% больных наблюдалась реперфузионная аритмия, летальных исходов не было.

ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Усманов Б.М., Урунов Д.А.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Введение. Сосудистые заболевания головного мозга в клинической неврологии по праву считаются проблемой номер один, что объясняется высокой заболеваемостью и летальностью. Так, по данным ВОЗ, летальность от сосудистых заболеваний нервной системы занимает второе место после заболеваний сердечно-сосудистой системы, а по инвалидизации – первое место. Их можно рассматривать как главную эпидемию XXI века.

Цель. Проанализировать статистические данные цереброваскулярных заболеваний(ЦВЗ) за период с 2012 года по 2015 год по отчетам отделения экстренной неврологии.

Материал и методы исследования. По материалам статистических отчетов экстренной неврологии за 2012–2015 годы в отделении экстренной неврологии находились на стационарном лечении 3297 больных с ЦВЗ, в возрасте от 25 до 85 лет. Из них в 2012 году – 767 больных, в 2013 году – 842 больных, в 2014 году – 866 больных и в 2015 году – 822 больных были госпитализированы в отделение экстренной неврологии. В 2012 году из 767 госпитализированных больных по нозологии составляли: 184 больных – с геморрагическим инсультом, 420 больных – с ишемическим инсультом и 163 больных – с преходящими нарушениями мозгового кровообращения. В 2013 году из 842 госпитализированных больных по нозологии составляли: 223 больных – с геморрагическим инсультом, 427 больных – с ишемическим инсультом и 191 больных – с преходящими нарушениями мозгового кровообращения. В 2014 году из 866 госпитализированных больных по нозологии составляли: 264 больных – с геморрагическим инсультом, 468 больных – с ишемическим инсультом и 134 больных – с преходящими нарушениями мозгового кровообращения. В 2012 году из 822 госпитализированных больных по нозологии составляли: 164 больных – с геморрагическим инсультом, 476 больных – с ишемическим инсультом и 179 больных – с преходящими нарушениями мозгового кровообращения. Всем больным произведена КТ головного мозга, допплерография экстра- и интракраниальных сосудов, ЭКГ, коагулограмма, офтальмоскопия.

Результаты и обсуждения. Как видно по этим статистическим данным отделения экстренной неврологии, год за годом отмечается рост цереброваскулярных патологий. В частности, как видно из вышеизложенных цифр, если в 2012 году с ЦВЗ было госпитализировано 767 больных, то в 2015 году было госпитализировано 822 больных с ЦВЗ, что на 55 больных больше. С ишемическим инсультом в 2012 году было госпитализировано 420 больных, а в 2015 году госпитализировано 476 больных, что на 56 больных больше. С преходящими нарушениями мозгового кровообращения в 2012 году было госпитализировано 163 больных, а в 2015 году было госпитализировано 179 больных, что также на 16 больных больше. Как видно из вышеизложенного, имеется значительный рост ЦВЗ.

Выводы. В связи со значительным ростом ЦВЗ необходимо особое внимание врачей общей практики в поликлинических условиях обратить на первичную профилактику цереброваскулярной патологии (диспансеризация определенных возрастных и профессиональных групп населения, профилактика атеросклероза и гипертонической болезни). Больных с гипертонической болезнью, атеросклерозом и преходящими нарушениями мозгового кровообращения взять на «Д» учет по месту жительства; активно проводить первичную и вторичную профилактику инсультов. Для донесения населению информации о ЦВЗ по радио, на телевидении и на страницах газет и журналов выступать на тему по предупреждению и профилактике цереброваскулярных заболеваний.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Файзиева Ш.М., Дадабоева Ё., Эрметов А.Т.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Проблема кровоточивости остается актуальным вопросом в педиатрии. Нарушение свертываемости

крови, связанное с особенностями системы гемостаза, в настоящее время встречается очень часто. Развитие геморрагического синдрома у детей раннего возраста ассоциируется с тяжелыми осложнениями, серьезными нарушениями здоровья и снижением показателей выживаемости. Геморрагический синдром у детей может начаться внутриутробно, а при рождении у детей обнаруживаются внутричерепные кровоизлияния, кефалогематомы, кровоизлияния во внутренние органы, кожные геморрагии, пупочные кровотечения из мест инъекции. Провоцирующими причинами являются: тяжелая инфекция, родовая травма, внутриутробная инфекция, дефицит витамина К, заболевания желчевыводящих путей и печени, желтушный синдром, родственный брак. Диагноз геморрагическая болезнь ставят на основании совокупности анамнеза, клиники и лабораторными исследованиями: снижение или отсутствие времени свертываемости крови, удлинение протромбинового времени, снижение фибриногена, снижение тромбинового теста.

Материал и методы исследования. За период 2013 по 2016 годы геморрагическая болезнь осложнилась нотравматическими внутричерепными кровоизлияниями (НВЧК).

Всего в Наманганский филиал РНЦЭМП госпитализированы 118 детей, из них за 2013 год – 25 больных; за 2014 год – 37 больных; за 2015 год – 58 больных. Обследованные разделены на группы по возрасту: до 2-х месяцев – 87 больных, 2-4 месяцев – 23 больных, 4-6 месяцев – 10 больных. Мальчиков было 78, девочек – 39. Всем больным проведена консервативная лекарственная церебропротекция или превентивная защита мозга, терапия витамином К, инфузионно-трансфузионная терапия, гемостатическая терапия и по показаниям проведено оперативное вмешательство – удаление гематомы. Изучали данные коагулографии – фибриноген, время свертываемости крови, показатель гематокрита, показатель протромбинового времени, а также данные КТ, НСГ.

В 2013 году выписаны с улучшением 19 детей; летальность составила 24%; в 2014 году выписаны с улучшением 29, летальность – 21%; в 2015 году выписаны с улучшением 47 детей, летальность – 18%.

В связи с высокой летальностью необходимыми превентивными мерами мы считаем своевременное обследование детей с первыми признаками геморрагического синдрома, лечение витамином К еще в родильных домах.

Заключение. Необходимо проведение раннего исследования системы гемостаза детей из группы риска (ТОРЧ, детей, родившихся от родственных браков, детей с желтушным синдромом). Раннее выявление латентных признаков и осложнений геморрагической болезни детей позволяет уменьшить количество тяжелых случаев геморрагической болезни, способствует сокращению инвалидизации, снижению показателей летальности детей.

ВЫБОР АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СРЕДСТВ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ СОСУДОВ СЕРДЦА И ГОЛОВНОГО МОЗГА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Хамроев Э.Э., Закирова Д.Р., Файзуллаева Г.И., Хасанова Н.Н.
Бухарский филиал РНЦЭМП

Цель. Оценка антигипертензивной эффективности нитресана (блокатора кальциевых каналов) дигидропиридинового ряда у пожилых больных с артериальной гипертонией (АГ), в анамнезе перенесших инфаркт миокарда (ИМ) и острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) давностью свыше 6 месяцев.

Материал и методы. Под наблюдением находились 49 больных в возрасте от 60 до 76 лет с гипертонической болезнью, в анамнезе перенесших ИМ и ОНМК давностью свыше 6 месяцев, из них 19 женщин и 30 мужчин. Диагноз был верифицирован на основании показателей АД и клинических симптомов (одышка, головные боли, боли в груди, головокружение и т.д.). Больные были разделены на 2 группы. 1-ю группу составили 29 (59,1%) больных с гипертонической болезнью, в анамнезе перенесшие ИМ и ОНМК давностью свыше 6 месяцев, получавших стандартную терапию ИМ, ОНМК и АГ, а также нитресан в дозе по 10-40 мг/сут в течение 4 недель (дозу препарата подбирали индивидуально!). Во 2-ю группу включены 20 (40,9%) пациентов, получавших стандартную терапию ИМ, ОНМК и АГ в индивидуальных дозировках, без нитресана.

Лечебный эффект оценивали на основании клинических показателей (нормализация АД, уменьшение головных и грудных болей, головокружений, одышки и т.д.).

Результаты. По данным проведённого исследования, больные 1-й группы отмечали снижение уровня как систолического (САД) – 145,3 против исходного 168,6 (снижение на 16%), – так и диастолического АД (ДАД): 91,6 против 97,5 исходного давления (снижение на 6%). Также наблюдалось уменьшение ангинозного состояния и снижение класса недостаточности кровообращение на 5-6 сутки лечения. 1 пациенту потребовалось назначение другого антигипертензивного препарата.

Во 2-й группе также зарегистрировано снижение АД, однако оно было не столь существенным: САД снизилось до 159,5 против 170,2 исходного (на 6%); ДАД – до 94,3 против 98,5 первоначального (снижение на 4%).

Таким образом, нитресан в дозе 10-40 мг в сутки эффективен при лечении ГБ у лиц пожилого возраста, перенесших ИМ и ОНМК. Эффективность заключалась в быстром снижении уровня АД до оптимальных или нормальных цифр, что приводило к быстрому регрессу клинических симптомов. Сокращение сроков лечения делает такое сочетание гипотензивных средств более предпочтительным, чем какое-либо другое сочетание гипотензивных средств. Такая положительная

динамика способствует улучшению качества и продолжительности жизни больных пожилого возраста с артериальной гипертонией, перенесших ИМ и ОНМК.

ИНГИБИТОРЫ АПФ И ИНДАПАМИД В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Эшбоев А.Т., Гаффоров Б.Б., Маннонов М.З.
Сурхандарьинский филиал РНЦЭМП

Материал и методы. Обследованы 54 больных с ОИМ, госпитализированных в первые 2 суток болезни, обоего пола, в возрасте 29-75 лет, с исходными клиническими признаками СН I–II класса по Киллип. Больные были разделены на 2 группы: 1-я группа – 29 больных, которые получали базисную терапию, 2-я группа – 25 больных, которые дополнительно к базисной терапии принимали диротон 2,5-10 мг/сут и индапамид 2,5-5 мг/сут ежедневно.

Исследование выполняли в 1, 28-30 сутки и через 3 месяца от начала заболевания. Гемодинамика контролировалась с помощью ЭхоКГ в динамике.

Результаты. УИ, СИ снижались к 1 суткам заболевания, а затем на 28-30 сутки болезни существенно не изменялись. К 3 месяцу эти показатели несколько возрастали по сравнению с контрольной группой. КДО и КСО с 1 суток заболевания были сопоставимы с контрольной группой (соответственно 164,2±7,1 и 168,8±6,3 мл; 88,5±7,6 и 89,1±7,2). Фракция изгнания с 1 к 28 суткам заболевания значимо возрастала (50,9±2,4 и 57,1±2,2, 50,7±2,0 и 54,1±2,1) и в дальнейшем на всех этапах наблюдения не изменялась, оставаясь выше (56,1±2,2 и 53,1±2,3) контроля.

К 3 месяцу заболевания число больных с СН в основной группе уменьшилось до 47%, в контрольной группе оно составило 68%.

Таким образом, раннее назначение диротона + дополнительно индапамида уменьшает выраженность дисфункции, патологического ремоделирования левого желудочка сердца, значительно снижает частоту клинических проявлений СН.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Ризаев К.С., Баймурадов Ш.Э.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Внедрение эндовиодеохирургии в лечение острого панкреатита (ОП) позволяет существенно снизить интоксикацию и в большинстве случаев в сочетании с комплексной консервативной терапией купировать патологический процесс. Несмотря на имеющиеся успехи в диагностике и лечении ОП, в настоящее время никто с уверенностью не может прогнозировать исход этого заболевания (Шалимов С.А. с соавт., 1990; Решетников Е.А. с соавт., 1998; Савельев В.С. с соавт., 2000; Ермолов А.С. с соавт., 2001; Багненко С.Ф. с соавт., 2004,2005; Takeda K. etal., 1998; Buchler M.W. etal., 2000). До сих пор велико число ошибок и вследствие этого возникших осложнений во время и после применения лапароскопических технологий в лечении деструктивного панкреатита.

В период с 2011 по 2015 г. в РНЦЭМП с диагнозом острый панкреатит госпитализировано 1654 больных, консервативное лечение было применено 1112 (67,2%) больным, оперировано 542 (32,7%) больных, из них лапароскопическим способом 185 (34,1%) больных. При этом у 39 (21,1%) выявлена отечная форма, жировой очаговый панкреонекроз верифицирован у 97 (52,4%) пациентов и геморрагический панкреонекроз у 49 (26,5%) больных. Произведены следующие лапароскопические вмешательства: лапароскопическая санация сальниковой сумки с дренированием брюшной полости – 35 (18,9%); лапароскопическая холецистэктомия, санация, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости – 68 (36,7%); лапароскопическая холецистэктомия, дренирование холедоха по Пиковскому, санация, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости – 82(44,3%). При сопоставлении частоты различных послеоперационных осложнений получено достоверно снижение этих показателей при выполнении лечебной лапароскопии. Так, системные осложнения определены у 16,7% больных после лапароскопии и 39% после традиционных операций. Внутрибрюшные осложнения развились у 11,1% и 39% соответственно. В целом в группе лапароскопий различные осложнения развились у 21 больного, что составило 11,3%, в группе традиционных вмешательств – у 78 (21,8%) пациентов. Все осложнения после операции были разделены на системные и внутрибрюшные. Бронхолегочные осложнения после лапароскопии наблюдались у 8 (4,3%) больных, полиорганная недостаточность – у 9 (4,8%) больных, ТЭЛА развилась у 2 (1,1%) больных. Внутрибрюшные осложнения наблюдались в виде аррозивного кровотечения у 3 (1,6%) больных, панкреатического свища у 2 (1,1%) больных, нагноение послеоперационной раны отмечалось у 9 (4,8) больных, прогрессирование процесса с абсцедированием отмечалось у 7 (3,8%), вследствие чего потребовалась реоперация лапаротомия в 8 (4,3%) случаях. Основными причинами летальных исходов при применении лапароскопии были полиорганная недостаточность, бронхолегочные осложнения, септическое состояние и ТЭЛА, частота которых колебалась в пределах 1,1-4,8%.

Таким образом, у больных с острым деструктивным панкреатитом при отсутствии внеорганных забрюшинных осложнений панкреонекроза лапароскопическое вмешательство не только является полноценной альтернативой традиционным операциям, но и за счет минимизации хирургической агрессии позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений с 35,4% до 18,5%, а летальности с 13,4% до 7,4%, при этом необходимость повторного вмешательства в связи с неадекватной санацией или прогрессированием процесса возникает только в 4,3% случаев, что в общей совокупности повышает эффективность лечебной лапароскопии до 88,9%.

IV. РОЛЬ МИНИИНВАЗИВНЫХ И ВЫСОКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ И ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

ВОЗВРАТНАЯ СТЕНОКАРДИЯ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ

Абдуллаева С.Я., Якуббеков Н.Т., Хасанов М.С., Никишин А.Г., Юлдашев Н.П., Фозилов Х.Г., Ганиев А.А.
Республиканский специализированный центр кардиологии

Цель. Изучение частоты развития возвратной стенокардии у больных со стентированием ствола левой коронарной артерии при многососудистом поражении по данным 6-месячного наблюдения.

Методы. Больным с ИБС, которым было проведено стентирование ствола ЛКА, стентирование целевых сосудов при многососудистом поражении, назначалась двойная антиагрегантная терапия и оптимальная медикаментозная противоишемическая терапия. По данным вопросника Роуза и нагрузочной пробы, через 3 и 6 месяцев изучалась частота сохранения стенокардии, а также переносимость физической нагрузки.

Результаты. В обеих группах процент лиц со стенокардией через 6 месяцев от начала наблюдения был примерно одинаковым – 21,8% в группе стентированных и 23,4% в группе ОМТ (p=0,78%). В группе стентированных несколько больше пациентов, ежедневно преодолевающих расстояние в 1-3 км/ сут (соответственно 39,6 и 28%, p=%). По данным нагрузочной пробы, стенокардия сохраняется у 28,5% больных через 6 месяцев от процедуры, в то же время переносимость физической нагрузки достоверно увеличилась в группе стентированных больных. В целом количество благополучных исходов в группе стентированных пациентов было больше – соответственно 75,2 и 60,6% (p=0,03).

Заключение. У больных со стентированием ствола левой коронарной артерии при многососудистом поражении по данным 6-месячного наблюдения более чем в 20% случаев сохраняются признаки возвратной стенокардии, что требует оптимизации медикаментозной антиишемической терапии.

ПРЕИМУЩЕСТВА ИНТРААРТЕРИАЛЬНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ОСТРЕЙШЕЙ СТАДИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Алимов Д.А., Мубараков Ш.Р., Арифджанов Ш.Х., Сейдалиев А.И., Джалалов Ф.З.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Введение. Достигнутые за последние годы успехи в уточнении патогенетических механизмов развития ишемического инсульта (ИИ) позволили определить основную стратегию патогенетической терапии в острейшем периоде болезни – улучшение перфузии ткани мозга путем ранней реканализации окклюзированного сосуда (Wardlaw J.M., Warlow C.P. 1996; Верещагин Н.В. с соавт. 2002; Суслина З.А. с соавт. 2005).

В связи с этим, в настоящее время весьма перспективным представляется методика селективной, интраатериальной тромболитической терапии (ИАТТ) с применением различных тромболитиков. Методика ИАТТ имеет следующие преимущества:

1. Высокая степень реканализации окклюзированного сосуда (до 80%);

2. ИАТТ осуществляется введением значительно меньшего количества тромболитического препарата, что в конечном итоге приводит к уменьшению геморрагических осложнений, возникающих при системной тромболитической терапии (ТЛТ).

Материалы и методы. Обследовано 22 больных с ИИ, 12 мужчин и 10 женщин в возрасте от 22 до 85 лет. Все больные доставлены в клинику в пределах 6-часового «терапевтического окна». Клинико-неврологическая симптоматика у больных свидетельствовала об остром нарушении мозгового кровообращения в бассейне средней мозговой артерии справа – у 14 больных и слева – у 7 больных и у 1 пациента в вертебробазилярном бассейне. Всем больным в момент их поступления проведена мультисрезовая компьютерная томография (МСКТ), транскраниальная допплерография (ТКДГ), в необходимых случаях – эхокардиография (ЭхоКГ), МСКТ или традиционная церебральная ангиография. Тромболитическая терапия проводилась больным, отобранным согласно рекомендациям Руководства Американской Академии Неврологии (American Academy of Neurology Practice advisory, 1996). Эффективность и безопасность ИАТТ и степень реканализации оценивалась по данным мониторинга неврологического статуса с включением шкалы NIHSS, по данным контрольной МСКТ головного мозга, МСКТ – или традиционной церебральной ангиографии, ТКДГ на 2-3 сутки после ТЛТ.

Результаты исследования. Во всех случаях КТ исследования в момент поступления больных выявили отсутствие органических изменений в головном мозге, что свидетельствовало о том, что все больные поступили в период «терапевтического окна».

Во время проведения диагностической церебральной ангиографии в 15 случаях выявлена острая закупорка средней мозговой артерии. В последующем после введения тромболитика ангиографически констатирована реканализация сосуда в 10 случаях, в 5 случаях ангиографически реканализация окклюзированного сосуда не подтверждена, однако отмечалось улучшение коллатерального кровообращения.

В результате комплексных ультразвуковых методов исследования (ЦДС, ТКДГ, ЭхоКГ) у 16 больных установлен атеротромботический подтип ИИ. Результаты ЦДС у этих больных выявили атеросклеротический

характер поражения магистральных артерий головы с различной степенью стенозирования. Результаты ТКДГ при поступлении больных выявила гемодинамически значимое снижение линейной скорости кровотока (ЛСК) по средней мозговой артерии на стороне очага поражения с коэффициентом межполушарной асимметрии, превышающим 50%.

У 6 больных установлен кардиоэмболический подтип. Об этом свидетельствовали результаты электрокардиографических и ЭхоКГ исследований.

Анализ эффективности ИАТТ оценивалась по шкалам Glasgow, NIHSS, Rankin. Среднестатистические показатели по шкале Glasgow улучшились с 11,45 до 13,0, по шкале NIHSS отмечалось улучшение с 14,45 до 8,86 балла, по шкале Rankin также улучшение с 4,36 до 2,86 балла. Полный регресс неврологической симптоматики наблюдался у 5 (22,7%), частичный регресс – 11 (50%), отсутствие эффекта было у 3 (13,6%) пациентов. Летальный исход констатирован в 3-х (13,6%) случаях. Таким образом, эффективная реканализации составила 72,7%. 3 пациентам с полным регрессом неврологического дефицита ИАТТ была организована и проведена в пределах 3-часового терапевтического «окна».

Выводы. Селективный интра-артериальный тромболизис препаратом стрептокиназа может рассматриваться как эффективный, альтернативный системному, метод реваскуляризации в остром периоде ишемического инсульта.

ИАТТ эффективна при проведении в пределах 3-6-часового терапевтического «окна», однако наибольшая эффективность отмечается в 3-часовом диапазоне.

При кардиоэмболическом варианте развития ишемического инсульта, несмотря на образование в полостях сердца «плотных» тромбов, своевременно проведенная ИАТТ позволяет предупредить быстрое формирование обширного очага размягчения мозга.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПОРАЖЕНИИ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОГО СЕГМЕНТА

Алимов Д.А.,* Шиповский В.Н.,** Маджитов Х.Х.,* Турсунов С.Б.,* Салахитдинов Ш.Н.*

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент*

Кафедра хирургических болезней педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва**

Цель исследования. Сравнить отдаленные результаты эндоваскулярных вмешательств при поражениях артерий бедренного подколенного сегмента.

Материал и методы. В анализ включены результаты лечения трех сопоставимых по характеру поражения групп больных в возрасте от 40 до 86 лет с окклюзионно-стенотическими поражениями бедренно-подколенного артериального сегмента. В первую группу вошли 95 больных, которым была выполнена ТЛБАП, во 2 группу – 114 больных, перенесших стентирование, и в третью группу – 30 больных, которым выполнена ТЛБАП с использованием баллонов с лекарственным покрытием. Результаты прослежены в сроки наблюдения до 30 мес.

Результаты. У больных 1 группы результаты распределились следующим образом: в сроки наблюдения до 6 мес. у 17 (17,9%) больных развился рестеноз, у 13 (13,6%) больных – реокклюзия. В сроки наблюдения до 12 мес. еще у 2 (2,1%) больных развился рестеноз, а у 3 (3,15%) – реокклюзия. В сроки наблюдения до 18 мес. рестеноз развился еще у 1 (1,05%) больного, а у 3 (3,15%) – реокклюзия. До 24 мес. рестеноз развился еще у 2 (2,1%) больных, у 6 (6,3%) – реокклюзия. В сроки наблюдения до 30 мес. еще у 7 (7,4%) больных развилась реокклюзия. Таким образом, у больных 1 группы проходимость зон ангиопластики в сроки до 30 мес. составила 43,1%. Рестеноз развился у 22 (23,2%) больных, реокклюзия у 32 (33,7%). 22 больным с рестенозом выполнена ТЛБАП, среди больных с реокклюзией 2 выполнены стентирования, 15 – БПШ и 15 – ампутации бедра.

У больных 2 группы результаты распределились следующим образом: в сроки наблюдения до 6 мес. у 15 (13,1%) больных развился рестеноз, у 9 (7,9%) больных – реокклюзия. В сроки наблюдения до 12 мес. еще у 2 (1,8%) больных развился рестеноз, а у 4 (3,5%) – реокклюзия. В сроки наблюдения до 18 мес. рестеноз развился еще у 3 (2,6%) больных, а у 3 (2,6%) реокклюзия. До 24 мес. рестеноз развился еще у 2 (1,8%) больных, у 5 (4,4%) – реокклюзия. В сроки наблюдения до 30 мес. рестеноз развился у 2 (1,8%) больных, еще у 4 (3,5%) развилась реокклюзия. Таким образом, у больных 2 группы проходимость зон ангиопластики в сроки до 30 мес. составила 57,1%. Рестеноз развился у 24 (21%) больных, реокклюзия – у 25 (21,9%). 24 (21%) больным с рестенозом выполнена ТЛБАП, среди больных с реокклюзией – 5 (4,4%) выполнена БА, 8 (7,1%) – БПШ и 12 (10,5%) – ампутации бедра.

Среди больных 3 группы в сроки наблюдения от 6 до 8 месяцев у 3 (10%) больных развился рестеноз реконструированного бедренно-подколенного сегмента, а у 1 (3,3%) – реокклюзия. Нужно отметить, что у 4 больных операция ТЛБАП осложнилась диссекцией интимы, что потребовало дополнительного стентирования. В ранние сроки наблюдения развились рестеноз у 2 больных и реокклюзия у 1 больного.

В сроки наблюдения до 18 месяцев рестеноз развился еще у 3 (10%) больных; через 24 мес. у 1 больного (3,3%) развилась реокклюзия с рецидивом критической ишемии. Ему произведена ампутация бедра. В сроки наблюдения до 30 мес. еще у 1 больного (3,3%) развилась реокклюзия. Таким образом, у больных 3 группы проходимость зоны реконструкции в сроки до 30 мес. составила 70%. Рестеноз развился у 6 (20%) больных, реокклюзия – у 3 (10%). 3 больным с рестенозом произведено стентирование, остальные получали консервативное лечение в связи

с отсутствием критической ишемии. Среди больных с реокклюзией 2 выполнено успешное бедренно-подколенное шунтирование, 1 – ампутация бедра.

Выводы. Ангиопластика с использованием баллонов с лекарственным покрытием при окклюзионно-стенотических поражениях бедренно-подколенного сегмента позволяет существенно улучшить результаты лечения за счет предупреждения рестенозов зоны вмешательства в отдаленные периоды наблюдения.

АНГИОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И МЕТОДЫ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

Мухамедова Б.Ф., Алимов Д.А., Турсунов Х.М., Жалолов Б.З.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель. Выявление ангиографических особенностей больных с нестабильной стенокардией в зависимости от метода реваскуляризации.

Материал и методы. В исследование включены 148 больных, из них 97 мужчин и 51 женщина, средний возраст 58,53±6,28 года, госпитализированных в отделение интенсивной кардиологии с диагнозом нестабильной стенокардии. Всем больным проводилась коронароангиография, определялись показания к реваскуляризации (эндоваскулярной или хирургической).

Результаты. У 58 были имелись показания к хирургической реваскуляризации (АКШ), у остальных 90 – к эндоваскулярной (ЧКВ). Число больных сахарным диабетом в двух группах было сопоставимым: 11 в группе АКШ (18,97%) и 16 в группе ЧКВ (17,78%, частотное различие между группами нд). Пациенты двух групп были сопоставимы также по возрасту, длительности ишемической болезни сердца, частоте встречаемости артериальной гипертензии и инфарктов миокарда в анамнезе. Ангиографически были обнаружены следующие различия: в группе АКШ достоверно чаще встречалось поражение проксимальных отделов правой коронарной – 25 (43,10%) против 20 (22,22%) (хи-квадрат = 7,27, p<0,01), передней межжелудочковой – 31 (53,45%) и 15 больных (16,67%) (хи-квадрат=22,28, p<0,001) и огибающей артерии – 24 (41,38%) и 1 больной (1,11%) (хи-квадрат = 40,74, p<0,001). Также в группе АКШ достоверно чаще встречалось поражение средних отделов правой коронарной – 22 в группе АКШ (37,93%) и 17 в группе ЧКВ (18,89%) (хи-квадрат = 6,95, p<0,01), передней межжелудочковой – 21 (36,21%) и 9 (10%) больных (хи-квадрат = 14,99, p<0,001) и огибающей артерии – 8 (13,79%) и 0 больных (хи-квадрат = 13,12, p<0,001). В группе ЧКВ, в отличие от группы АКШ, не встречалось поражение 1-й диагональной ветви (в группе АКШ у 9 больных (15,52%), (хи-квадрат = 14,87, p<0,001) и 1-й ветви тупого края (в группе АКШ у 10 больных (17,24%) (хи-квадрат 16,64, p<0,001), а в группе АКШ – 2-й ветви тупого края (в группе ЧКВ у 7 (7,78%) (хи-квадрат = 4,74, p<0,05) и атриовентрикулярного продолжения огибающей артерии (32 (35,56%) (хи-квадрат 26,31, p<0,001). Всего у 58 больных группы АКШ отмечалось 182 гемодинамически значимых стеноза (в среднем 3,13 стеноза на 1 больного), а в группе ЧКВ – на 90 больных приходилось 154 стеноза (1,71 стеноз/больной, p<0,001). Средняя степень стенозирования в группах достоверно не различалась (85,99±1,03% в группе АКШ и 87,18±0,94% в группе ЧКВ).

Заключение. У больных, подлежащих АКIII, выявлена достоверно большая частота стенозирования коронарных артерий с преимущественным поражением проксимальных и дистальных отделов коронарных артерий и первых ответвлений второго порядка. Преобладания больных с фоновым сахарным диабетом и инфарктом миокарда в анамнезе ни в одной из групп не отмечалось.

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Алимов Д.А., Мухамедова Б.Ф., Джамалдинова Р.К., Жалолов Б.З., Рахимова Р.А., Турсунов Х.М.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель. Оценка гемодинамических эффектов хирургической реваскуляризации у больных с нестабильной стенокардией по результатам динамической эхокардиографии (ЭхоКГ).

Материал и методы. В исследование включены 58 больных (37 мужчин и 21 женщина), из них 11 (18,97%) – сахарным диабетом (СД) 2-го типа, средний возраст 58,53±6,28 года, госпитализированных в отделение неотложной кардиологии с диагнозом прогрессирующая стенокардия. Всем больным была проведена коронароангиография, определены показания к хирургической реваскуляризации, которая была выполнена в течение месяца после дестабилизации ишемической болезни сердца. Исходно и через 10 дней после операции всем больным проводилась ЭхоКГ с определением размера левого предсердия (ЛП, см), конечного систолического и диастолического объемов левого желудочка (КДО и КСО, мл), ударного объема сердца (УО, мл), фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ,%) и индекса нарушения региональной сократимости (ИНРС, балл).

Результаты. При поступлении у больных с прогрессирующей стенокардией ЭхоКГ выявила следующие показатели: ЛП 3,77±0,06 см, КДО ЛЖ 137,60±3,71 мл, КСО ЛЖ 63,95±2,53 мл, УО 73,66±1,56 мл, ФВ ЛЖ 54,18±0,67% и ИНСР 1,07±0,01 балла. У больных с фоновой патологией в виде СД отмечались больший КДО ЛЖ (154,73±11,51 мл, у больных без метаболических нарушений – 133,60±3,67) и меньшая ФВ ЛЖ (соответственно 51,89±2,14 и 54,72±0,67%). Отсутствие достоверных различий,

вероятно, связано с малым количество больных СД. Коронароангиография выявила в среднем 3,13 стеноза/больного (182 гемодинамически значимых стеноза). В течение месяца с момента госпитализации по поводу прогрессирующий стенокардии всем больным была проведена хирургическая реваскуляризация (51 – аортокоронарное шунтирование, 7 – аортокоронарное и маммарно-коронарное шунтирование; у 50 без применения искусственного кровообращения). Средняя длительность операции составила 282,13±10,56 мин, среднее количество установленных шунтов – 3,09. Распределение больных в зависимости от наличия метаболических нарушений показало, что больным Д потребовалось достоверно больше шунтов, чем пациентам без метаболических нарушений (в среднем 3,55 шунта/больной против 2,92, p<0,05). На 10-й день после хирургической реваскуляризации размеры камер сердца, УО и ФВ ЛЖ достоверно не изменились (динамика ЛП составила +1,04%, КДО ЛЖ +1,02%, КСО +0,98%, УО +1,66% и ФВ ЛЖ +0,97%), однако ИНРС достоверно уменьшился на 2,88% и составил в результате 1,03±0,01 (p<0,01). Значимых различий относительной динамики и абсолютных значений ЭхоКГ показателей в зависимости от наличия метаболических нарушений не выявлено.

Заключение. У больных с прогрессирующий стенокардией хирургическая реваскуляризация способствует значительному улучшению региональной сократимости левого желудочка уже к 10-му дню после операции. Больным с фоновой патологией в виде СД, несмотря на сопоставимое количество стенозов, требуется большее количество шунтов.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНГИОПЛАСТИКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БАЛЛОНОВ С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОГО СЕГМЕНТА

Алимов Д.А.,* Шиповский В.Н.,** Маджитов Х.Х.,* Салахитдинов Ш.Н.,* Турсунов С.Б.,* Сейдалиев А.И.*

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент*,
Кафедра хирургических болезней педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва**

Цель исследования. Оценка отдаленных результатов баллонной ангиопластики (ТЛБАП), выполненной с помощью баллонов с лекарственным покрытием (паклитаксел) и без при поражениях бедренного подколенного сегмента.

Материал и методы. В анализ включены результаты лечения двух групп больных (40-86 лет) с окклюзионно-стенотическими поражениями бедренно-подколенного сегмента. В I группу вошли 23 больных (14 ПБА и 9 ПоА), которым ТЛБАП выполнена с помощью баллонов с лекарственным покрытием, во II группу – 24 больных (13 ПБА и 10 ПоА) с обычной ТЛБАП. Результаты прослежены от 6 до 18 мес.

Результаты. Среди больных I группы в сроки наблюдения от 6 до 8 месяцев в 8,6% развился рестеноз реконструированного бедренно-подколенного сегмента, у 4,3% – реокклюзия, потребовавшая выполнения бедренно-подколенного шунтирования. В сроки наблюдения до 18 месяцев рестеноз развился еще у 8,6% больных. Таким образом, проходимость зоны реконструкции в сроки до 18 мес. составила 78,5%. В 17,3% операция БА осложнилась диссекцией интимы, что потребовало дополнительного стентирования. Рестеноз у 2 больных и реокклюзия у 1 больного в ранние сроки наблюдения развились именно у этих больных. У больных II группы результаты распределились следующим образом: в сроки наблюдения до 6 месяцев в 29,1% развился рестеноз, в 20,8% – реокклюзия, потребовавшая выполнения бедренно-подколенного шунтирования у 8,3% больных, а в 12,5% – ампутации бедра. В сроки наблюдения до 18 месяцев еще у 16,6% больных развился рестеноз. Таким образом, у больных II группы проходимость зоны сольной ангиопластики в сроки до 18 месяцев составила 33,4%**.**

Выводы. Ангиопластика с помощью баллонов с лекарственным покрытием при окклюзионно-стенотическом поражении бедренно-подколенного сегмента позволяет существенно улучшить результаты лечения за счет предупреждения рестеноза зоны ангиопластики в ранние и среднесрочные периоды наблюдения.

РЕЗУЛЬТАТЫ БАЛЛОННОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКИМ СТЕНОЗОМ МИТРАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ

Маджитов Х.Х., Алимов Д.А., Салахитдинов Ш.Н., Алимханов Б.Ш., Турсунов С.Б.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель. Оценка результатов баллонной вальвулопластики (БВ) у больных с критическим стенозом митрального отверстия (СМО).

Материал и методы. С декабря 2012 по февраль 2016 года в РНЦЭМП была выполнена БВ у 39 больных с критическим СМО. Возраст в среднем составил 31,7±5,9 года. Двое (5,1%) больных поступили на высоте отека легких, у 2(5,1%) отмечена постоянная форма ФП, у 1 (2,56%) пациента – кровохарканье.

По данным ЭхоКГ Smo составила в среднем до 0,65±0,1 см². Трансмитральный градиент (ТМГ) в среднем был 19,7±2,8 мм рт.ст. Размер ЛП был увеличен в среднем до 4,6±0,7 см. Во всех случаях давление в ЛА было повышенное в среднем до 54,1±7,8 мм рт.ст.

Критериями эффективности БВ считалось увеличение Smo более 1,5 см², снижение ТМГ до нормы или не более 10 мм рт.ст. При появлении регургитации на МК после БВ до I или увеличение исходной недостаточности до II степени останавливали дальнейшее расширение.

Результаты. Всем больным успешно была выполнена БВ СМО.

После БВ СМО по данным интраоперационной ЭхоКГSмо увеличилось в среднем до 1,54±0,7 см², ТМГ снизился до 10,7±0,9 мм рт.ст., а систолическое давление в ПЖ в среднем снизилось до 32,5±5,8 мм рт.ст. У 1(%) больного с кровохарканьем с исходной Sмо 0,46 см² после БВ, несмотря на увеличение площади МО до 1,62 см², отмечено стойкое повышенное давление в ПЖ62/44 мм рт.ст. У 3 (7,7%) пациентов появилась регургитация на МК до I степени, у 1 (2,5%) пациента – до II степени.

По данным инвазивной тензиометрии ТМГ снизился в среднем от 24,5±3,7 до 10,1±0,6 мм рт.ст., давление в ЛА снизилось в среднем до 34,6±9,1 мм рт.ст.

Двое (%) пациентов с постоянной формой ФП после успешной БВ СМО были направлены аритмологу для дальнейшего ЭФИ и РЧА.

Летального исхода и осложнений отмечено не было.

Вывод. Анализ результатов показывает, что баллонная вальвулопластика у больных с критическим стенозом митрального отверстия является эффективным методом лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ БИФУРКАЦИОННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Маджитов Х.Х., Алимов Д.А., Салахитдинов Ш.Н., Турсунов С.Б., Алимханов Б.Ш.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель. Оценка результатов стентирования при бифуркационных поражениях коронарных артерий у больных с острым коронарным синдромом (ОКС).

Материал и методы. Результаты стентирования при бифуркационных поражениях были оценены у 146 пациентов (средний возраст 49,7±7,9 года). При распределении типов бифуркационных стенозов использовали классификацию «Medina»: тип 1.0.0 отмечался у 71 (48,6%) больного, тип 1.1.0 – у 33 (22,6%), тип 1.1.1 у 23 (15,7%), тип 0.1.1 – у 14 (9,6%), тип 1.0.1 – у 5 (3,4%).

При стентировании коронарных артерий у больных с ОКС были применены разные методики. При стенозе типа 1.0.0 и 1.1.0 стентировали основный сосуд без ангиопластики боковой ветви, при типе 1.1.1 применяли Т-стентирование, модифицированное Т-стентирование или Kissing, при типе 0.1.1 – V-стентирование, при типе 1.0.1 стент устанавливали в основной сосуд с переходом в боковую ветвь с финальной киссинг-баллонной ангиопластикой.

При стентировании коронарных артерий с бифуркационными поражениями с целью антитромботической терапии использовали стандартную антиагрегантную и антикоагулянтную терапию.

Результаты. Бифуркационное стентирование коронарных артерий было успешным у всех больных. У 71 (48,6%) больного с типом стеноза 1.0.0 и у 8 (33%) с типом 1.1.0 произведено стентирование основной артерии, интервенционные вмешательства в боковых ветвях в данной группе не требовались.

У остальных 25 (22,6%) из 33 больных с типом стеноза 1.1.0 стентирование основной артерии было дополнено баллонным расширением ячейки стента и устья боковой ветви. У 5 больных этой группы отмечался спазм боковой ветви, который разрешился интракоронарным введением препарата нитроглицерина.

У 23 (15,7%) больных с бифуркационным поражением типа 1.1.1 и у 10 (71,4%) из 14 с типом 0.1.1 успешно применена методика модифицированного Т-стентирование и Kissing. Следует отметить, что у 29 (87,8%) модифицированное Т-стентирование завершено финальной киссинг-ангиопластикой. У остальных 4 больных этой группы вмешательство в боковой ветви не потребовалось.

У остальных 4 из 14 (9,6%) больных с типом поражения 0.1.1 успешно выполнено Т-стентирование с финальной киссинг-ангиопластикой (2) и по методике Kissing (2).

Всем 5 (3,4%) больным с типом 1.0.1 выполнено стентирование основной артерии с захватом стентом проксимальной части боковой ветви. Ячейка стента расширена финальной баллонной ангиопластикой.

На 2 сутки после операции отмечалось улучшение клинического состояния больных, повысилась толерантность к физической, исчезли жалобы.

Из осложнений у 5 (3,4%) пациентов отмечалась пульсирующая гематома на месте пункции бедренной артерии, которая не потребовала хирургической коррекции. Во всех случаях гематома ликвидирована путем наложения давящей повязки в течение 5-6 дней. Летальных исходов не отмечалось.

Выводы. Стентирование бифуркационных поражений коронарных артерий является эффективным методом лечения больных с ОКС. Финальная киссинг-баллонная ангиопластика приводила к меньшей деформации основного стента.

ФАКТОР ВРЕМЕНИ «СИМПТОМ-ИГЛА» И «СИМПТОМ-БАЛЛОН» ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДАХ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Кенжаев М.Л., Алимов Д.А., Маджитов Х.Х., Салахитдинов Ш.Н., Ганиев У.Ш.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель. Оценка эффективности реваскуляризации миокарда в зависимости от времени «симптом-игла» и «симптом-баллон».

Материал и методы. Под наблюдением были 127 пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, которых разделили на 2 группы. 1-ю группу составили 69 (55%) больных, которым проводилась тромболити-

ческая терапия (ТЛТ) с помощью стрептокиназы, во 2-ю группу включены 58 (45%) пациентов, у которых осуществлена транслюминальная баллонная ангиопластика (ТЛБАП). Обе группы были разделены на 3 подгруппы в зависимости от времени «симптом-игла» и «симптом-баллон»: менее 2-х ч – 74 (58%), 2-4 ч – 33 (26%), 4-6 ч – 20 (16%). 61 из 69 больных 1-й группы в дальнейшем выполнена коронароангиография (КАГ).

Результаты. В 1-й группе у 38 (95%) больных, которым была проведена ТЛТ и у которых время «симптом-игла» не превышало 2-х ч, отмечалась успешная реперфузия, у 2 (5%) пациентов ТЛТ оказалась безуспешной, в последующем им выполнялась спасительная ТЛБАП. Из 18 больных, у которых время «симптом-игла» составило 2-4 ч, успешная реперфузия отмечалась у 11 (61%). 5(27%) больных, у которых ТЛТ оказалась неэффективной, также были подвергнуты спасительной ТЛБАП. 2 больных (11%) скончались от осложнений ОКС в связи с неэффективностью ТЛТ. В группе больных, у которых время «симптом-игла» составило 4-6 ч, успешная реперфузия наблюдалась лишь у 4 (36%), у 4 (36%) ТЛТ была неэффективной, они были подвергнуты спасительной ТЛБАП. 3 (28%) пациентов вследствие неэффективности ТЛТ скончались от осложнений ОКС. В результатах у больных, у которых время «симптом-игла» и «симптом-баллон» было менее 2-х ч, не отмечалось достоверной разницы по фракции выброса ЛЖ (ФВ ЛЖ) – 51,2% против 51,8% p>0,05. Также одинаковой была выживаемость больных. В случаях, когда время «симптом-баллон» превышало 2 ч, и не была произведена ТЛТ, ФВ ЛЖ была достоверно ниже, чем у пациентов, у которых время «симптом-игла» не превышало 2-х ч – 46,7% против 51,2% (p<0,05).

Выводы. Временной фактор является решающим при выборе метода реваскуляризации и определяет успех проведения ТЛТ. Если время «симптом-баллон» не превышает 2-х ч, необходимо проведение ТЛБАП, если время «симптом-баллон» превышает 2 ч, и есть возможность проведения ТЛТ, то необходимо ее проведение с последующим осуществлением коронароангиографии. Учитывая вышеизложенное, сегодня необходимо внедрить алгоритмы проведения догоспитальной ТЛТ для увеличения эффективности данной процедуры.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛИГИРОВАНИЕ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Алтыев Б.К., Шелаев О.И., Хашимов М.А., Ешмуратов А.Б., Исраилов Т.Т.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В последние 20 лет эндоскопический гемостаз стал неотъемлемой частью лечения кровотечений портального генеза. Это особенно актуально для определенной группы больных, у которых полостные операции не возможны, а использование современных рентгеноэндоваскулярных методов лечения сопровождается значительным процентом неудач и осложнений. Предупреждение или остановка кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) и желудка является одной из основных задач хирургического лечения больных портальной гипертензией.

Цель. Изучение результатов лечения больных с кровотечениями из ВРВП с помощью эндоскопического лигирования.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 296 пациентов с кровотечениями из ВРВП. Возраст больных – от 17 до 68 лет (средний возраст 42,5±2,34). Мужчин было 206 (69,7%), женщин – 90 (30,3%). Для оценки состояния вен пищевода использовалась классификация А.Г. Щерцингера (1983). В соответствии с ней I степень ВРВ диагностирована у 23 (7,8%), II – у 110 (37,1%), III – у 163 (55,1%) больных. Стволовой тип ВРВ выявлен у 256 (86,5%), смешанный – у 40 (13,5%) пациентов. Локализация ВРВ, начиная со средней трети грудного отдела пищевода, имелась у 186 (62,9%), с переходом на кардиальный отдел желудка – у 110 (37,1%). «Красные маркеры» отмечались у 91 (30,9%) больного, явления эрозивного эзофагита – у 45 (15,2%). Активное поступление крови из дефекта в стенке вены обнаружено у 98 (33,1%) больных, признаки остановившегося кровотечения (фиксированные тромбы-сгустки, белые тромбы на поверхности вен) выявлены у 198 (66,9%) пациентов.

Результаты. Эндоскопическое лигирование ВРВП проведено 131 (44,2%) больному. У 16 (5,4%) пациентов на высоте кровотечения и у 115 (38,8%) на фоне остановившегося кровотечения для профилактики его рецидива. Одномоментно на вены накладывали от 3 до 6 эндолигатур «спиральным» методом наложения в шахматном порядке, начиная с области эзофагокардиального перехода снизу вверх. После эндоскопического лигирования все пациенты отмечали умеренную болезненность в груди и явления дисфагии в течение 1-2 дней после вмешательства. У 1 больного во время эндоскопического сеанса лигирования отмечалось возобновление кровотечения из расширенной вены субкардии желудка по малой кривизне, что потребовало повторной установки зонда Блекмора.

Рецидив кровотечения до выписки из стационара после эндоскопического гемостаза возник у 25 (19,7%) пациентов. Пациенты в экстренном порядке были подвергнуты оперативному вмешательству (операция Пациора). После эндоскопического лигирования умерли 12 (9,8%) пациентов. Причиной смерти у 7 из них явилась развившаяся постгеморрагическая анемия, у 5 – прогрессирующая печеночная недостаточность.

Таким образом, эндоскопический гемостаз является высокоэффективным методом остановки и профилактики рецидива кровотечения и ВРВПЖ, особенно у больных с высокой степенью операционного риска. Применение эндоскопических методик гемостаза позволяет снизить летальность в этой тяжелой группе пациентов.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Арифджанов Ш.Х., Максудова Л.Б., Дадамьянц Н.Г., Хусанходжаев Ж.У.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Актуальность. Церебральная сосудистая патология является одной из наиболее актуальных проблем современной неврологии. Сосудистые заболевания головного мозга занимают одно из первых мест в структуре болезней центральной нервной системы (ЦНС), характеризующихся наиболее высокой смертностью и инвалидизацией больных. Среди патологических изменений сосудов головного мозга одну из основных позиций занимают артериовенозные мальформации (АВМ). АВМ головного мозга – относительно редко выявляемая аномалия развития сосудов мозга, трудно диагностируемая клинически в латентном периоде, способная вызвать серьезные неврологические осложнения или смерть. Клинические проявления АВМ головного мозга разнообразные: от субъективного ощущения головной боли и незначительных очаговых неврологических синдромов до развития эпилептических приступов и обширных спонтанных кровоизлияний.

Цель исследования. Анализ клинических проявлений АВМ головного мозга полушарной локализации и оптимизация выбора тактики лечения.

Материалы и методы. В исследование было включено 46 случаев больных с АВМ головного мозга различной локализации и неврологической картины. Все пациенты поступили в экстренном порядке в РНЦЭМП с различными ургентными состояниями. Больным, кроме неврологического осмотра, были произведены МСКТ головного мозга, ТКДГ сосудов головного мозга. Среди них 20 (43,5%) случаев составили лица женского пола, 26 (56,5%) – лица мужского. Средний возраст больных составил 28 ± 7,52 года. Группа обследованных формировалась по принципу случай-регистрация. Был произведен анализ в возрастном и половом аспекте в разрезе с локализацией АВМ головного мозга. АВМ у лиц мужского пола в 16 (61,5%) случаях из 26, а у лиц женского пола в 13 (65%) из 20 располагались в левом полушарии головного мозга, тогда как правополушарная локализация АВМ имела место у мужчин в 10 (38,5%) случаях, а у женщин в – 7 (35%). Анализ локализации АВМ головного мозга показал, что как у мужчин, так и у женщин в 2/3 случаях АВМ располагались в височной и теменной долях, а в 1/3 случаях имела место лобная и затылочная локализация. В клинической манифестации АВМ головного мозга в 28 (60,8%) случаях преобладала картина кровоизлияния в виде паренхиматозного и паренхиматозно-субарахноидального кровоизлияния. У 13 (28,2%) больных первым клиническим проявлением АВМ головного мозга был фокальный эпилептический припадок с вторичной генерализацией. В 5(10%) случаях мы наблюдали псевдотуморозное течение болезни в виде прогрессирующих пирамидной недостаточности, нарушений полей зрения и когнитивных функций.

Таким образом, АВМ в большинстве случаев располагались в левом полушарии и чаще отмечались у лиц мужского пола. Радикальным методом лечения АВМ головного мозга с вышеописанными клиническими синдромами является оперативное выключение АВМ, предпочтительно с использованием эндоваскулярной техники. При развитии внутричерепного кровоизлияния должны быть использованы методы лечения геморрагического инсульта по общепринятым стандартам, при судорожном синдроме – подбор противосудорожных препаратов и симптоматическая терапия.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ И СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ

Бахронов У.Ш., Эгамова Н.Т., Кузиева Р.М., Нурматов Д.С.
Навоийский филиал РНЦЭМП

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) остается доминирующей патологией среди заболеваний сердечно-сосудистой системы. Наиболее радикальным способом лечения больных с ИБС, как известно, является хирургическая реваскуляризация миокарда. В настоящее время примерно 26% больных с ИБС проводится хирургическая коррекция коронарного кровотока.

Цель. Оценка отдаленных результатов оперативных вмешательств у больных с острым инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией и наблюдение за больными, которым ранее были проведены оперативные вмешательства на коронарных сосудах.

В Навоийском филиале РНЦЭМП под наблюдением находились 59 больных мужчин среднего и пожилого возраста, которые в сроки от 6 месяцев до 8 лет были оперированы в центральных клиниках. У 11 было выполнено аортокоронарное шунтирование, у остальных – стентирование коронарных сосудов. Почти все пациенты после операции отмечали значительное улучшение общего состояния и исчезновение ангинозных приступов. Лишь у 2 больных возникшая после перенесенного АКШ вновь стенокардия через 3 года после операции потребовала дополнительного стентирования. То есть проведенные ранее операции следует оценивать как эффективные. В настоящий момент состояние больных стабильное. Тем не менее, все эти пациенты были взяты на диспансерный учет и каждый квартал проходили наблюдение у кардиолога, регулярно получали амбулаторное и стационарное лечение.

При обследовании у пациентов были выявлены следующие сопутствующие заболевания: гипертo-

ническая болезнь – у 44, сахарный диабет – у 12, ожирение – у 11. В данный момент 45 из 59 больных жалоб не предъявляют, гемодинамические нарушения не наблюдались. На головные боли жалуется 6, снижение толерантности при физической нагрузке отмечалось у 5, боли в области сердца – у 5, чувство перебоев в работе сердца – у 4, незначительная одышка – у 14.

Было установлено, что из числа больных с сопутствующими заболеваниями и с имеющимися жалобами 5 игнорировали или нерегулярно принимали назначенную консервативную терапию.

Таким образом, больные, оперированные по поводу стеноза коронарных сосудов (АКШ или стентирование), должны наблюдаться у кардиолога и получать консервативную корригирующую терапию.

РОТАЦИОННАЯ АНГИОГРАФИЯ С ТРЕХМЕРНОЙ РЕКОНСТРУКЦИЕЙ СОСУДОВ В ДИАГНОСТИКЕ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Икрамов А.И., Джалалов Ф.З., Маджитов Х.Х., Сейдалиев А.И., Махкамов М.К., Юзбашева И.Д.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Введение. Встречаемость артериовенозных мальформаций (АВМ) головного мозга в популяции составляет 0,15%. При разрыве АВМ головного мозга смертность достигает 17%, а значительные неврологические нарушения наблюдаются у 38% пациентов.

Цель исследования. Оценка диагностической эффективности ротационной ангиографии с трехмерной реконструкцией сосудов в диагностике АВМ головного мозга.

Материалы и методы. Было обследовано 65 пациентов с АВМ головного мозга (возраст от 17 до 54 лет, мужчин – 31, женщин – 34).

У 25 больных отмечалось интракраниальное кровоизлияние, тяжесть состояния по Hunt-Hess – II – IV степень. В 34 случаях имело место эпилептическое течение заболевания и 6 пациентов обратились в Центр со смешанным типом клинической картины.

При оценке ангиографических изображений основное внимание уделялось анализу следующих параметров:

1. Локализация АВМ.
2. Наибольший диаметр узла АВМ.
3. Афферентные сосуды АВМ.
4. Венозное дренирование АВМ.

Результаты и обсуждение. Были проанализированы ангиографические изображения 65 АВМ головного мозга.

По локализации АВМ делились по супратенториальной локализации: кортикально-субкортикальные в 25 (38,5%) случаях, паравентрикулярные в 13 (20%) наблюдениях, интравентрикулярные – 5 (7,7%), медиальные – 9 (13,8%) и субтенториальной локализации: червя и полушарий мозжечка – 4 (6,2%), мозгового ствола и IV желудочка – 3 (4,6%), мостмозжечкового треугольника – 6 (9,2%).

При сравнительном анализе данных обычной субтракционной ангиографии и ротационной ангиографии с трехмерной реконструкцией сосудов существенных различий при определении местоположения АВМ не отмечалось.

По размеру узла АВМ были разделены на 3 группы: менее 3 см, которые имелись в 17 (26.2%) случаях, от 3 до 6 см в 37 (56,9%) наблюдениях, более 6 см – 11 (16,9%).

АВМ с единичными афферентными ветвями магистральных артерий составили 21,5% – 14 случаев, с множественными питающими ветвями магистральных артерий в пределах одного бассейна 63,1% – 41 АВМ, с множественными питающими ветвями магистральных артерий в пределах более одного бассейна 15,4% – 10 АВМ.

По характеру дренирующей системы АВМ были разделены на 4 группы: с единичными дренирующими венами, впадающими в поверхностную систему – 11 (16,9%), с множественными венами, впадающими в поверхностную систему – 14 (21,5%), с глубоким дренированием в базальные вены, вену Галена и прямой синус – 23 (35,4%) и с глубоким дренированием и обширным распространением – 17 (26,2%).

При определении основных морфометрических параметров информативность трехмерных моделей была выше – неудовлетворительные показатели ангиограмм ДСА при определении размеров узла АВМ отмечались в 10 случаях (15,4%), при определении венозного дренирования в 12 наблюдениях (18,5%) против данных трехмерной ротационной ангиографии с градацией «отлично» и «хорошо» во всех случаях.

При изучении артериального питания АВМ с множественными афферентами в 11 случаях (21,6%) только объемная модель сосудистого русла позволила адекватно интерпретировать мальформационный комплекс.

Выводы и заключение. Комплекс исследования сосудов головного мозга, состоящий из стандартной субтракционной ангиографии и ротационной ангиографии с трехмерной реконструкцией, позволяет:

– выявить АВМ головного мозга,

– предоперационно оценить трехмерную анатомию АВМ,

– адекватно изучить составные компоненты АВМ,

– наиболее точно провести морфометрические расчеты,

– определить риск возможных интраоперационных осложнений,

– выбрать оптимальный метод лечения в каждом случае.

Наличие опции ротационной ангиографии с трехмерной реконструкцией сосудов является весьма важным звеном в успешной работе нейроинтервенционной бригады.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КЛЕЕВЫХ КОМПОЗИЦИЙ В ЭНДОВАСКУЛЯРНОМ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Джалалов Ф.З., Алимов Д.А., Сейдалиев А.И., Исройлов Д.У., Юзбашева И.Д.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Актуальность. Частота выявления аномалий развития мозговых сосудов интракраниальной локализации колеблется от 6 до 10%. Значительную их часть составляют артериовенозные мальформации (АВМ).

Целью данного исследования явилось изучение клинических проявлений и использование эндоваскулярных методов лечения церебральных АВМ.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в отделениях неврологии и нейрохирургии РНЦЭМП находилось 65 больных с интракраниальными АВМ. Возраст больных составлял от 17 до 54 лет. Диагноз устанавливался на основании клинико-неврологических, лабораторных и аппаратных (КТ, МСКТ и контрастных ангиографических) исследований.

Результаты. Клиническая картина церебральных АВМ проявлялась двумя группами неотложных неврологических состояний.

У 25-ти пациентов имел место геморрагический инсульт (в 10 случаях – субарахноидальное кровоизлияние, в 12 – полушарной и ещё в 3-х – стволово-мозжечковой локализации), верифицированный по данным компьютерной томографии и люмбальной пункции.

У остальных 40 больных наблюдалась клиника судорожного синдрома (в 10-ти случаях – фокальные, в 21-м первично генерализованные и ещё в 9-ти – вторично генерализованные припадки).

Интервенционные вмешательства осуществлялись в асептических условиях рентгеноперационной под местной и общей анестезией. Применялись неионные рентгенконтрастные препараты Омнипак Nycomed и Юнигексол Unix.

Всем больным проводилась тотальная селективная церебральная ангиография в стандартных проекциях. Обработка данных на рабочей станции Workstation 3DRA Philips с 3D-реконструкцией сосудов позволила выявить сосудистую аномалию головного мозга, предоперационно оценить трехмерную анатомию патологического комплекса, размеры и источники его составных компонентов, определить риск возможных интраоперационных осложнений, а также выбрать оптимальный эндоваскулярный метод лечения в каждом случае.

Эндоваскулярное лечение выявленных АВМ проведено 46 пациентам. Применяли интервенционный инструментарий различных фирм-производителей: микрокатетеры Magic 1.2-1.5 Fr Balt, микропроводники SOR 007-009 Balt, клеевой композит гистоакрил-липоидол (B/Braun), проводниковые катетеры Terumo, интродьюссеры и диагностические катетеры Balton. Отметим, что, несмотря на все большее распространение неадгезивных эмболизирующих систем, таких как ONYX, применение акрилатных клеевых композиций не теряет своей актуальности и широкого применения в интервенционной радиологии.

Тотальная эмболизация узла мальформации достигнута у 12-ти больных, что потребовало проведение 2-4 этапов в каждом случае. Субтотальная эмболизация (более 80% обьема узла АВМ) выполнена у 9 больных. Частичная эмболизация более 60% в 11 случаях, частичная эмболизация более 40% – у 9 и частичная эмболизация более 20% у 5 пациентов. Все больные с частичной эмболизацией подверглись комбинированному лечению, т.е. после проведения эндоваскулярного этапа, что позволило уменьшить объем узла АВМ, пациенты были направлены на открытое хирургическое лечение и лучевую терапию.

В послеоперационном периоде ишемические осложнения отмечались у одного пациента с АВМ вертебробазилярного бассейна, путем развития глубокого гемипареза, мотосенсорной афазии. Данные нарушения были значительно регрессированы в течение 6 месяцев.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что эндоваскулярное выключение является эффективным и относительно безопасным методом лечения больных с артериовенозными мальформациями головного мозга. Отбор пациентов для внутрисосудистых вмешательств должен проводиться с учетом клинического состояния пациента, анатомических особенностей АВМ. Выполнение каждой эндоваскулярной операции требует индивидуально подобранного набора инструментов и использования специфических технических приемов.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЕ, РАЗВИВШЕЙСЯ НА ФОНЕ ЦИРРОЗА

Джураев М.Д., Нематов О.Н., Максимкулов Д.М., Бобожонов Э.Т., Туйев Х.Н.
Республиканский онкологический научный центр

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения гепатоцеллюлярной карциномы, развившейся на фоне цирроза печени, путем применения предоперационной химиоэмболизации печеночной артерии (ХЭПА).

Материал и методы. В исследование включены 47 больных раком печени в возрасте от 24 до 62 лет, из них 29 мужчин и 18 женщин, получавших лечение в абдоминальном отделении РОНЦ МЗ РУз в 2007-2013 гг. У всех больных рак развивался на фоне предшествующей патологии – цирроза печени. Согласно данным предварительного обследования, у всех больных рак признан нерезектабельным в связи с нарушением функционального состояния печени. Критериями отбора больных служили: поражение только одной доли, гипер- или умеренно васкуляр-

ный тип опухоли, опухоль размером более 10 см, нарушения функции печени класса А и В по Child – Pugh, отсутствие тромбоза воротной вены и печеночных вен, возраст до 70 лет, отсутствие экстрапеченочного распространения опухоли. По классификации TNM у 27 зарегистрирован T3N0M0, у 20 – T3N1M0. У 14 (82,4%) больных сопутствующий цирроз печени относился к классу А по Child – Pugh, у 3 (17,6%) – к классу В. Гепатоцеллюлярная карцинома верифицирована у 45 (95,7%) больных, холангиоцеллюлярный рак – у 2 (4,2%). Всем больным первым этапом произведена селективная масляная химиоэмболизация печеночной артерии: справа у 31 больного, слева у 16. Целью химиоэмболизации было уменьшение размера опухоли, усиление физиологической регенерации и улучшение функционального состояния противоположной доли печени из-за переброски артериального кровотока. В качестве эмульгированной смеси химиопрепарата использовали доксорубицин 60-80 мг и липиодол 5-15 мл, в качестве эмболизата – металлические спирали Гиантурко. Для оценки эффективности лечения спустя 2-3 недели после первой ХЭПА проводили контрольное обследование, с применением комплексных методов.

Результаты. Осложнений, связанных с методикой химиоэмболизации, не наблюдалось. Постэмболизационный синдром I-III степени наблюдался у всех больных.

Полного клинического эффекта не достигнуто, частичный эффект с уменьшением размеров опухоли отмечался у 42 (89,4%) больных, стабилизация опухолевого процесса – у 5 (10,6%). При контрольных УЗИ и КТ обнаружено физиологическое увеличение непораженной доли печени от 10 до 35 мм, в среднем 23 мм. Улучшение биохимических показателей зарегистрировано у 41 (87,2) больного. Уровень билирубина до ХЭПА в среднем был равен 48,9 мкмоль/л, альбумина – 31,3 г/л, АФП – 87,5 нг/мл, после ХЭПА – соответственно 21,12 мкмоль/л, 42,7 г/ и 19,87 нг/мл. Оперативное вмешательство произведено 40 больным спустя 2-3 недели после химиоэмболизации в объеме правосторонней (5) и левосторонней (7) гемигепатэктомии у 12 (30,0%), в объеме бисегментэктомии у 28 (70,0%). В послеоперационном периоде у 11 (27,5%) больных развились различные осложнения. У 4 на 3-4 сутки наблюдалась печеночная недостаточность, у 3 экссудативный правосторонний плеврит, у 3 кровои желчеистечение, у 1 поддиафрагмальный абсцесс. Все осложнения были ликвидированы консервативным путем. Умерли 2 больных после правосторонней гемигепатэктамии

Выводы. Применение до операции химиоэмболизации у больных с гепатоцеллюлярной карциномой, развившейся на фоне цирроза, приводит к уменьшению объема и массы опухоли, нормализации биохимических показателей, усилению физиологической регенерации и улучшению функциональных показателей непораженной опухолью доли печени, что позволяет выполнить радикальную операцию.

ОПЕРАЦИЯ ТИПС В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Затевахин И.И., Шиповский В.Н., Цициашвили М.Ш., Монахов Д.В., Турсунов С.Б.

Кафедра хирургических болезней и урологии педиатрического факультета ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им Н.И. Пирогова» Минздрава России

Цель работы. Разработка и внедрение эндоваскулярных методик для лечения кровотечений из варикозных узлов пищевода и резистентного асцита при портальной гипертензии

Материалы и методы. Мы располагаем опытом выполнения следующих эндоваскулярных операций при осложнениях портальной гипертензии: редукция селезёночного кровотока (n-5), эмболизация кардиальных вен желудка (n-7), трансъюгулярное порто-кавальное шунтирование (ТИПС), (n-163), повторные вмешательства после ТИПС (34) и операция BRTO (n-2). Средний возраст больных в основной группе больных (ТИПС) – 52,2±8,5. Основная этиология цирроза печени – алиментарная (68,7%). Доминирующее количество больных (99,1%) – в группе В и С печёночно-клеточной недостаточности по Cild-Paque. Показаниями к эмболизации селезёночной артерии явилась панцетемия, к эмболизации кардиальных вен желудка – сохранение порто-кавального градиента давления, к операции ТИПС – кровотечение (39,0%), рефрактерный асцит (20,5%), сочетание кровотечения и асцита (40,5%), к операции BRTO – кровотечение из варикозных узлов желудка. В группе ТИПС больные были разделены на две группы: с голометаллическими стентами Maris, Sinus-Visual, SMART (n-117) и стент-графтами Viatorr (n-46). В случаях тромбоза стента использовались следующие методики: баллонная дилятация в сольном варианте или в комбинации со стентированием по методике «stent- in-stent», удаление тромбов с помощью корзины Dormia или с использованием реолитической тромбэктомии AngioJet, а также параллельное стентирование.

Результаты. В сроки до 18 мес первичная проходимость имплантированных стентов в 1-ой группе составила 69,3%, а первично-ассистированная – 85,6%, во 2-ой группе первичная проходимость – 100%. В сроки до 18 мес. в группе с голометаллическими стентами рецидив кровотечения отмечен в 19,6% (n-32), в группе со стент-графтами – в 11,6% (n-19). Рецидив кровотечения в 1-ой группе выявлен в 17,2% (n-28), а в группе со стент-графтами в 30,7% (n-50). У всех больных кровотечение было остановлено консервативными мероприятиями и, прежде всего, с использованием методики эндоскопического лигирования вариксов пищевода. Увеличение степени печёночной энцефалопатии или возникновение её в 1-ой группе отмечен в 11,0% (n-18), в группе со стент-графтами – в 6,1% (n-10). Тромбоз стента в 1-ой группе выявлен в 39,2% (n-64), в группе со стент-графтами в указанные

сроки тромбоза не отмечено. Регрессия асцита в 1-ой группе отмечена в 93,8% (n-153), во 2-ой – 79,8% (n-130). Выживаемость в 1-ой группе – в указанные сроки – 87,7% (143), во 2-ой – 76,0% (n-124). Летальность в 1-ой группе составила 30,6% (n-50), во 2-ой – 11,7% (n-19). Причиной смерти во всех данных наблюдениях явилось прогрессирование печёночно-клеточной недостаточности.

Таким образом, использование малотравматичных эндоваскулярных технологий в лечении больных с осложнениями портальной гипертензией убедительно доказала их безопасность и эффективность.

РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ВТОРИЧНОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМАХ

Кузибаев Ж.М., Махкамов К.Э., Юнусов Р.С., Дадаев Х.Х., Исрайилов Д.У., Махкамов М.К.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В настоящее время методом выбора диагностики в нейротравматологии стала мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ). В современной литературе хорошо освещена КТ-диагностика оболочечных и внутримозговых гематом, очагов ушиба I–IV типов, субарахноидальных и внутрижелудочковых кровоизлияний, ликворных гидром, степени и вида гипертензионно-дислокационного синдрома. Однако еще недостаточно сведений, касающихся возможностей МСКТ в распознавании вторичных ишемических поражений головного мозга, развивающихся при черепно-мозговой травме, оценки их роли в течении и исходах травмы.

Целью нашего исследования было определение возможности КТ-верификации вторичной ишемии головного мозга в остром периоде травматических внутричерепных кровоизлияний (ТВЧК).

Материал и методы. Нами изучены результаты комплексного обследования 310 больных с острым ТВЧК. Кроме рутинных методов диагностики, принятых в нейротравматологии (краниография, эхо-энцефалоскопия), всем больным выполнялась КТ: как однократная, так и повторная с целью мониторинга выявленных изменений, оценки эффективности и адекватности нейрохирургических вмешательств. Подавляющее большинство больных составили мужчины – 268 (86,4%). Пострадавшие были в возрасте от 19 до 89 лет, средний возраст – 42,0±13,4. Больным в общем количестве 786 раз произведена КТ головного мозга. При этом у 176 (56,7%) больных 2 раза, у 86 (27,7%) больных 3 раза, у 26 (8,3%) больных 4 раза, у 7 (2,2%) больных 5 раз, у 3 (0,9%) больных 6 раз, у 4 (1,2%) больных 7 раз произведена КТ головного мозга в динамике. Больным в среднем 2,5 раза произведена динамические КТ-исследования головного мозга. Вторичные ишемические повреждения головного мозга диагностированы у 106 пациентаов (34,1%) по клиническим проявлениям и по данным компьютерной томографии.

Результаты и их обсуждение. Чаще всего ишемические поражения головного мозга совпадали с зоной первичного травматического ушиба, неравномерно примыкая к его периферии и резко увеличивая общий объем повреждения (74,5%). В остальных случаях (25,5%) ишемия развилась вне очага ушиба, в том числе и в другом полушарии мозга, не соответствовала локализации известных ушибов по противоудару и отличалась от них формой и структурой, что, на наш взгляд, указывало на сосудистую, а не травматическую природу выявленных изменений. Описанная КТ-семиотика, а также тяжелое течение, высокая летальность сближали вторичные ишемические повреждения головного мозга, развившиеся при ЧМТ, с первичными ишемическими инфарктами мозга. Ишемические нарушения у наших пациентов выявлялись как при первичном исследовании, выполненном в первые сутки после травмы (72,2%), так и при последующем КТ-мониторинге. Подобные вторичные ишемии могли быть следствием длительного или нарастающего вазоспазма.

Выводы. Таким образом, вторичная очаговая ишемия головного мозга является осложнением тяжелой черепно-мозговой травмы в остром периоде и визуализируется при помощи динамической компьютерной томографии. Очаги вторичной ишемии формируются вне зоны травматического ушиба головного мозга (у 25,5% пострадавших) или примыкают к его периферии, преобладая по величине (у 74,5% пострадавших).

РОЛЬ РАЗМЕРОВ И ЛОКАЛИЗАЦИИ АРТЕРИАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ В ЭТИОЛОГИИ РАЗРЫВА

Махкамов К.Э.[1], Махкамов М.К.[1.2], Хернесниеми Ю[2]., Гулямов Б.Т.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан
Отделение нейрохирургии Центрального госпиталя Университета Хельсинки, Финляндия

Введение. Артериальные аневризмы (АА) являются довольно распространенным, встречаемость которых составляет от 0,2% до 9% от общего числа населения и из них 2-5% составляют неразорвавшиеся АА. Профилактика кровоизлияния является наиболее эффективной стратегией, направленной на снижение смертности и инвалидизации. Данные ретроспективного международного исследования неразорвавшихся АА **(**International Study of Unruptured Intracranial Aneurysms – ISUIA) показали гораздо более низкий риск разрыва 0,05% в год при размерах аневризм менее 10 мм в диаметре, однако в других исследованиях было отмечено, что аневризмы от 4 до 10 мм являются критическим размером, т.е. риском ее разрыва. Результаты других проспективных исследований показали, что риск разрыва аневризм с диаметром 7-12 мм передней циркуляции виллизиева круга составляет 0,52% и 2,9% при аневризмах того

же размера, расположенных в заднем мозговом бассейне. Кроме наружных размеров АА, имеются другие факторы, связанные с разрывом, такие как форма, объем и поток кровотока в полости аневризмы.

Цель исследования. Изучение встречаемости частоты разрыва в зависимости от размеров и локализации АА.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 282 больных с 431 аневризмой сосудов головного мозга. Из них 170 – женского пола и 112 – мужского пола, средний возраст больных составил 55,4±12,1 года. Всем больным проводился неврологический осмотр по общепринятым стандартам. Распространенность субарахноидального кровоизлияния (САК) оценивался с помощью изучения компьютерно-томографического (КТ) исследования, а также проводилась компьютерно-томографическая ангиография (КТА) с целью оценки локализации и размеров аневризмы. Измерение размеров производилось в трех взаимно перпендикулярных плоскостях с использованием миллиметровой линейки. У больных с множественными АА локализация разорвавшейся аневризмы была предположена распределением крови в субарахноидальном пространстве, то есть расположением наибольшего объема крови в той или иной цистерне или локализацией внутримозговой гематомы. Больные были разделены на 2 группы в зависимости от клинического проявления заболевания: 1-ая группа с САК и 2-ая без САК. В зависимости от размеров аневризмы были разделены на три категории по «Yasser Orz»: 1 – аневризмы малого размера, это меньше чем 7 мм в диаметре, 2 – среднего размера в диметре 7-12 мм и 3 – большие аневризмы, больше 13 мм в диаметре. По локализации аневризмы были классифицированы следующим образом: внутренней сонной артерии (ВСА), передней соединительной артерии (ПСА), средней мозговой артерии (СМА), перикаллиозных артерий и вертебробазилярной системы (ВБС). Корреляция между размером и локализацией аневризмы оценивалась односторонним анализом вариантов.

Результаты и обсуждения. Наши результаты показали, что у 146 (51,7%) больных имело место САК вследствие разрыва АА, из них 86 (58,9%) больных были лица женского пола и 60 (41,1%) мужского, средний возраст составил 55,5±12,2 года. По локализации аневризмы в 32,9% случаев располагались в СМА, в 29,4% случаев – в ПСА, в 21,2% – в ВСА, в 2,7% – в перикаллиозной артерии и в остальных 13,6% случаев аневризмы располагались в ВБС. Средний размер разорвавшихся АА, располагающихся в СМА, составил 8,5 мм, в ПСА – 8,3 мм, в ВСА – 8,4 мм, в перикаллиозной артерии – 8,2 мм и ВБС – 8,3 мм, также отмечено, что в 64,3% случаев разорвавшиеся аневризмы были меньше 10 мм в диаметре, 33,9% меньше 7 мм и 12,3% меньше 5 мм.Также установлено, что в 32,9% случаев наблюдался разрыв аневризм, расположенных в СМА, по сравнению с аневризмами других локализаций. Однако аневризмы ПСА размерами менее 7 мм и 10 мм чаще разрывались по сравнению с аневризмами СМА, и данные полученных результатов противоречат результатам ISUIA, в которой было отмечено, что аневризмы малых размеров являются «безопасными» и, как правило, разрываются редко. В нашем исследовании у 92 больных (32,6%) имели место множественные аневризмы. Из них в 59,8% случаев больные были с клиникой САК и в 29,1% размер разорвавшихся АА составил менее 7 мм в диаметре. Из них в 37,5% случаев аневризмы располагались в ПСА. В 58,2% случаев диаметр разорвавшихся аневризм составил менее 10 мм и в 28,1% случаев аневризмы располагались в ПСА по сравнению с аневризмами других локализаций.

Выводы. Таким образом, наши результаты показали, что АА малых размеров являются менее безопасными и частота разрывов встречается чаще, а также аневризмы, расположенные в ПСА, следует рассматривать в качестве потенциально «опасных» локализации и даже неразорвавшимся аневризмам любого размера, так как они больше подвергаются гемодинамическому стрессу.

THE EFFECTIVENESS OF THE THREE-DIMENSIONAL RECONSTRUCTION OF COMPUTED TOMOGRAPHY ANGIOGRAPHY IN MICROSURGERY OF INTRACRANIAL ANEURYSMS

Makhkamov M. [1,2]***, J. Hernesniemi.*** [2]
Republican Research Center of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan.
Department of Neurosurgery of Central Hospital University of Helsinki, Finland

Objectives. Evaluation of the shape, size and relationship to surrounding structures of cerebral aneurysms is an important task in the preoperative planning of surgical clipping of the aneurysm. In this case, information value is three-dimensional reconstruction images obtained by CT angiography (CTA) of cerebral vessels. The aim of the study was to investigate the information content of three-dimensional reconstruction (3D) of CTA of cerebral vessels in determining the surgical approach to the aneurysm neck with minimum damage to surrounding structures of the brain.

Material and methods. We analyzed the data of 282 patients with aneurysms of the circle of Willis, whom was performed CTA and received treatment in the Department of Neurosurgery of Central Hospital University of Helsinki and in the Republican Research Center of Emergency Medicine.

Results. In 68 (26.9%) patients localized aneurysm in the middle cerebral artery, 13 (5.1%) – in the anterior cerebral artery, 85 (33.7%) – in front of communicating artery, 10 (3.9%) – a portion of the intracranial internal carotid artery 36 (14.2%) – in the posterior communicating artery, 32 (12.6%) – at the fork of the basilar artery, 18 (7.1%) – cerebellar arteries. According to the size of the aneurysm is often met in a medium-sized 85.7% of

cases, 14.3% of cases, there were large giant aneurysm. According to many authors, in our observation proportion of saccular aneurysms was high, amounting to 88.9% of all cases. Using these images 3D reconstruction of CTA of cerebral vessels had the opportunity to intraoperative orientation in a narrow surgical corridor, which reduces trauma to surrounding brain structures, and at the same time give an opportunity to highlight the neck of the aneurysm without dissection vain arachnoid of the brain, followed by a complete shutdown of the aneurysm from the circulation by clipping.

Conclusion. 3D reconstruction of CTA allows the surgeon to submit a 3D picture of the aneurysm and relationship of surrounding structures of the brain, which is effective in minimizing trauma of surrounding brain tissue and structures.

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНЕВРИЗМ У БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ

Микеладзе К.Г., Бочаров А.В., Дорохов П.С., Арустамян С.Р., Яковлев С.Б.
ФГБУ НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко Москва, РФ

Актуальность. Внутричерепное кровоизлияние, обусловленное разрывом аневризмы сосудов головного мозга, связано с высокими показателями летальности (32-67%) и является причиной глубокой инвалидизации в 10-20% случаев. Частота повторных кровоизлияний в первые две недели более 50%. В связи с этим выключение аневризмы в остром периоде является актуальной задачей сосудистой нейрохирургии.

Цель. Оценить эффективность эндоваскулярного лечения больных в остром периоде САК.

Материалы и методы. За период с 1997 по 2015 г. в НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко эндоваскулярным методом было прооперировано 123 больных ввозрасте от 2 до 79 лет с 133 аневризмами в остром периоде субарахноидального кровоизлияния. Тяжесть по Хант-Хесс: I–V степени. Учитывая высокий риск интраоперационных осложнений в остром периоде кровоизлияния и высокую вероятность усугубления церебрального спазма в каждом индивидуальном случае сроки оперативного вмешательства решались в зависимости от состояния больного и данных ТКДГ.

С 2012 г. у больных с выраженным ангиоспазмом с целью профилактики вторичной церебральной ишемии стали использовать протокол интраартериального введения верапамила (ИВВ). Пролечено 10 больных, которым выполнено 15 процедур после выключения аневризмы. Возраст больных составил от 12 до 62 лет. Тяжесть по Хант-Хесс – II–V степени. Эффективность введения оценивали по данным транскраниальной УЗДГ и клинически по модифицированной шкале Рэнкина.

Результаты. Тотальная окклюзия аневризм микроспиралями достигнута у 86 больных, субтотальная – у 33, частичная – у 6. Деконструктивные операции проведены у 3 больных, неудачная попытка у 5 больных. Осложнения развились у 21 пациента, среди них тромбоэмболические составили 3,25%, интраоперационный разрыв – 5,7%, нарастание вазоспазма – в 8,2% случаев. Умерло 4 больных (3,25%). В группе больных, леченных верапамилом, не отмечалось ухудшения церебрального спазма и не было летальных исходов.

Выводы. Эндоваскулярное вмешательство при аневризмах в остром пероде САК представляет разумную альтернативу открытому хирургическому вмешательству, так как позволяет одновременно окклюзировать аневризму и провести профилактику вторичной ишемии с помощью интраартериального введения блокаторов кальциевых каналов. Использование эндоваскулярных методик оправданно в тех случаях, когда открытое хирургическое вмешательство имеет высокий риск, особенно у пожилых пациентов, пациентов с отягощенным соматическим статусом, а также в случаях анатомически неблагоприятного для прямой хирургии местонахождения аневризмы.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ЛЕГОЧНОЙ ФОРМОЙ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ

Мирджалилов Ф.Х., Хакимов Р.Н., Утешев М.Ш., Садиллаев Г.Ж.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Одним из тяжелых осложнений раннего периода травматической болезни является синдром жировой эмболии (СЖЭ). По разным данным, травматическая жировая эмболия как главная причина смерти наблюдается в 1-15% случаев. В то же время нельзя не учитывать и тот факт, что обтурация капиллярного русла жировыми глобулами по материалам аутопсий встречается в 100% случаев, то есть фактическая частота патофизиологического феномена жировой эмболии значительно (в 2-4 раза) выше, чем синдрома ЖЭ. Летальность среди пострадавших с диагностированным СЖЭ, несмотря на применение современных методов лечения, остается крайне высокой, достигая 53,37%.

В большом несоответствии с приведенными данными находится диагностика этого осложнения, посттравматическая жировая эмболия правильно диагностируется и лечится лишь в 1-2,2% случаев, причинами такого несоответствия являются отсутствие специфичности клинической картины СЖЭ, трудности прижизненной диагностики, отсутствие единой теории патогенеза данного процесса, а также недостаточная ясность представлений о патогенезе других синдромов раннего периода травматической болезни.

Мы наблюдали 172 больных, у которых в остром периоде травматической болезни развилось осложнение в виде различных форм синдрома жировой эмболии. Лиц мужского пола было 115 (67%), женского –

57 (33%), возраст пострадавших – от 18 до 78 лет. У всех больных имели место множественные повреждения ОДА в сочетании с черепно-мозговой травмой.

В ДДП травму получили 96 (56%) пешеходов и 41 (24%) пассажир, кататравма отмечалась у 23 (13%), бытовая травма – у 12 (7%).

Чаще других отмечались повреждения крупных сегментов конечностей. Оскольчатые переломы бедра выявлены у 84 больных, причем у 14 имело место двустороннее повреждение. Оскольчатые переломы костей голени диагностированы у 54 больных, в том числе у 12 двусторонние повреждения. Переломы костей таза получили 48 пострадавших. У 7 пациентов были множественные переломы ребер. У всех больных при поступлении наблюдались явления шока II–III ст.

Клиническая картина синдрома жировой эмболии развивалась после «светлого промежутка» от 12 до 72 ч. По клинике у 22 (12,8%) больных наблюдали молниеносную, у 41 (23,8%) подострую, у 109 (63,4%) субклиническую форму течения жировой эмболии.

У всех пострадавших в клинике для подтверждения и уточнения диагноза на этапах лечения использовали динамическое рентгенологическое исследование и КТ грудной клетки.

При анализе этапных рентгеновских снимков у 133 (77,3%) больных выявлена картина диффузной инфильтрации легких, совпадающая с картиной «снежной бури» при РДСВ.

При жировой эмболии малого круга кровообращения развивается картина пневмонии. На рентгенограмме легких уже в 1 сутки определяется усиление легочного рисунка за счет сосудистого компонента, к которому затем присоединяются мелкоочаговые тени различной интенсивности в прикорневых зонах по ходу сосудов. На 3 сутки у пациентов отмечалось усиление легочного рисунка, на 4-8 сутки присоединялись мелкоочаговые тени различной интенсивности в прикорневых зонах по ходу сосудов. При этом в клинике проводилась масочная оксигенотерапия, после улучшения состояния больные переводились на самостоятельное дыхание. После интенсивной терапии на 12-18 сутки наблюдалась нормализация легочного рисунка.

Также нами проведен анализ результатов КТ-исследования грудной клетки у 90 больных. КТ-признаки ОРДС проявлялись в зависимости от стадии ОРДС; на I ст. (1 сут) отмечается затемнение единичных участков легочной ткани по типу «матового стекла»; на II ст. (2-3 сут) – диффузное затемнение легочной ткани по типу «матового стекла»; на III ст. (4-5 сут) – очаговая альвеолярная консолидация, «воздушная бронхография»; на IV ст. (6-7 сут) – диффузная альвеолярная консолидация, «воздушная бронхография».

При присоединении мелкоочаговых теней в прикорневых зонах больных переводили на ИВЛ, на 3-5 сутки для пролонгированной оксигенотерапии выполнялось наложение трахеостомы.

По нашему мнению, у пациентов с тяжелыми формами синдрома жировой эмболии необходимо производить раннюю стабилизацию всех повреждений ОДА, отдавая предпочтение малоинвазивным методам остеосинтеза. Из 154 оперированных в ранние сроки больных с синдромом жировой эмболии положительный результат получен у 146, выход больных из критического состояния происходил в сроки от 7 до 19 суток. Умерли 6 больных, несмотря на проведение адекватной интенсивной терапии, в результате прогрессирования явлений полиорганной недостаточности.

Таким образом, рентгенологическое исследование и КТ в динамике на этапах лечения помогают достоверно оценить состояние больных с жировой эмболией и дифференцировано подойти к выбору метода лечения, а выполнение раннего остеосинтеза при оскольчатых переломах конечностей, осложненных жировой эмболией, является мощным противошоковым фактором, улучшает общее состояние больного, позволяет активизировать пострадавшего в раннем послеоперационном периоде.

12 БАРМОҚ ИЧАК ЯРАСИНИ ҚОН КЕТИШИДА ЭНДОСКОПИК ДИАТЕРМОКОАГУЛЯЦИЯ УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Мирзакаримов А.А., Маҳмудов Н.И., Ваҳобов А.А.
РШТЁИМ Фарғона филиали

РШТЁИМ Фарғона филиали эндоскопия бўлимига 2013-2015 йиллар давомида 12 бармоқ ичак ярасидан қон кетиши асорати билан 598 нафар беморлар мурожаат қилганлар. Мурожаат килган касалларнинг 458(76,6%)таси эркак киши 140 (23,4%) нафари аёлларни ташкил этган бўлиб барчаси 1- ва 2-суткаларида мурожаат этганлар.

Ошқозон ва 12 бармоқ ичакдан қон кетиш билан мурожаат қилган беморларни дастлабки фиброгастродуоденоскоп аппарати билан текширувида 12 бармоқ ичак қайси соҳаси ва деворларидан қон кетаётганлиги ва қон кетиш даражасини аниқланиб, сўнгра қон кетишни тўхтатиш усулларини танлаш ва қўллаш лозим.

Қон кетиш билан мурожаат этган беморларни 269 нафарида (45%) Форрест классификацияси бўйича 2 А ва 2 Б ҳолатлар аниқланган. Ушбу беморларда қонаётган 12 бармоқ ичакдан қонни тўхтатишда диатермокоагуляция ўтказиш қулай ва юқори самарали усул ҳисобланади. Беморларни ярадан қон кетишга қарши дориларни сарфи камайишига ва беморларни шифохонада ётиш кунларини камайтиришга эришилади.

Беморларнинг 269 тасидан 204(76%) нафарида ўтказилган диатермокоагуляция натижасида 148 (72,6%) нафарида қон кетиш узил-кесил батамом тўхтаган. 56 (27,4%) нафар беморда қайта қон кетиш кузатилган. Уларни 33 нафари қайта диатермакоагуляцияланган ва инъекция орқали 35% этил спирти эритмаси юборилиб қон кетиши тўлиқ тўхтатилган. Юқоридаги муолажаларга қарамасдан 23(11%) нафар беморда қон кетиш давом этгани учун операцияга олинган ва қонаётган ярани кесиб олиш операцияси ўтказилган.

Хулоса қилиб шуни айтиш керакки, эндоскопик диатермокоагуляция усули кам травматик усул ҳисобланиб, дори воситаларининг сарфини камайтиради, беморнинг шифохонада даволаниш муддатини кисқартиради.

МАЛОИНВАЗИВНАЯ АНГИОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ СОСУДИСТЫХ ПОРАЖЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Муминов М.Д., Мустафоев Н.К.
Бухарский филиал РНЦЭМП

Выбор оптимального метода оперативного вмешательства при аневризмах и артериовенозных мальформациях сосудов головного мозга остаётся не решенной проблемой. Главной задачей хирурга является выполнение полноценного выключения сосудистой патологии, обеспечение минимального риска развития неврологических осложнений, выбор безопасного способа операции, избегая при этом расширения объема вмешательства, сокращение сроков ограничения физической активности и повышение качества жизни у данной категории пациентов.

Как правило, основным методом диагностики сосудистой патологии головного мозга являются ангиографические исследования: эндоваскулярная радиоинтервенционная, компьютерная и магнитно-резонансная ангиографии. Однако каждый из методов имеет как противопоказания, так и свою доступность для их проведения. Это связано с клиническим периодом сосудистых поражений головного мозга. Так, в «холодном» асимптомном периоде проведение исследований возможно в полном объёме. В так называемом «горячем» геморрагическом периоде возможно проведение малоинвазивных методов нейровизуализации: МСКТ либо МРТ с сосудистым режимом.

Цель. Оценка информативности компьютерно-томографической ангиографии в диагностике сосудистой патологии головного мозга.

Материал и методы. Проанализированы результаты мультислайсной компьютерно-томографической (МСКТ) ангиографии у 22 пациентов с острой цереброваскулярной патологией геморрагического характера за период 2013-2015 гг. Давность катастрофы колебалась от 1 ч до 8 дней. Возраст больных – от 48 до 68 лет. В зависимости от локализации кровоизлияния по данным МСКТ супратенториальное кровоизлияние имело место у 14 (63,7%) пациентов, субтенториальное – у 5 (22,7%), смешанное – супра-, субтенториальное кровоизлияние – у 3 (13,6%).

Результаты. При проведении МСКТ ангиографии с трехмерной реконструкцией и анализе полученных результатов аневризма сосудов выявлена у 7 (31,8%) обследованных, артериовенозная мальформация (АВМ) – у 9 (40,9%). У 6 (27,3%) пациентов диагностирован разрыв цилиарных артерий на фоне гипертонической болезни со злокачественной артериальной гипертонией. Характерной особенностью аневризм сосудов головного мозга явилось расширение участка дистальных ветвей средней мозговой и передней соединительной артерий, ставших причиной развития внутримозговых инсульт-гематом. У пациентов с субарахноидальным кровоизлиянием были выявлены артериовенозные мальформации сосудов как средней, так и задней мозговой артерии.

По нашим данным, отличительной особенностью аневризм является глубинная локализация внутримозговых нетравматических и субарахноидальных кровоизлияний, гематом, тогда как латеральные инсульт-гематомы и субарахноидальные кровоизлияния развивались при разрыве АВМ сосудов головного мозга. Это диктовало выбор тактики, вида и объёма оперативного вмешательства.

Таким образом, проведённое нами исследование показало, что информативность МСКТ ангиографии у больных с острой церебральной катастрофой геморрагического характера позволяет выявить основной патогенетический механизм развития геморрагии как в паренхиму мозговой ткани, так и в его подоболочечные пространства.

Неотъемлемой частью МСКТ ангиографического исследования явилась реконструкция сосудистого русла головного мозга в режиме реального времени, что, в свою очередь, напрямую предопределяет тактику лечения пациентов с данной патологией.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Муродова Д.С., Ахмедиев М.М., Холиков Н.Х.
Республиканский научный центр нейрохирургии, Ташкентский институт усовершенствования врачей

Одна из основных тенденций развития современной нейрохирургии заключается в применении современной нейровизуализации и электрофизиологических технологий с целью минимизации операционной травмы. Применение новых технологий в хирургии объемных образований позволило существенно ограничить инвазивность хирургического лечения и, как следствие, статистически достоверно уменьшить среднее время операции, среднюю интраоперационную кровопотерю.

Цель. Сравнительная оценка результатов хирургического лечения опухолей головного мозга супратенториальной локализации традиционным методом и с использованием новых технологий.

Материал и методы. Под наблюдением были 48 пациентов с опухолями головного мозга, оперированных в одинаковых условиях, одной и той же операционной бригадой, из них 29 с использованием новых технологий. Обследование включало КТ, МСКТ (с контрастом), МРТ, ДТ-трактографию, предоперационную ЭНМГ моторных путей белого вещества мозга.

Результаты. Важным вопросом современной нейроонкологии является стремление улучшить качество жизни больных после оперативного вмешательства. Сохранение витальных церебральных функций при максимальном объеме резекции интракраниального объемного образования является главной задачей любого нейрохирургического вмешательства. Поэтому знание взаимоотношений между опухолевым поражением мозга и различными структурными и функциональными зонами мозга играет огромную роль

при формировании мнения хирурга о предстоящей операции, подходе к новообразованию, объему резекции и т.д. Особенно важно это при расположении опухоли в зонах, где предположительно (исходя из анатомии) могут находиться основные проводящие пути мозга – кортико-спинальный тракт, зрительная радиация, нижний и верхний продольные пучки и др. Однако в реальных условиях роста новообразования все привычные анатомические ориентиры и детали обычно или исчезают, или смещаются. Знание взаимоотношения проводящих путей и границ опухоли на сегодняшний день уже является неотъемлемой частью предоперационного планирования объема резекции во многих клиниках.

Сопоставляя имеющиеся данные ДТ-трактографии и ЭНМГ, мы осуществляли планирование оперативного вмешательства с использованием контроля интраоперационного мониторинга в виде механограммы.

Данными ДТ-трактографии было установлено, что более половины (57,5%) первичных оперативных вмешательств заканчивались субтотальным удалением опухоли, тотальное удаление опухоли оказалось возможным в 34,1%, открытая биопсия – в 8,5% случаев.

Во всех случаях резекции выполнялась гистологическая верификация опухоли. По гистологическим признакам при супратенториальных опухолях головного мозга у 25,0% больных выявлена олигодендроглиома, у 30,4% – менингиома, у 14,1% – анапластическая астроцитома, у 13,1% – фибриллярно-протоплазматическая астроцитома, у 11,9% – глиобластома, у 3,3% – менингосаркома, у 2,2% – саркома. Помимо оценки состояния по шкале Карновского, оценивали уровень сознания с использованием классической классификации нарушения сознания, а также выраженность общемозговых и очаговых неврологических симптомов.

Выводы. Оптимизация объёма удаления ткани опухоли непосредственно связана с возможностями дооперационного планирования хирургического вмешательства, уточнением топографии опухоли, получением наиболее полной информации о соотношении опухоли с функционально важными зонами коры большого мозга и проводящими волокнами белого вещества.

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ АСПЕКТЫ И ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПЕРИОПЕРАТИВНОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Назыров Ф.Г., Ибадов Р.А., Назырова Л.А.
АО «Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова»

Цель. Анализ результатов использования новых технологий и перспективных методов интенсивной терапии в кардиореанимации.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения пациентов в отделении реанимации и интенсивной терапии АО РСЦХ им. акад. В. Вахидова за последние 5 лет (2010-2015 гг.), перенесших плановые операции по поводу врождённых, приобретенных и сочетанных пороков и ишемической болезни сердца преимущественно на открытом сердце в условиях искусственного кровообращения (ИК). Послеоперационный мониторинг и ведение пациентов основаны на руководствах по диагностике и лечению различных патологий сердца American Hard Association (2006) и Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК, 2009).

Результаты. С целью снижения частоты общих осложнениий и летальности с 2010 г. в клиническую практику ОРИТ для послеоперационного ведения больных внедрены следующие новые технологии:

– экстракорпоральная мембранная оксигенация (ЭКМО) как инвазивный экстракорпоральный метод насыщения крови кислородом (оксигенации) при развитии тяжёлой острой дыхательной и сердечной недостаточности для поддержания жизнедеятельности интраоперационо и в послеоперационном периоде (у 5 б-х);

– внутриаортальная баллонная контрпульсация (ВБК) как способ для временной поддержки насосной функции сердца у больных с острой левожелудочковой недостаточностью в послеоперационном периоде (5 б-х);

– технологии ультрафильтрация крови и диализа в комплексе интенсивной терапии как методика реанимационного обеспечения после кардиохирургических операций (34 б-х);

– разработана унифицированная стратегия респираторной терапии у кардиохирургических больных с СОПЛ/ОРДСВ;

– разработан и внедрён алгоритм комплексного применения методов профилактики и лечения бронхолегочных осложнений у хирургических больных на основе запатентованного способа (Патент на изобретение РУз № IAP 04769 от 31.10.2013г. Расмий ахборотнома, ихтиролар. № 11(151); 29.11.2013, с. 40).

С внедрением новых технологий тактики число бронхолегочных осложнений у прооперированных больных с сердечно-сосудистой патологией удалось значительно уменьшить в 5 раз до 0,5%.

Вывод. На основании проведенного анализа результатов использования новых технологий и перспективных методов интенсивной терапии в кардиореанимации выявлены преимущества современных мировых достижений для уменьшения частоты осложнений и снижения летальности.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ СКЛЕРОТЕРАПИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Нарзуллаев С.И., Отабабаев Ш.П., Хайдаров Г.А., Сувонов М.Т., Парманова Ш.Б.
Самаркандский государственный медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Варикозное расширение вен пищевода и желудка является одним из проявлений син-

дрома портальной гипертензии, а кровотечения из них – наиболее грозным осложнением, приводящим к гибели больного в 50-75% случаев при первом, и до 90% при повторных кровотечениях (Ш.И. Каримов с соавт., 2010; А.М. Хаджибаев с соавт., 2014).

Цель исследования. Оценить результаты эндоскопической склеротерапии при синдроме портальной гипертензии.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 36 пациентов с варикозным расширением вен пищевода на фоне портальной гипертензии подпеченочного генеза. Возрастной диапазон больных – от 17 до 55 лет, однако основное количество составили пациенты молодого (17-35 лет) возраста. Мужчин было 19, женщин – 17. У всех больных, включенных в исследование, степень варикоза вен пищевода была III степени по А.Г. Шерцингеру, а у 15 пациентов имелось сочетанное варикозное расширение вен желудка. Все больные до момента наблюдения перенесли кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода, причем 20 пациентов – 3 и более эпизодов. Большинство наблюдавшихся больных в анамнезе имели эпизоды оперативных вмешательств, таких как спленэктомия с ретротрансплантацией пищевода (4), спленэктомия с гастротомией и прошиванием вен (16) и илиовезикопексией (1), гастротомия с наложением портокавального (1), либо спленоренального (3) анастомозов.

Результаты. Нами произведена попытка выяснения причин развития данного варианта портальной гипертензии у наблюдаемых пациентов. Из анамнеза установлено, что 8 больных перенесли гнойный омфолит, 1 – гемолитическую болезнь новорожденных, 2 – острый панкреатит, 2 – остеомиелит, 1 – травму, у 22 человек причина выяснена не была.

Эндоскопическое склерозирование вен пищевода проводилось с использованием препаратов этоксисклерол (1%, 2%, 3%), фибро-вейн (1%, 2%, 3%), тромбовар (3%), с введением за один сеанс от 10 до 40 мл препарата. Количество сеансов склерозирования составило от 1 (10 больных) до 5 (4 пациента). Всего наблюдаемым больным выполнено 96 процедур эндоскопического склерозирования вен. После выполнения каждого сеанса оценивались возможные осложнения процедуры. Так, после 32 сеансов выявлены эрозии пищевода, после 6 – язвы в местах введения препаратов, которые благополучно зажили при назначении традиционной противоязвенной терапии.

К настоящему времени длительность отдаленного наблюдения за больными составила от 6 месяцев (5 человек) до 3 и более лет (7 больных). Результаты лечения можно оценить как хорошие и отличные у всех больных, включенных в исследование. Практически у всех в период наблюдения не выявлено варикозно расширенных вен пищевода, и ни у одного больного не отмечено эпизодов повторных кровотечений.

Выводы. Эндоскопическое склерозирование является эффективным методом профилактики и лечения кровотечений из расширенных вен пищевода и желудка, и в силу малой инвазивности – наиболее показана у больных, ранее перенесших оперативные вмешательства по поводу синдрома портальной гипертензии.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ С ИБС ПО РЕЗУЛЬТАТАМ 6-МЕСЯЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Никишин А.Г., Абдуллаева С.Я., Якуббеков Н.Т., Хасанов М.С., Юлдашев Н.П., Фозилов Х.Г., Ганиев А.А.
Республиканский специализированный центр кардиологии

Цель. Изучение клинических исходов у больных со стентированием ствола левой коронарной артерии, многососудистым поражением и ишемической кардиомиопатией по результатам 6-месячного наблюдения.

Материал и методы. В ходе исследования проведено стентирование ствола ЛКА у 26 больных с ИБС, стентирование целевых сосудов у 44 пациентов с многососудистым поражением миокарда, стентирование сосуда у 29 человек с ишемической кардиопатией с ФВЛЖ менее 35%. Изучены частота летальных исходов и развития ОИМ, необходимость в повторных госпитализациях, частота сохранения стенокардии после процедуры.

Результаты. Летальность в группах составила соответственно 8,3, 4,5 и 6,9% (p=0,71), что указывает на высокий риск при стволовых поражениях. Через 6 месяцев от начала наблюдения процент госпитализаций, связанных с возвратной стенокардией, также значимо не различался – соответственно 16,7, 11,4 и 17,2% (p=0,47). В группе больных с многососудистым поражением отмечались случаи рестеноза (4,5%), не наблюдаемые в остальных группах. Среди больных со стентированием ствола ЛКА и ишемической кардиопатией с ФВЛЖ менее 35% отмечалось по 1 случаю тромбоза (ответственно 4,2 и 3,4%, p=0,89).

Заключение. Несмотря на выполненное стентирование, эти группы больных остаются в зоне высокого риска неблагоприятных исходов, что требует дальнейшего углубленного исследования.

AORTIC SURGERY – A NEVER-ENDING CHALLENGE

Paul R. Vogt
EurAsia Heart Foundation; Zurich, Switzerland

Objective. Aortic diseases mainly include dissections, aneurysms, atherosclerosis, inflammation and infections including the ascending aorta, the aortic arch, the thoracic, the abdominal as well as the thoracoabdominal aorta. Emergency aortic surgery usually carries the highest risk with regard to operative mortality and potentially devastating complications such as mesenteric infarction, hemi- or paraplegia.

Patients and Methods. Personal 11-year series of 580 patients, including 394 (68%) thoracic and thoracoab-

dominal aortic and 186 (32%) abdominal aortic surgery patients. With regard to abdominal surgery, 32 patients (21%) presented as emergencies. With regard to thoracic surgery, 296 (75%) had surgery of the ascending aorta, 180 (61%) electively and 116 (39%) on emergency basis. 98 (25%) patients underwent descending thoracic (70 patients) or thoracoabdominal (18 patients) aortic surgery, 84 (86%) on elective and 14 (14%) on emergency basis. Besides, 20 patients underwent elective hybrid surgery for aortic problems, combining simultaneous open repair and endovascular stenting. 72 patients (49 patients = 67% on emergency base) underwent surgery for mycotic aneurysm or prosthetic graft infection, affecting any segment of the entire aorta.

Results. 30-day mortality rates were: abdominal aorta elective 0,6% – emergency surgery 6%; ascending aorta elective 0,5% – emergency surgery 5,4%; descending thoracic aorta elective 5% – emergency surgery 12%; thoracoabdominal surgery elective 7% – emergency surgery 0%; hybrid surgery 0%; surgery for major aortic infection 6% for homograft-surgery versus 18% for conventional surgical techniques.

Conclusion. Elective aortic surgery is safe and reproducible. Emergency aortic surgery has markedly improved over years, despite the persistence of a substantial mortality rate even in the current time. Hybrid surgery and primary endovascular repair represent less-invasive surgical techniques achieving excellent results in appropriately selected patients.

КОРОНАРОАНГИОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ У ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Рахимов Б.А., Жалилов А.О., Расулов А.А., Соткинов Т.Х., Мирсайдуллаев М.М. (млад.)
Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель. Определение частоты и степени поражения коронарных артерий у пациентов с нестабильной стенокардией по данным коронароангиографии.

Методы исследования. В исследование включены 90 пациентов с диагнозом нестабильная стенокардия, из них 75 (83,3%) мужчин и 15 (16,7%) женщин, в возрасте от 20 до 80 лет, средний возраст 57,2±9,8 года. В анамнезе артериальная гипертония II-III степени имела место у 47,8%, перенесенный инфаркт миокарда – у 20%, сахарный диабет – у 10%, острое нарушение мозгового кровообращения – у 1,1%. До начала обследования у всех больных обязательно проводили общий анализ крови, мочи, ЭКГ, ЭхоКГ, коагулограмму, оценку липидного спектра крови. Для определения степени поражения коронарных артерий всем пациентам выполнена коронароангиография через бедренную артерию. Определялись частота и степень поражения коронарных артерий, а также частота типа кровоснабжения миокарда.

Результаты. По данным коронароангиографии у пациентов с ИБС наиболее часто встречалось поражение левой коронарной артерии (76,7%), а именно передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии (52,2%) и огибающей ветви левой коронарной артерии (21,1%), на втором месте – поражение правой коронарной артерии (28,9%), поражение главного ствола левой коронарной артерии выявлено у 3,3% обследованных, нормальные непораженные коронарные артерии зарегистрированы у 12,2%.

При изучении степени сужения просвета коронарных артерий было обнаружено, что при поражении передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии наиболее часто встречалось сужение более 60% (44 больных, 48,9%), сужение до 100% выявлено у 5 пациентов, менее 60% – у 7 (7,8%); при поражении правой коронарной артерии сужение до 60% зарегистрировано у 4 (4,4%) больных, более 60% – у 13 (14,4%), до 100% – у 9 (10%); при поражении огибающей ветви левой коронарной артерии сужение до 60% обнаружено у 7 (7,8%) обследованных, более 60% – у 9 (10%), до 100% – у 5 (5,5%).

Наиболее часто встречался сбалансированный тип кровообращения – у 36,5%, правый тип отмечался у 24,3%, левый тип – у 17%.

Выводы. У пациентов с нестабильной стенокардией по данным коронароангиографии атеросклеротические изменения с сужением просвета коронарных артерий выявляются наиболее часто в левой коронарной артерии (76,7%), а именно в передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии (52,2%) и огибающей ветви левой коронарной артерии (21,1%). На втором месте находятся изменения в правой коронарной артерии (28,9%). Чаще встречаются сужения более 60%, сужение до 100% передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии встречалось у 12% обследованных, правой коронарной артерии – у 10%, огибающей ветви левой коронарной артерии – у 5,5%.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОБЪЕМА ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА ПО ДАННЫМ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Рахимов Б.А., Мирзаев М.О., Абдуллаев А.А.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель. Оценка прогноза у пациентов с ОКС в зависимости от объема поражения коронарного русла по данным КАГ

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов коронароангиографии (КАГ) у 93 пациентов с ОКС. В зависимости от результатов КАГ выделяли следующие группы: 40 больных с поражением ствола ЛКА или гемодинамически значимым трехсосудистым поражением (1-я гр.), 38 пациентов с гемодинамически значимым поражением одной или двух коронарных артерий (2-я гр.), 15 человек с гемодинамически незначимым поражением или отсутствием патологии коронарных артерий (3-я гр.).

Результаты. Пациенты с незначимым поражением коронарного русла (3-я гр.) были моложе, имели меньше сопутствующих заболеваний, у них достоверно реже регистрировались артериальная гипертензия, сахарный диабет и дислипидемия, но при этом они чаще указывали на анамнез стенокардии. Длительность пребывания в отделении реанимации наибольшей была у пациентов 1-й группы – 3,8±1,7 дня, в то время как у остальных больных эти показатели не различались (соответственно 2,8±1,6 и 2,4±1,9 дня). В период госпитализации при наличии поражения ствола ЛКА или трехсосудистого поражения прогноз был наиболее неблагоприятным: госпитальная летальность составила 2,15%, в то время как у пациентов 2-й группы этот показатель был менее 1,07% ($p<0,01$), а при отсутствии гемодинамически значимого поражения коронарного русла летальных исходов не зафиксировано. В течение 6 месяцев после выписки из стационара итоговая выживаемость пациентов без развития нефатального инсульта или инфаркта миокарда составила 87,5% в 1-й группе, 94,8% во 2-й группе и 100% при наличии нормальных результатов КАГ.

Выводы. При комплексной оценке прогноза у пациентов с ОКС наличие гемодинамически значимых стенозов трех коронарных артерий по данным КАГ, а также поражение ствола ЛКА являлись предиктором развития больших сердечно-сосудистых событий (кардиальная смерть, нефатальный инсульт и инфаркт миокарда). В то же время прогноз пациентов с нормальными результатами КАГ был сопоставим с таковым у больных, имевших одно- или двухсосудистое гемодинамически значимое поражение.

ПРИМЕНЕНИЯ АППЛИКАЦИОННЫХ ГЕМОСТАТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ В ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Садыков Р.А., Исмаилов Б.А.
АО «РСЦХ им. акад. В. Вахидова»

Лапароскопическая техника находит все большее применение в абдоминальной хирургии. Расширение ее возможностей при оперативных вмешательствах на паренхиматозных органах и выполнении расширенной лимфодиссекции предполагает использование новых технологий при проведении гемостаза. Даже при традиционной лапароскопической холецистэктомии или выполнении операций на матке и ее придатках электрокогуляция больших кровоточащих поверхностей может привести к возникновению так называемых посткоагуляционных деформаций и сужений протоковой системы или формированию спаечного процесса с соответствующими осложнениями. Необходимость гемостаза при продолжающемся кровотечении сопровождается электрокоагуляцией большого массива тканей с неконтролируемой энергией, что значительно увеличивает риск развития осложнений.

В то же время широко используемые местные гемостатические средства в открытой хирургии находят меньшее применение при лапароскопических вмешательствах. Это связано со сложностями доставки гемостатического средства при продолжающемся кровотечении, а также неудобством манипуляции с губчатыми гемостатиками.

Нами разработано гемостатическое средство Гепроцел, полученное из производных целлюлозы. Препарат отличается биосевместимостью, хорошим гемостатическим свойством и самое главное возможностью полной резорбции в течение 2 недель после аппликации. Для целей лапароскопической хирургии нами испытана порошковая форма гемостатика, которая обладает следующими характеристиками: высокая адгезивность к влажной поверхности, гемостаз в течение 2 минут, срок биодеградации 2 недели.

В эксперименте на беспородных собаках нами апробирована методика остановки кровотечения из печени с использованием порошковой формы Гепроцел. Модель эксперимента заключалась в формировании плоскостной раны, атипичной резекции печени с формироваием капиллярного либо смешанного кровотечения. Доставка гемостатического средства значительно облегчалась применением специального инсуфлятора, который позволял дозированно подавать порошок в место кровотечения. Методика отличается возможностью быстрой доставки гемостатика и проведения процедур без контакта инструментов с поверхностью.

Выполнено 12 операций на 7 собаках. Остановка кровотечения достигнута во всех случаях. Осложнений после операции не было.

Новое гемостатическое средство Гепроцел может быть использовано в лапароскопической хирургии для остановки капиллярного и смешанного кровотечения из паренхиматозных органов и забрюшинной клетчатки.

МЕТОДЫ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ ПРИ НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ СУБАРАХНОИДАЛЬНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЯХ

Сариев А.У., Бурнашев М.И.
Республиканский научный центр нейрохирургии, Бухарский государственный медицинский институт

Цель. Применение методов нейровизуализации для дифференциальной диагностики нетравматических субарахноидальных кровоизлияний и оценки прогноза течения заболевания.

Материал и методы. Под наблюдением были 23 пациента с нетравматическими субарахноидальными кровоизлияниями, которые находились на лечении в РНЦНХ в 2015 г. У 16 кровоизлияние было диагностировано с помощью КТ. Остальным 7 пациентам первично было рекомендовано МРТ, с помощью которого субарахноидальное кровоизлияние выявлено только у 3 пациентов, остальные 4 были повторно направлены на КТ-исследование. У 4 больных наблюдались внутримозговые и внутрижелудочковые гематомы. Компьютерная томография позволяла также определить примерные сроки кровоизлияния по его плотности.

Результаты. Выбор лечебной тактики при внутримозговых кровоизлияниях в первую очередь зависел от объема и локализации кровоизлияния и тяжести состояния пациента. При диагностике субарахноидальных кровоизлияний чувствительность КТ достигала 90%, МРТ не превышала 55%. Основными критериями оценки тяжести субарахноидального кровоизлияния по данным КТ являлись критерии Fisher. Из 23 больных с САК у 3 признаки крови на КТ не определялись, у 11 обследованных было кровоизлияния II степени по Fisher. У 5 больных на КТ толщина субарахноидального кровоизлияния превышала 1 мм с частичным локальным сгустком. Внутрижелудочковые кровоизлияния выявлены у 4 пациентов, КТ-признаки которых относились к IV степени по Fisher. Более высокая степень кровоизлияния по КТ-признакам по шкале Fisher коррелировала с более серьезными осложнениями в виде сосудистого спазма.

Таким образом, хотя компьютерная томография с большей вероятностью позволяет определить субарахноидальное кровоизлияние и оценить риск развития вазоспазма, определение причин кровоизлияния выявить удавалось редко. В конечном итоге после всех исследований артериальные аневризмы, разрыв которых привел к САК, выявлены у 18 (78%) из 23 больных с САК. Компьютерная томография позволила диагностировать аневризму только у 10 пациентов, остальным потребовалось применение дополнительных методов исследования, таких как МСКТ-ангиография и/или церебральная ангиография. Пациенты с аневризмами, первично выявленными при КТ, повторно были направлены на МСКТ-ангиографию и ЦАГ для определения точной конфигурации аневризмы для планирования оперативной тактики. Таким образом, из 20 пациентов, прошедших МСКТ-ангиографию, только 3 были направлены первично, у остальных выполнено вторичное обследование, тогда КТ оказалась недостаточно информативной. У 6 пациентов с помощью контрастной ангиографии были выявлены множественные аневризмы, когда на фоне разоравшейся аневризмы определились аневризмы с бессимптомным течением.

Выводы. 1. Определение адекватного метода нейровизуализации значительно улучшает диагностику субарахноидальных кровоизлияний. 2. Методом выбора можно считать МСКТ-ангиографию, при недостаточной информативности которой целесообразным является проведение церебральной ангиографии. 3. Использование шкалы Fisher позволило более адекватно оценить степень кровоизлияния с возможным развитием сосудистого спазма.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Темиров С.Н., Абдуллаев Ф.Х., Махмудов О.А.
Центральный госпиталь МВД РУз

Критическая ишемия нижних конечностей (КИНК) является конечной стадией заболевания периферических артерий. Несмотря на применение различных методов реваскуляризации, строгий контроль и значительные достижения в борьбе с факторами риска, КИНК до сих пор связана с высокой частотой ампутаций и смертностью. КИНК, как правило, развивается при многоэтажных поражениях сосудистого русла нижних конечностей, лечение которых представляет сложную задачу.

Цель. Оценка возможностей эндоваскулярных методов реваскуляризации в спасении нижней конечности у больных с КИНК.

Материал и методы. В 2009-2016 гг. у 169 больных по поводу КИНК выполнено 187 эндоваскулярных вмешательств. Средний возраст больных 67,3±9,1 года. У большинства больных имелась тяжелая сопутствующая патология. Выраженность ишемии и распространенность поражения артерий диагностировали на основании клинических признаков, ультразвуковой допплерографии (УЗДГ) с расчетом лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ), дуплексного сканирования артерий конечностей и мультислайсной компьютерно-томографической ангиографии. Заключительный этап обследования заключался в проведении рентгеноконтрастной ангиографии, которая позволяла окончательно определить локализацию, протяженность и характер поражения артерий, состояние коллатерального русла. Сахарным диабетом страдал 141 (83,4%) пациент. У всех больных сахарным диабетом имелись II–IV степень поражения по F.W. Wagner (1979). Протяженность поражения артерий колебалась от 2 до 21 см, в среднем 13,6 см. III стадия хронической ишемии наблюдалась у 36 (21%) больных, IV стадия – у 133 (79%). Сочетанные поражения подвздошного и бедренного сегментов выявлены у 17 (10%) больных. Сочетание поражений бедренно-подколенного и подколенно-берцового сегментов имело место у 121 (72%) обследованного. Субинтимальную ангиопластику выполняли у 11% пациентов с поражением бедренно-подколенного сегмента и у 39% с поражением артерий голени и стопы. Ретроградный доступ применялся у 3 больных. 17 больным выполнено стентирование подвздошных артерий, у 13 из них устранение проксимального блока оказалось достаточным для купирования симптомов КИНК. 4 больным произведена гибридная операция бедренно-подколенного шунтирования. Стентирование поверхностной бедренной и подколенной артерии выполнена 7 больным, выполнена баллонная ангиопластика (БАП) бедренно-подколенного сегмента – 24. Остальным 135 пациентам осуществлена БАП артерий голени. Наблюдение за пациентами осуществляли амбулаторно с отслеживанием состояния конечности, повторных вмешательств на пролеченной конечности, ампутаций и смертности. Основными клиническими критериями эффективности в отдаленном периоде являлись заживление трофических язв, купирование болей в покое, ограничение зоны некроза тканей.

Результаты. Ангиографический успех, под которым понималось восстановление магистрального

кровотока по пораженной артерии без гемодинамически значимых остаточных стенозов или беспрепятственного кровотока на стопу как минимум по одной артерии голени непосредственно к зоне трофического дефекта (по питающей артерии или через коллатерали стопы), был достигнут у 155 (83%) больных. 9 из них выполнены ампутации пальцев, 3 – экономные ампутации стопы. Ампутация на уровне проксимальной трети голени осуществлена у 2 больных в связи с прогрессированием тяжелой инфекции, несмотря на проходимую зону реваскуляризации. После безуспешной попытки реканализация окклюзированного участка бедренно-подколенного сегмента 4 больным произведена открытая хирургическая реваскуляризация нижней конечности. 12 больным из-за невозможности выполнения открытой реваскуляризации произведены ампутации бедра. У 4 больных КИНК купирована длительной инфузией вазапростана.

В послеоперационном периоде осложнений, связанных с ангиографической процедурой, не отмечалось. Вероятность заживления трофических дефектов через 6 месяцев после вмешательства, оцененная методом Каплана–Мейера, составила 89%. Летальных исходов в послеоперационном периоде не наблюдалось, в отдаленном периоде смерть 5 больных не была связана с КИНК. У одного больного через два года после стентирования общей подвздошной артерии отмечалась окклюзия стента, больному выполнено аортобедренное шунтирование. У 3 больных через год после стентирования бедренно-подколенного сегмента наблюдалась окклюзия стента, из них только у одной больной возник рецидив критической ишемии, ей выполнена баллонная ангиопластика стента с положительным результатом, у остальных 2 пациентов клинические признаки критической ишемии отсутствовали. После ангиопластики артерии голени у 7 больных в отдаленном периоде в сроки от 24 до 30 месяцев отмечено возобновление клинических признаков критической ишемии, им выполнена повторная ангиопластика артерий голени с удовлетворительным результатом и регрессом ишемии нижней конечности. У остальных больных в отдаленном периоде признаки критической ишемии нижних конечностей отсутствовали. Кумулятивная проходимость в течение 36 месяцев наблюдения при стентировании подвздошных артерий составила 94,2%, при баллонной ангиопластике бедренно-подколенного сегмента – 83,4%, артерий голени – 77,5%

Заключение. Эндоваскулярные методы реваскуляризации нижних конечностей у пациентов с КИНК по эффективности практически не уступают открытым методам операций. Однако малая травматичность, безопасность и минимальная частота осложнений делают эти методики более привлекательными.

РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКОЙ АНГИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ АРТЕРИАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Хаджибаев А.М., Махкамов М.К., Саттарова Ф.К.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Введение. Артериальные аневризмы (АА) головного мозга являются довольно распространенными, встречаемость которых составляет от 0,2% до 9% от общего числа населения. Традиционно используемая для диагностики церебральных аневризм дигитальная субтракционная ангиография (ДСА) имеет существенные недостатки: малодоступность, инвазивность, необходимость внутриартериального селективного введения микропроводников и катетеров, контрастного вещества, часто усугубляющего сосудистый спазм. Мультислайсная компьютерно-томографическая ангиография (МСКТА), реализованная на основе мультислайсной компьютерной томографии (МСКТ), является сравнительно новой методикой визуализации сосудов, возможность ее использования в диагностике АА и сосудистых мальформаций головного мозга в настоящее время активно изучается. По сравнению с традиционной ДСА этот метод имеет несомненные преимущества, такие как увеличение скорости сканирования и первичное шифрование полученных данных.

Цель исследования. Целью данного исследования явилось изучение роли и возможностей МСКТА с трехмерной реконструкцией в предоперационной топической диагностике АА головного мозга.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 282 больных с 431 внутричерепной АА сосудов головного мозга. Из них 170 больных были женского пола и 112 мужского пола в возрасте от 19 до 87 лет, средний возраст больных составил 55,4±12,1 года. Из них у 146 больных наблюдалась клиника САК. После изучения анамнеза и физикального исследования всем больным выполнялось МСКТА-сканирование с одномоментным болюсным внутривенным введением с помощью автоматического инжектора (enVision CT, Medrad), неионного КВ (Юнигексол 100,0) со скоростью 4,0 мл/с с временной задержкой сканирования 12 с. При введении КВ в переднюю кубитальную вену использовался катетер 18 или 20G размера (катетер 20G размера позволяет вводить КВ со скоростью до 3 мл/с, для более высокой скорости предпочтителен катетер 18G размера). Параметры сканирования: толщина среза 1,5 мм, индекс стола (pitch) – 1,0, индекс реконструкции – 0,881 мм. Выполнялось 50-70 срезов через зону интереса, центр которой расположен в области дна турецкого седла. Размеры внутричерепных аневризм измеряли с помощью трехмерной реконструктивной МСКТА с использованием программного пакета «Intage» (Япония). Основываясь на результатах трехмерной реконструктивной МСКТА анатомии, оценивались локализация, количество, форма и размеры аневризм, а также соотношение тех или иных частей АА с анатомическими структурами.

Результаты и обсуждение. Наши результаты показали, что используемая нами методика МСКТА позволила качественно визуализировать внутримозговые артерии у всех пациентов, причем оценка состояния интракраниального сосудистого русла во многом зависела от четкости выполнения исследования и анализа полученных результатов. По количеству аневризм в нашем исследовании было отмечено, что в 67,4% (n=190) случаев наблюдались одиночные аневризмы и остальных 32,6% (n=92) случаев – множественные аневризмы. По локализации были отмечены следующие результаты: В 28,8% (n=124) случаев аневризма располагалась в бифуркации средней мозговой артерии (СМА), в 12,8% (n=55) случаев – в М1 сегменте СМА, в 0,7% (n=3) случаев – в дистальных сегментах СМА, в 7,7% (n=33) случаев – в заднем соединительном сегменте внутренней сонной артерии (ВСА), в 6% (n=26) случаев – в офтальмическом сегменте ВСА, в 2,1% (n=9) случаев – в хороидальном сегменте ВСА, в 1,8% (n=8) случаев – в бифуркации ВСА, в 1,6% (n=7) случаев – в кавернозном сегменте ВСА, в 20,2% (n=87) случаев – в передней соединительной артерии, в 3,5% (n=15) случаев – в перикаллиозной артерии, в 0,2% (n=1) случаев – в А1 сегменте передней мозговой артерии, в 0,9% (n=4) случаев – в Р1/2 сегменте задней мозговой артерии (ЗМА), в 0,2% (n=1) случаев – в дистальном сегменте ЗМА и в 13,5% (n=58) случаев аневризма располагалась в вертебробазилярном бассейне. По форме аневризмы в 93,6% (n=264) случаев наблюдались мешотчатые по сравнению фузиформной. Размеры аневризм измерялись после трехмерной реконструкции полученных МСКТА-изображений с использованием программного пакета «Intage» (Япония), при котором было отмечено, что максимальный размер аневризмы составил 53,0 мм, а минимальный – 2,0 мм, в среднем 8,6±7,2 мм.

Выводы. Таким образом, выполненные исследования показали высокую информативность МСКТА в диагностике артериальных аневризм головного мозга, позволяющей визуализировать не только саму аневризму, но и взаимоотношение ее с окружающими анатомическими структурами, определить наличие тромбированных масс в полости аневризмы, выявить шейку и направленность купола, что крайне важно для планирования оперативного вмешательства.

РЕЗУЛЬТАТЫ МИКРОХИРУРГИИ АНЕВРИЗМ СУПРАКЛИНОИДНОГО СЕГМЕНТА ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

Хаджибаев А.М., Махкамов К.Э., Махкамов М.К., Хернесниеми Ю., Юнусов Р.С.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Центральный госпиталь Университета Хельсинки (Финляндия)

Артериальные аневризмы (АА) сосудов головного мозга среди населения встречаются с частотой от 0,2 до 9%. В 51% случаев причиной субарахноидального кровоизлияния (САК) является разрыв АА, приводящий к инвалидности и смерти. Некоторые исследования показали преимущества раннего хирургического вмешательства, целью которого является предупреждение повторного разрыва, так как риск рецидивного кровоизлияния в течение первых 24 часов очень высок. В 85% случаев аневризмы диагностируются в передней циркуляции виллизиева круга, реже – в задней циркуляции и в дистальных сегментах сосудов головного мозга. Около 35% из них располагаются в супраклиноидном сегменте внутренней сонной артерии (ВСА), которая имеет свои микроанатомические особенности.

Со времен первого описанного метода и принципов микрохирургии АА сосудов головного мозга Yasargil в 1969 г. были разработаны различные хирургические доступы и их модификации к аневризмам передней циркуляции виллизиева круга головного мозга, которые являются стандартной процедурой во многих центрах мира. Однако технологический прогресс в предоперационной диагностике и интраоперационной визуализации привели к увеличению эффективности микрохирургических манипуляцией и снижению травматизации окружающих тканей в хирургическом коридоре, результатом которого является оптимальный функциональный и косметический результат.

Цель. Оценка результатов микрохирургического клипирования аневризм ВСА.

Материал и методы. Нами проведен ретроспективный анализ результатов лечения 282 больных с 431 внутричерепной АА сосудов головного мозга, из них 170 лица женского и 112 – мужского пола в возрасте от 19 до 87 лет, средний возраст 55,4±12,1 года. После изучения анамнеза и физикального обследования всем больным выполнялась мультислайсная компьютерная томография (МСКТ) и МСКТ-ангиография (МСКТА). В диагностике артериальных аневризм головного мозга чаще использовалась МСКТА, которая позволила визуализировать не только саму аневризму, но и взаимоотношение ее с окружающими анатомическими структурами, определить наличие тромбированных масс в полости аневризмы, выявить шейку и направление купола, что крайне важно для планирования оперативного вмешательства. Кроме того, трехмерное моделирование внутримозговых сосудов имело решающее значение в предоперационном планировании, которое позволило визуализировать взаимоотношение микроанатомических структур в трехмерном пространстве. С целью более детального изучения результатов микрохирургического лечения АА супраклиноидной (С4) части ВСА была использована анатомическая классификация Rhoton, на основании которой С4-сегмент был разделен на следующие: офтальмический, заднесоединительный, передний хороидальный и бифуркация ВСА. Оценка результатов микрохирургического лечения проводилась с использованием шкалы исходов Глазго (ШИГ).

Результаты. Результаты нашего исследования показали, что 83 (19,3%) из 431 аневризмы располагались в ВСА. Из них в 45 (54,2%) случаях аневризмы диагностировались справа, в 38 (45,8%) – слева. По сегментарному распределению 31 (37,4%) аневризма располагалась в офтальмическом сегменте, 35 (42,2%) – в заднесоединительном, 9 (10,8%) – в переднем хороидальном и 8 – (9,6%) в бифуркации ВСА. После операции снижение зрительной функции наблюдалось в 8 (5,8%) случаях, потери зрительной функции не отмечалось. Парез III пары наблюдается в 7 (0,2%) случаях. Оценка результатов хирургического лечения по ШИГ показала, что в 59 (1,1%) случаях имело место хорошее восстановление, в 17 (20,5%7) наступила умеренная, а в 4 (4,8%) глубокая инвалидизация, в 2 (2,4%) – вегетативное состояние, умер 1 (1,2%) больной.

Выводы. Наши исследования показали, что своевременное микрохирургическое клипирование аневризм супраклиноидного сегмента внутренней сонной артерии с применением современной микрохирургической техники и технологий позволяет уменьшить удельный вес летальных исходов за счет увеличения благоприятных результатов.

ВОЗМОЖНОСТИ ДОСТИЖЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Хаджибаев А.М., Ешмуратов А.Б., Хашимов М.А., Джамалдинов И.М., Мирахмедов Н.Н.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Совершенствование оказания медицинской помощи больным с желудочно-кишечными кровотечениями – важная задача хирургии неотложных состояний. С внедрением в клиническую практику современных аппаратов для остановки кровотечений из ЖКТ, а именно эндоскопической аргоноплазменной коагуляции (АПК), у больных, особенно пожилого и старческого возраста, появилась надежда на быстрое выздоровление.

Цель. Оценка эффективности эндоскопических методов гемостаза при язвенных гастродуоденальных кровотечениях (ЯГДК) у больных пожилого и старческого возраста.

Материал и методы. Изучены результаты лечения 547 пациентов с ЯГДК, госпитализированных в РНЦЭМП в 2001-2015 гг. Мужчин было 342 (62,5%), женщин – 205 (37,5%). Язвенная болезнь желудка диагностирована у 114 (20,8%) больных, двенадцатиперстной кишки – у 433 (79,2%). В течение первых 12 ч от момента возникновения клиники кровотечения доставлено 30,5% больных, в сроки от 12 до 24 ч – 36,1%, от 24 до 48 ч – 20,6%, позже 48 ч – 12,9%. Для гемостаза ЯГДК использовались диатермокоагуляция (ДТК), АПК, обкалывание язвы смесью 0,18% раствора адреналина с добавлением 3% гипертонического раствора и 35% этанола в изолированном виде, а также в комбинации: обкалывание + ДТК, обкалывание + АПК.

Результаты. В основном пациенты обращались с состоявшимся (остановившимся) кровотечением. В соответствии с классификацией J.A. Forrest (1974) пациенты распределились следующим образом: F-IA – 8 (1,4%), F-IB – 19 (3,5%), F-IIA – 168 (30,7%), F-IIB – 221 (40,5%), F-IIC – 95 (17,4%), F-III – 36 (6,5%). Эндоскопический гемостаз потребовался 249 (45,6%) пациентам: обкалывание язвы смесью 0,18% раствора адреналина с добавлением 3% гипертонического раствора и 35% этанола – 130 (52,2%), моноактивная ДТК – 57 (22,9%), АПК – 33 (13,2%), обкалывание + ДТК – 6 (2,5%), обкалывание + АПК – 23 (9,2%). Язвы желудочной локализации требовали эндоскопического укрепления гемостаза в 28%, дуоденальные язвы – в 72% случаев. Рецидив кровотечения после выполнения эндоскопического гемостаза наблюдался у 15 (6%) больных, в том числе у 2 (6%) из 33 после применения АПК и значительно чаще – у 12 (9,2%) пациентов из 130 – после применения изолированного метода обкалывания. Этот показатель был заметно ниже при сочетании методов эндоскопического гемостаза. Так, при комбинации АПК и инъекционного гемостаза рецидив кровотечения выявлен в 1 (4,3%) случае. При активно продолжающемся артериальном кровотечении по F-IA эндоскопический гемостаз оказался эффективным в 22% случаев. При венозном кровотечении по F-IB гемостаз достигается в 95% случаев.

Таким образом, современные средства эндоскопического гемостаза должны занимать центральное место в ведении больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. При острых гастродуоденальных кровотечениях предпочтение следует отдавать активно-индивидуализированной лечебной тактике, включающей эндоскопический гемостаз, динамическую эндоскопию, прогнозирование вероятности развития рецидива кровотечения. Метод аргоноплазменной коагуляции в сочетании с инъекционными способами гемостаза обладает высокой эффективностью как при первичных, так и при рецидивных кровотечениях. Использование малоинвазивного метода эндоскопического гемостаза помогает хирургам в консервативном лечении больных пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими патологиями, уменьшает летальность от кровотечения, позволяет снизить хирургическую активность, сократить средние сроки пребывания пациента в стационаре, снизить материальные затраты на лечение.

ДИАГНОСТИКА МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО ТРОМБОЗА

Ходжиматов Г.М., Хакимов Д.М., Тургунов Ш.Ш., Хамдамов Х.Х., Мамадиев А.М., Корабоев Б.Б., Касимов Н.А.
Андижанский государственный медицинский институт, Андижанский филиал РНЦЭМП

В последние время наблюдается увеличение числа больных с мезентериальной ишемией. С одной стороны, это связано с увеличением заболеваемости,

ростом общего числа пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, но в большей степени – с улучшением прижизненной диагностики тромбозов и эмболии мезентериальных сосудов. Актуальными являются методы объективной внутрибрюшной оценки состояния кишечника в раннем послеоперационном периоде.

Цель. Улучшение качества диагностики с использованием современных технологий и послеоперационного ведения.

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы результаты диагностики и лечения 168 больных мезентериальным тромбозом, находившихся в хирургических отделениях Андижанского филиала РНЦЭМП в 2000-2015 гг., из них мужчин было 96 (57,1%), женщин – 72 (42,9%). Средний возраст больных 68 года. Острый мезентериальный тромбоз в основном развивался на фоне атеросклероза, инфаркта миокарда, мерцательной аритмии, эндокардита, аневризмы аорты, резкого снижения артериального давления (нарушения ритма сердца, шок различного генеза). Диагностика острого нарушения мезентериального кровообращения (ОНМК) складывалась на основании общеклинического (несоответствие сильной боли в животе и малоболезненной абдоминальной пальпации, систолический шум в точках чревной и брыжеечной артерий, ослабление кишечных шумов или полное отсутствие перистальтики, отсутствие вздутия живота на ранних стадиях, повышение внутрибрюшного давления на поздних стадиях), лабораторного (нейтрофильный лейкоцитоз с выраженным сдвигом формулы влево, картина метаболического ацидоза) исследования. С учётом тяжелого соматического состояния пациентов использовали ступенчатый метод диагностики, начиная с менее инвазивных, щадящих инструментальных методик: рентгенологическое и ультразвуковое исследования органов брюшной полости, магнитно-резонансная томография (позволяет получить трехмерные изображения пораженных сосудов). К инвазивной методике лапароскопии прибегали для визуального осмотра кишечника, определения тяжести и распространенности поражения, а также для уточнения объема оперативного вмешательства (142 б-х). Досуточная диагностика острого мезентериального тромбоза составила 85,7% (144 больных).

При установлении диагноза на фоне комплексной патогенетической терапии проводили срочное оперативное вмешательство, которое заключалось у 14 больных в стентировании брыжеечных артерий, у 18 – в резекции пораженного участка кишечника при сегментарном тромбозе, у 34 – в субтотальной резекции. Тотальный некроз тонкой и толстой кишок выявлен у 82 (48,8%) пациентов.

Важным этапом в лечении данной категории больных является динамическое наблюдение за состоянием кишечника в раннем послеоперационном периоде, направленное на своевременную диагностику осложнений (нарастание области ишемии, несостоятельность анастомоза, образование гнойного очага и др.).

Таким образом, современные методики диагностики позволили диагностировать острый тромбоз мезентериальных сосудов в первые 24 ч у 85,7% больных. Летальность при различных формах резекций составила 27,2%, общая летальность – 76,3%.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТРЕХЛЕТНЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ НАВИГАЦИИ ПРИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ВНУТРЕННЕЙ ЯРЕМНОЙ ВЕНЫ

Шарипова В.Х., Фокин И.В.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Актуальность. Проведение катетеризации внутренней яремной вены по наружным ориентирам у пациентов с ургентной хирургической патологией сопряжено с риском крупных и малых осложнений, частота которых также зависит от анатомии шеи пациента, сопутствующих заболеваний и навыков анестезиолога. Благодаря современным технологиям в медицине появилась возможность использования методов прямой визуализации сосудов и окружающих тканей с помощью ультразвука (УЗ). Преимущество УЗ-контроля заключается в том, что анестезиологи могут проводить надежный и точный визуальный контроль положения иглы по отношению к магистральным сосудам в реальном времени. Во время анестезиологического обеспечения катетеризация внутренней яремной вены является наиболее простым, безопасным и распространенным методом имобилизации центральной вены.

Цель. Проанализировать трехлетний опыт использования УЗ-контроля при катетеризации ВЯВ у пациентов с ургентной хирургической патологией.

Материалы и методы. В операционно-анестезиологическом отделении РНЦЭМП с 2013 по 2016 г. было проведено 536 катетеризаций ВЯВ под УЗ-контролем при анестезиологическом обеспечении экстренных оперативных вмешательствах. В начале внедрения методики УЗ-навигация осуществлялась аппаратом HITACHI EUB-500 линейным датчиком 7,5 МГц, в последующем с начала 2014 г. был приобретен аппарат SAMSUNG MEDISON SonoAce R3 с мультичастотным линейным датчиком 5-12 МГц с функцией Допплера. Во всех случаях катетеризация ВЯВ под УЗ-навигацией осуществлялась в реальном времени.

Результаты. В 2013 г. катетеризаций под УЗ-контролем было проведено 78, в 2014 г. – 165 и 293 в 2015 г., что соответственно составило 41%, 53% и 59% от общего количества катетеризаций ВЯВ под УЗ и без него. Данная динамика отмечается за счет повышения количества врачей, владеющих данной методикой. Если в 2013 г. методикой катетеризации ВЯВ под УЗ-контролем владели 30% врачей, то в 2015 г. данным методом овладели 90% врачей. Положение датчика по отношению к вене с визуализацией проводилась в поперечной плоскости, положение пункционной иглы вне плоскости датчика. Во всех случаях катетеризация ВЯВ под УЗИ-контролем была успешной. Пункция с первой

попытки выполнена у 424 (79%) пациентов. У остальных 112 (21%) пациентов пункция была успешна со второй или третьей попытки. Проведению нескольких попыток пункции ВЯВ способствовала выраженная гиповолемия, пункция была успешной после проведения методик по увеличению наполнения ВЯВ, а именно положение Тренделенбурга или при ИВЛ создание кратковременного постоянного положительного давления в дыхательных путях. Осложнение наблюдалось в виде пункции сонной артерии, двадцать из которых сопровождались образованием гематомы. После обнаружения гематомы проводилась пункция и катетеризация ВЯВ с контрлатеральной стороны, которая во всех случаях была успешной. Других осложнений не отмечалось. В одном случае правая ВЯВ по данным УЗ отсутствовала, хотя левая ВЯВ была соответствующего диметра и хорошего наполнения. В трех случаях ВЯВ была тромбирована с одной стороны, где был установлен центральный катетер ранее. В одном случае у больного в результате рубцовых изменений кожи шейной области после ожога и стертости поверхностных ориентиров катетеризация ВЯВ под УЗ проведена с первой попытки без трудностей, которые могли бы быть при катетеризации по наружным ориентирам.

Выводы. На основании полученных результатов можно сказать, что использование ультразвукового контроля при пункции и катетеризации ВЯВ у пациентов с экстренной хирургической патологией значительно снижает количество осложнений и повышает качество манипуляции.

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Шукуров Б.И., Йулдошев А.Х., Асамова А.Р., Мадиев Р.З., Джалолов Ф.З., Мамбетов Д.И.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Лечение больных с острыми тромбозами глубоких вен системы НПВ является одной из наиболее актуальных проблем в сосудистой хирургии, что обусловлено высокой частотой данного заболевания и жизнеугрожающими осложнениями – развитием тромбоэмболии легочной артерии и тяжелых форм хронической венозной недостаточности (Сорока В.В. с соавт., 2008). Тромбоэмболия легочной артерии диагностируется до 85% случаев. Перенесенная ТЭЛА может привести к тяжелым формам хронической легочной недостаточности (Медведев А.П. с соавт., 2007).

Сложившаяся ситуация определяет клиническую значимость активного проведения медикаментозной и хирургической профилактики тромбоэмболического синдрома. Имплантация кава-фильтров является одним из наиболее распространенных, простых и относительно безопасных способов хирургической профилактики ТЭЛА, так как источником эмбола более чем в 80% случаев является система нижней полой вены (НПВ).

Целью работы явилась оценка клинической эффективности имплантации кава-фильра в НПВ как средства профилактики ТЭЛА у пациентов с острыми венозными тромбозами.

Материал и методы. В хирургической клинике РНЦЭМП с 2008 по 2014 г. установка кава-фильтра осуществлена у 76 больных с эмболоопасными флеботромбозами системы НПВ. Вопреки устоявшемуся мнению о преобладании женщин среди больных с венозной патологией, в наших наблюдениях мужчин и женщин было равное количество. Средний возраст пациентов составил 49,0 ± 14,5 года.

Все больные были госпитализированы в клинику по экстренным показаниям с острым тромбозом системы НПВ, при этом у 19 (25%) из них была клиника тромбоэмболии ветвей легочной артерии. Кроме того, у 49 (64,4%) больных выявлена тяжелая сопутствующая патология, в том числе у одной (1,3%) пациентки признаки тромбоэмболического синдрома развились на фоне беременности сроком 29 недель.

В процессе цветного дуплексного сканирования (ЦДС) и/или ангиографии флотирующие тромбы, расцениваемые нами как эмболоопасные, в общих бедренных венах были обнаружены у 5 (6,6%) больных, в подвздошных венах у 36 (47,4%), и в НПВ у 34 (44,7%) больных. Из числа последних пациентов поражение инфраренального сегмента НПВ констатирована в 74 (97,3%) наблюдениях, а супраренального сегмента в 2 (2,7%).

Как мера хирургической профилактики ТЭЛА были использованы следующие модификации кава-фильтров: съемный кава-фильтр «ЕЛКА» у 34 (44,8%) больных, съемный кава-фильтр «ЗОНТИК» у 14 (18,4%), съемный кава-фильтр «Optease» у 20 (26,3%) и имплантация несъемного кава-фильтра «Optease» у 8 (10,5%) пациентов.

Результаты. Процедуру имплантации кава-фильтра все больные перенесли без особенностей. Случаев тромбоза кава-фильтра с развитием послеоперационных осложнений не отмечалось. На следующий день после эндоваскулярного вмешательства больные были активизированы. При этом клиники нарастания симптомов острого венозного тромбоза и появления клиники ТЭЛА в раннем послеоперационном периоде не было.

После выписки из стационара заметного прогрессирования венозной недостаточности на стороне поражения мы не наблюдали. В отдаленном периоде умерли 6 (7,8%) больных от прогрессирования онкологического заболевания, которое и было основным фактором риска развития тромбоэмболического синдрома. Случаев рецидива ТЭЛА на фоне установленного кава-фильтра нами не отмечено. Контрольная ЦДС и антеградная кавография выполнены у 6 больных через 6-12 месяцев после вмешательства: у всех обследованных пациентов выявлено восстановление просвета НПВ, случаев миграции имплантата не обнаружено.

В госпитальный период ни у одного из 76 больных после имплантации кава-фильтра случаи ТЭЛА

не отмечены. Умер 1 (1,3%) пациент от рецидива тромбоэмболического синдрома, источником которого явился тромбоз правого ушка сердца с пристеночным тромбозом полости правого желудочка.

Выводы. Имплантация кава-фильтров является высокоэффективным средством хирургической профилактики ТЭЛА.

ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ РЕКАНАЛИЗАЦИЯ АРТЕРИАЛЬНЫХ ОККЛЮЗИОННО-СТЕНОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ

Юсупов Ш.И., Рахимов Б.А., Бахритдинов Н.Ш., Жалилов А.О., Абдуллаев А.Х., Камолидинов Б.З., Турдиев Х.А.
Наманганский филиал РНЦЭМП,
Наманганский областной кардиологический центр

Поражение поверхностной бедренной артерии является наиболее частой локализацией атеросклеротического поражения артерий нижних конечностей. Перемежающаяся хромота и критическая ишемия являются показаниями к хирургической реваскуляризации. В последние годы эндоваскулярная хирургия активно внедряется в лечение окклюзионно-стенотических поражений бедренных артерий. Возможность реканализации длинных окклюзий, хорошие непосредственные результаты, простота процедуры, низкий процент осложнений постепенно расширяют показания к данной методике.

Цель. Оптимизация лечебно-диагностического комплекса у больных с окклюзионно-стенотическими поражениями бедренных артерий.

Материал и методы. В 2007-2015 гг. нами прооперированы 56 пациентов с окклюзионно-стенотическими поражениями бедренных артерий в возрасте от 51 года до 79 лет. Мужчин было 48 (85,7%), женщин – 8 (14,3%). Из сопутствующих заболеваний: сахарный диабет 2-го типа имел место у 25 (44,6%) пациентов, коронарная патология – у 28 (50%). Ишемия нижних конечностей II стадии диагностирована у 41 (73,2%) пациента, III стадии – у 10 (17,9%), IV стадии – у 5 (8,9%).

У 15 (26,8%) пациентов имела место окклюзия поверхностной бедренной артерии, у 41 (73,2%) – гемодинамически значимые стенозы. Протяженность поражения составляла от 8 до 124 мм. Длинные окклюзии более 10 см наблюдались у 4 (7,1%) больных. Многоэтажные поражения выявлены у 8 (14,2%) пациентов, у них проведены сочетанные вмешательства – шунтирующие операции.

Результаты. При окклюзионных поражениях поверхностной бедренной артерии 12 (21,3%) больным выполнялась субинтимальная баллонная ангиопластика, 10 (17,9%) – транслюминальная ангиопластика. Имплантировано 22 металлических стента. Оптимальный ангиографический результат был достигнут во всех случаях, кровоток в зоне реконструкции – ретроградный. У 5 пациентов после выполнения субинтимальной баллонной ангиопластики в раннем послеоперационном периоде развились гематомы мягких тканей бедра, не потребовавшие хирургической коррекции. Улучшение клинической картины, снижение степени ишемии наблюдалось в ближайшем послеоперационном периоде у всех пациентов.

Выводы. Непосредственные и отдаленные результаты эндоваскулярных вмешательств позволяют рекомендовать ангиопластику и стентирование как метод выбора при стенозах и коротких окклюзионных поражениях поверхностной бедренной артерии. При протяженных поражениях поверхностной бедренной артерии результаты эндоваскулярных вмешательств сопоставимы с результатами открытых реконструктивных операций.

ДИНАМИКА ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Якуббеков Н.Т., Никишин А.Г., Абдуллаева С.Я., Хасанов М.С., Юлдашев Н.П., Фозилов Х.Г., Ганиев А.А.
Республиканский специализированный центр кардиологии

Цель. Изучение динамики фракции выброса у больных со стентированием целевого сосуда при ишемической кардиомиопатии по данным 6-месячного наблюдения.

Материал и методы. В исследование включены 20 больных с ишемической кардиомиопатией с ХСН III–IV ФК (ФВЛЖ≤35%), находящихся на оптимальной терапии β-блокаторами, иАПФ/БАР, диуретиками, статинами. Всем больным проведены коронарография и неполная анатомическая реваскуляризация. Решение о стентировании принималось с учетом степени стеноза и технической возможности стентирования. До стентирования проводилось эхокардиографическое исследование с измерением ФВ ЛЖ. Через 6 месяцев осуществлялось контрольное измерение ФВ.

Результаты. Пациентам было имплантировано 1-2 стента (в среднем 1,3). В 15% была стентирована передняя нисходящая артерия (ПНА), в 30% – огибающая артерия, в 55% – правая коронарная артерия. Преимущественный тип кровоснабжения – левый. Данные ЭхоКС исходно были следующие: КДР 67,3±3,1мм, КСР 59,2±2,0 мм, ФВЛЖ 34,2%. Однако в динамике показателей ЭхоКС особых изменений не отмечалось. Через 6 месяцев наблюдения результаты ЭхоКС показали следующее: КДР 62,2±5,7 мм, КСР 53,2±4,2 мм, ФВЛЖ 40,1%. Как видно из полученных данных, также отмечалось улучшение показателей ЭхоКС, однако статистической достоверности различия не достигли.

Заключение. Стентирование целевого сосуда при ишемической кардиомиопатии с ФВЛЖ менее 35% положительно отражается на динамике показателя фракции выброса левого желудочка.

V. ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ЛАТЕРАЛИЗАЦИЯ ОЧАГА ПОРАЖЕНИЯ МОЗГА ПРИ ИНСУЛЬТЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ

Абдуллаева У.А.,
Каримов А.,
Матхаликова У.А.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Двигательные нарушения развиваются у 80% пациентов, перенесших инсульт. В связи с высокой медико-социальной значимостью проблемы целью исследования стала оценка эффективности реабилитации пациентов с двигательными нарушениями при инсульте в зависимости от латерализации очага поражения головного мозга.

Материалы и методы. Обследовано 133 пациентов в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта в возрасте 20-87 лет (средний возраст 55,4±9,19 лет): 82 (61,6%) мужчины и 52 (38,4%) женщины. С учетом латерализации поражения головного мозга больные были разделены на две группы: 1-ю составили 62 пациента с правосторонней локализацией очага, 2-ю – 71 с левосторонней. Пациенты наблюдались при поступлении и при выписке через 2 недели курса реабилитации Проводилось клиническое неврологическое обследование с оценкой по Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ, 2001). Выполнялась компьютерная томография головного мозга.

Результаты. В ходе продолженной реабилитации у пациентов обеих групп изучения отмечалось улучшение ряда функций согласно МКФ ($p<0,05$). У лиц 2-й группы, в отличие от пациентов 1-й, улучшились следующие показатели: «мышечная спастичность руки» (b730), «мышечная спастичность ноги» (b735), «атаксия, вестибулярные функции» (b235), «гиперкинетический синдром» (b765), «динамические нарушения контроля баланса» (b235), а также характеристики активности – «способность помыться» (d510), «способность к личной гигиене» (d520) и участия – «самообслуживание» (d5), «способность следить за своим здоровьем» (d570).

Выводы. У пациентов с двигательными нарушениями при левополушарном инсульте, по сравнению с правополушарным, курс реабилитации более эффективен по показателям спастичности, подвижности суставов, восстановления вестибулярных функций, динамическим характеристикам контроля баланса, а также активности и участия при самообслуживании (d5).

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛИГИРОВАНИЯ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕНННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Абидов У.У., Хайдаров А.А., Бафоев З.П., Эгамов У.М., Рузиев У.У., Болтаев Н.Р.
Бухарский филиал РНЦЭМП

Проанализирован опыт применения эндоскопического лечения пациентов, находившихся на лечении в Бухарском филиале РНЦЭМП в 2013-2015 гг. Эндоскопическое лигирование варикозно расширенных вен пищевода является малотравматичным и малоинвазивным вмешательством, позволяющим значительно снизить показатели летальности и улучшить качество жизни больных с циррозом печени осложненных портальной гипертензией.

До сих пор нет единой программы лечения синдрома портальной гипертензии. Плохая переносимость больными с циррозом печени обширных травматичных хирургических вмешательств привела к необходимости разработки и поиску рационального сочетания малоинвазивных вмешательств. Одним из приоритетных является метод эндоскопического лигирования (ЭЛ) варикозно расширенных вен пищевода.

Цель исследования. Показать роль эндоскопического лигирования (ЭЛ) в лечении и профилактике кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода.

Материалы и методы. Наши данные основаны на опыте эндоскопического лечения 156 пациентов с варикозным расширением вен пищевода за период 2013-2015 гг. Возраст больных составлял от 18 до 83 лет, мужчин – 91 (53,8%), женщин – 65 (42,6%). Из 156 пациентов причиной портальной гипертензии у 4 пациентов был тромбоз воротной вены, у 152 – цирроз печени различной этиологии: класс В у 85 и класс С у 67 пациентов (шкала Child-Puqh).

Все эндоскопические лигирования выполнялись больным со II и III степенью расширения варикозных вен пищевода. Эндоскопическое лигирование применялось пациентам, поступившим в клинику с острым массивным пищеводным кровотечением у 112 больных. У 44 пациентов из-за плохой визуализации источника кровотечения использовали зонд-обтуратор Блекмора–Сенкстакена и госпитализировали в отделение реанимации и интенсивной терапии. После относительной стабилизации пациента на следующие сутки проводилась отсроченная эндоскопия с лигированием вен с приостановившимся кровотечением и вен, у которых был риск кровотечения.

При ведении пациентов с варикозным расширением вен ЖКТ и кровотечением возможны различные

варианты лечения. Но ни один из них, за исключением эндоскопической терапии, не показал своего влияния на уровень смертности.

Эндоскоп с торцевой оптикой и прямым колпачком вводили в дистальный отдел пищевода, выявляли варикозно расширенную вену и аспирировали её в просвет лигирующего устройства, затем, нажимая на присоединённый к нему проволочный рычаг, на вену надевали латексное кольцо. Процесс повторяли до полной перевязки всех варикозно расширенных вен.

Результаты и обсуждение. Выполнено 265 сеансов лигирований 156 пациентам с варикозным расширением вен пищевода II-III степени. Для лигирования мы использовали эндоскопические лигаторы фирмы Wilson Cook Shooter MBL-6 – PK и EZY Shoot QF-OVL. Во время одной процедуры по стандартной методике использовалось от 3 до 6 лигатур «спиральным» методом наложения в шахматном порядке, начиная с области эзофагокардиального перехода снизу вверх. Во время лигирования и в раннем послеоперационном периоде осложнений не было.

Рецидив кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода после первого этапа ЭЛ возник у 3 (5,8%) больных через 2 месяца после вмешательства, что послужило показанием к проведению второго этапа эндоскопического лечения. В 2 наблюдениях (3,9%) отмечались летальные исходы. В первом случае причиной стало прогрессирование печёночной (декомпенсированный цирроз класса С) и полиорганной недостаточности без рецидива кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода. Во втором случае при профузном кровотечении не удалось визуализировать источник кровотечения, установка зонда Блекмора и неоднократные попытки лигирования не позволили добиться гемостаза. Госпитальная летальность составила 6,1%.

Таким образом, ЭЛ варикозно расширенных вен пищевода вследствие его малоинвазивности и малотравматичности, безусловно, является методом выбора лечения и профилактики пищеводного кровотечения портального генеза. Применение ЭЛ позволило существенно снизить показатели летальности, улучшить качество жизни данной группы больных, а также получить дополнительное время для продолжения консервативного лечения основной патологии.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ГЕМОДИНАМИКИ В УСЛОВИЯХ КОМБИНИРОВАННОЙ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ЭКСТРЕННЫХ ОПЕРАЦИЯХ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Агзамходжаев Т.С., Юсупов А.С.,
Файзиев О.Я., Маматкулов И.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Обширные травмы брюшной полости вызывают кровотечения, шоковое состояние, а оперативные вмешательства отличаются высокой травматичностью, значительной продолжительностью и нередко массивной кровопотерей. В связи с этим возникают специфические анестезиологические проблемы, касающиеся выбора метода анестезии и стабилизации жизненно важных функций организма.

Цель. Сравнение эффективности комбинированной эпидуральной анестезии (КЭА) и общей анестезии у детей с острыми травмами органов брюшной полости путем оценки гемодинамики и клинического течения анестезии.

Материал и методы. Обследованы 25 пациентов в возрасте от 3 до 15 лет с острыми травмами органов брюшной полости, которые подверглись оперативным вмешательствам. Для обеспечения анестезиологической защиты у 13 больных была использована эпидуральная анестезия в комбинации с пропофолом в дозе 3,0 мг/кг и кетамином в дозе 2,5 мг/кг (1-я гр.). В эпидуральное пространство введен 0,5% раствор бупивакаина в дозе 1,5 мг/кг. Анестезия поддерживалась в/в введением пропофола в дозе 7 мг/кг/ч. Однократно эпидурально введенный раствор бупивакаина продолжалась до 3,5 ч. Больные были переведены на ИВЛ.

У 12 детей 2-й группы проводилась общая анестезия фентанилом (5 мг/кг) в сочетании с пропофолом (2,5 мг/кг). Анестезия поддерживалась в/в введением пропофола 7 мг/кг/ч и фентанила каждые 15-20 мин $^1/_2$ или $^1/_3$ части от основной дозы.

Проводилось клиническое наблюдение течения анестезии с мониторингом ЧСС, АДс, АДд и SpO_2, исследование состояние центральной гемодинамики методом эхокардиографии.

Результаты. Клиническое течение анестезии у больных обеих групп характеризовалось стабильностью общих симптомов. У больных обеих групп показатели гемодинамики (АДс и АДд) в периоде поддержания анестезии характеризовались тенденцией к уменьшению, сохранялись нормальные величины сатурации кислорода, определяемой методом пульсовой оксиметрии.

У больных 1-й группы в наиболее травматичные моменты операции отмечалось увеличение ЧСС на 7,42%, СИ на 20,65%. При этом показатель УПС уменьшался на 21,19% ($p<0,05$). На всех последующих этапах операции показатели гемодинамики оставались стабильными.

У пациентов 2-й группы по сравнению с исходными данными на этапе поддержания анестезии отмечалось уменьшение УПС на 14,06%. Остальные показатели, такие как ФИ и СДД, имели тенденцию к уменьшению соответственно на 2,96 и 6,07%. Минимальное изменение показателей наблюдалось в конце операции.

Выводы. 1. КЭА бупивакаином в сочетании с пропофолом сопровождается гладким клиническим течением, продленным анальгетическим действием (до 3,5 ч), незначительными, а также компенсированными изменениями основных показателей ЦГ, что свидетельствует об обеспечении эффективной анестезиологической защиты детского организма при операциях по поводу острых травм органов брюшной полости.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНТЕЛЛЕКТА И ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ АЛКОГОЛЕМ

Акалаев Р.Н., Стопницкий А.А., Ишбаев Н.А., Хожиев Х.Ш., Сабиров Д.Х.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Ташкентский институт усовершенствования врачей

Функциональные методы оценки состояния вегетативной нервной системы (ВНС) и когнитивных функций у больных с острыми отравлениями повсеместно привлекают внимание исследователей.

Цель. Изучение показателей вегетативной нервной системы и когнитивных функций у больных с острыми отравлениями алкоголем различной степени тяжести.

Материал и методы. Под наблюдением были 82 пациента с острыми отравлениями алкоголем в возрасте от 30 до 55 лет, поступивших в 2015 г. в отделение токсикологии и токсикологической реанимации РНЦЭМП на фоне хронического употребления алкоголя. Обследуемые были разделены на 3 группы: 1-я группа – 34 больных с высоким уровнем алкогольной интоксикации, длительность запоя свыше 7 дней, алкоголь крови – 2,8±0,6 г/л, АЛТ – 204,2±71 u/l, АСТ – 185,7±32 u/l, u/l СМ – 0,388±0,056 ед.опт.пл.; 2-я – 22 больных со средним уровнем алкогольной интоксикации, длительность запоя 3-7 дней, алкоголь крови – 2,4±0,7 г/л, АЛТ – 102±36 u/l, АСТ – 88,2±16 u/l, СМ – 0,262±0,036 ед.опт.пл.; 3-я – 26 больных с относительно низким уровнем алкогольной интоксикации, длительность запоя до 3 дней, алкоголь крови – 1,7±0,4, АЛТ – 48,2±18,6 u/l, АСТ – 39,8±14,4 u/l, СМ – 0,184±0,052 ед.опт.пл.

Больные получали стандартную схему интенсивной терапии, включавшую инфузионную терапию, витаминотерапию, седацию бензодиазепинами и нейролептиками.

Всем пациентам проведено комплексное обследование в 1, 2, 3 сутки. Изучались клинические и анамнестические данные, определяли содержание этанола в крови, проводили биохимическое исследование крови – АЛТ, АСТ, уровень средних молекул.

Степень когнитивных нарушений изучалась по шкале MMSE (Mini mental state examination) по 10 позициям в баллах, шкале FAB по 6 позициям и теста Рейтана в секундах, разработанной для диагностики скрытых форм печеночной энцефалопатии.

С целью анализа ВНС проведены следующие исследования: изучение функции гемодинамики: ЧСС, систолическое и диастолическое артериальное давление (САД и ДАД), вегетативный индекс Кердо (ВИ) по формуле ВИ = (1 – D/P), где: D – диастолическое АД, P – частота пульса в мин. Анализировали сердечный ритм методом кардиоинтервалографии (КИГ) по Р.М. Баевскому (1986). Изучались: Мо (мода), АМо (амплитуда моды), ИН (индекс напряжения) – в условных единицах, отражает степень централизации управления сердечным ритмом.

Результаты. У пациентов с тяжелой степенью интоксикации при поступлении отмечается выраженное нарушение уровня интеллекта по шкалам MMSE, FAB, суммарный балл составил 17,5±1,2 и 9,4±1,4, а тест Рейтана больные выполняли с частыми ошибками и практически только 2 пациентов закончили данный тест с результатом соответственно 246 и 316 с, что соответствует тяжелым когнитивным поражениям. В первую очередь отмечалось снижение устойчивости внимания, способности к абстрагированию, обобщению, а также нарушения динамического праксиса. В динамике, несмотря на проводимое лечение, у пациентов и на 3-ьи сутки сохранялись серьезные нарушения когнитивных функций, что подтверждалось данными шкал MMSE, FAB, которые были на 20,4 и 26,2% меньше нормы и теста Рейтана, который превышал норму на 34,5%.

Что касается вегетативных показателей, то при поступлении в стационар у всех больных преобладала гиперсимпатикотония, обусловленная повышением активности симпатического отдела ВНС и снижением тонуса парасимпатического. Это характеризовалось увеличением значений систолического и диастолического давления, ЧСС, соответственно индекса Кердо, а также показателей моды и амплитуды моды (АМо). При этом у пациентов с тяжелой степенью алкогольной интоксикации показатели гемодинамики превышали предельные нормальные значения в 1,3, 1,2, 1,6, 2,5 раза, а показатели КИГ были ниже в 1,2 и 1,3 раза, что свидетельствовало о выраженном напряжении компенсаторных механизмов организма. В дальнейшем у 25 (78,1%) больных с тяжелой степенью алкогольной интоксикации отмечалось развитие алкогольного делирия.

Выводы. 1. У больных с алкогольной интоксикацией отмечается снижение когнитивных функций пропорционально тяжести интоксикации. У больных с тяжелой степенью алкогольной интоксикации развиваются выраженные нарушения интеллекта, которые требуют медикаментозной коррекции с обязательной в последующем психологической реабилитацией. 2. Для острых отравлений алкоголем на фоне запоя характерно развитие гиперсимпатикотонии, обусловленной повышением тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы.

ЗНАЧЕНИЕ МЕТОДА КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ МОЗГОВЫХ ИНСУЛЬТОВ

Акбарова М.А., Боборахимов А.А., Кушаков Н.Н., Махмудов Н.И.
Ферганский филиал ТМА

Мозговые инсульты – одна из важнейших медико-социалных проблем современного общества. Проблема цереброваскулярной патологии является актуальной со всех позиций, в том числе и с точки зрения разработки новейших методов обследования и диагностики вопрос цереброваскулярных заболеваний во всём мире и в Узбекистане в частности имеет

огромное значение. По данным ФФРНЦЭМ, в 2015 г. пролечено пациентов с ОНМК – 616 человек; из них: 72 (11,7%) с геморрагическим инсультом и 407 (51,8%) человек с ишемическим инсультом, 137 (22,2%) больных с транзиторной ишемией.

Исход ОНМК зачастую зависит от времени и определения характера мозгового инсульта, от адекватной тактики лечения, включая дифференциальную терапию, так как начало лечения в течение ближайших 3-6 часов даёт наиболее благоприятный результат. До недавнего времени дифференциальная диагностика геморрагических инсультов включала в себя: эхоэнцефалографическое исследование, определение глазного дна и особенно гикворологическия исследования. Однако большинство из них является недостаточным, если прорыв крови в ликворное пространство задержался в первые 6-8 часов.

В таких ситуациях решающее значение имеет высокоэффективный метод исследования головного мозга – компьютерная томография. Так, из 616 больных с ОНМК на стационарном лечении в экстренном неврологическом отделении ФФРНЦЭМ за 2015 г. КТ проведена 445 больным. В 55 случаях вместо предполагаемого первоначально ишемического инсульта выявлен геморрагический тип, а в 28 случаях наоборот, ишемический тип.

Это наглядно показывает значимость и необходимость КТ-диагностики мозговых инсультов на ранних этапах развитие инсульта.

КЛЕТОЧНАЯ ГЕЛЬ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОБШИРНЫХ ОЖОГОВ IIIБ–IV СТЕПЕНИ

Алексеев А.А., Салахиддинов К.З.
Российская медицинская академия последипломного образования
Андижанский государственный медицинский институт

В последние годы все больше и больше появляется необходимость улучшения качества экстренного и планового лечения больных, пострадавших от ожогов.

Несмотря на множество методик, восстановление утраченных от ожога кожных покровов, лечение пациентов с обширными и глубокими ожогами ШБ-IV степени представляет собой сложность, в связи с чем нами были изучены различные возможности трансплантации культивированных аллофибробластов и современных раневых покрытий для восстановления целостности кожных покровов.

Предложенная методика лечения заключалась в следующем: производилась ранняя некрэктомия в пределах жизнеспособных тканей, раневая поверхность тщательно обрабатывалась антисептиками (1% хлоргексидин или Лавосепт), после чего проводилась аутодермопластика кожным лоскутом с коэффициентом перфорации 1:4 с последующей трансплантацией культивированных аллофибробластов, распределенных в геле «Биокол» (КАФ-гель) (патент RU 2385744 C1); в качестве дополнительной фиксации и защиты использовалось раневое покрытие Парапран. Фибробласты получены из лаборатории роста клеток и ткани ИТЭБ РАН. Клетки были выделены из кожного материала, тестированы на отсутствие вирусных и бактериальных контаминаций и идентифицированы методом проточной цитофлюорометрии как дермальные фибробласты.

Исследовано 28 пациентов с глубокими ожогами IIIБ–IV степени, которым в комплексном лечении использовали КАФ-гель и 29 контрольной группы с традиционным методом лечения – использованием марлевых или ватно-марлевых повязок с мазями Левомеколь или фурацилиновой, а также раствором фурацилина или йодопирона. Глубокие ожоги составили от 1 до 40% поверхности тела. Возраст пациентов колебался от 19 до 89 лет.

Клиническую оценку результатов лечения проводили на основе визуального контроля за течением раневого процесса, цитологического и микробиологического исследования ран, а также лабораторных данных.

Полученные результаты показали, что в группе с применением КАФ-геля отмечается значительное ускрение эпителизации аутотрансплантатов кожи.

Было отмечено, что гелевая основа Биокол с распределенными в ней фибробластами по сравнению с традиционными перевязочными материалами, обладает рядом важных свойств: создает оптимальную микросреду для жизнедеятельности и перемещения клеток; заживления ран; обладает высокой абсорбционной способностью в отношении раневого экссудата; имеет достаточную проницаемость для газов (кислорода, углекислоты) для обеспечения протекания репаративных процессов; исключает высушивание дна раны; имеет возможность моделирования поверхностей со сложным рельефом; не обладает пирогенным действием; не имеет раздражающего и аллергического действия. Отмечалась выраженная эпителизация ячеик кожного трансплантата. Раневое же покрытие являлось эффективной защитой от механической травмы, а её сетчатое строение способствовало свободному выведению раневого отделяемого, а также возможностью применения дополнительно различных препаратов-антисептиков, антибиотиков, обезболивания.

ВЛИЯНИЕ ГЕМОДИЛЮЦИИ НА КЛЕТОЧНОЕ ЗВЕНО СИСТЕМЫ ГЕМОКОАГУЛЯЦИИ (IN VITRO ИССЛЕДОВАНИЕ)

Афончиков В.С., Михеева А.В., Лазуткина Е.А., Петрова А.А.
ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербургский государственный университет

Проведение массивной инфузионно-трансфузионной терапии при многих критических состояниях сопровождается значительной гемодилюцией, которая может приводить к развитию дилюционной коагуло-

патии. В основе патогенеза дилюционной коагулопатии лежит снижение концентрации всех факторов системы гемокоагуляции, включая как факторы гуморального, так и клеточного звена. Очевидно, что не все случаи гемодилюции требуют заместительной терапии, в частности – трансфузии компонентов донорской крови. В то же время исследования с дилюцией цельной крови не позволяют выявить индивидуальную значимость снижения концентрации каждого из факторов с точки зрения снижения общего коагуляционного потенциала.

Для выявления влияния фактора гемодилюции на клеточное звено системы гемокоагуляции нами было проведено in vitro исследование влияния уменьшения количества тромбоцитов на показатели тромбоэластограммы.

В качестве материала исследования была взята кровь 20 здоровых доноров-добровольцев. Забор крови проводился в стандартные пробирки для гемокоагуляционных исследований с раствором цитрата натрия. После центрифугирования в течение 8 мин (1000 об/мин) из надосадочного слоя пипеткой собиралась порция плазмы, обогащенной тромбоцитами. Вторая порция той же плазмы подвергалась повторному центрифугированию (15 мин, 5000 об/мин); из надосадочного слоя забиралась порция плазмы, обедненной тромбоцитами. Обе порции плазмы исследовались на автоматическом гематологическом анализаторе для определения количества тромбоцитов. Затем за счет смешивания обедненной тромбоцитами плазмы и обогащенной тромбоцитами плазмы приготавливалась серия разведений, в каждой из которых вновь определялось количество тромбоцитов при помощи автоматического гематологического анализатора. Далее каждая из приготовленных проб исследовалась методом тромбоэластографии, при этом оценивались: время начала образования сгустка (R), время достижения амплитуды 20 мм (K), угол наклона кривой тромбоэластограммы (Angle α), максимальная амплитуда тромбоэластограммы (MA) и механическая плотность сгустка (G).

При анализе времени начала образования сгустка (R) не выявлено достоверной зависимости данного показателя от количества тромбоцитов в пробе. То же самое можно сказать о времени достижения амплитуды 20 мм (K) и показателе угла наклона кривой тромбоэластограммы (Angle α). Данные показатели оставались в пределах нормальных значений даже в пробе плазмы, обедненной тромбоцитами, где общее количество тромбоцитов всегда было менее 2000/мкл. В то же время показатели максимальной амплитуды тромбоэластограммы (MA) и механической плотности сгустка (G) закономерно снижались по мере уменьшения в пробах количества тромбоцитов. При этом уменьшение количества тромбоцитов в диапазоне от 400 000/мкл до 100 000/мкл приводило к снижению показателя G на 6,2% от исходного, а показателя MA – на 2,1% от исходного. Уменьшение количества тромбоцитов в диапазоне от 100 000/мкл до 50 000/мкл приводило к снижению показателя G на 13,3% от исходного, а показателя MA – на 5,6% от исходного. Уменьшение количества тромбоцитов в диапазоне от 50 000/мкл до 12 000/мкл приводило к снижению показателя G на 33,8% от исходного, а показателя MA – на 16,5% от исходного.

Таким образом, при снижении количества тромбоцитов в пробе отмечается нелинейное изменение показателей плотности образующегося сгустка. При этом можно предположить, что любое снижение количества тромбоцитов в диапазоне от 400 000/мкл до 100 000/мкл не оказывает никакого влияния на гемокоагуляционный потенциал. Уменьшение концентрации тромбоцитов от 100 000/ мкл до 50 000/мкл способно существенно повлиять на показатели тромбоэластограммы, однако они все еще не выходят за нижние пределы нормальных значений. Существенное влияние на гемостатический потенциал может оказывать тромбоциотопения менее 50 000/мкл.

ОЦЕНКА ЗАВЕРШАЮЩЕЙ ФАЗЫ ГЕМОКОАГУЛЯЦИИ У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ШОКОГЕННОЙ ТРАВМОЙ

Афончиков В.С., Каськов А.Ю., Грицай А.Н., Соколова Е.С.

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Ранняя травматическая коагулопатия является одним из основных факторов патогенеза травматической болезни, значительно увеличивая объем кровопотери и усугубляя тяжесть состояния и прогноз пострадавших. К сожалению, до настоящего момента лабораторная диагностика ранней травматической коагулопатии основана на оценке показателей так называемой «рутинной» коагулограммы, включающей определение протромбинового времени и его производных (протромбинового индекса по Квику и международных нормализованных отношений – МНО) а также активированного парциального тромбопластинового времени (каолин-кефалинового времени). Данные методики не позволяют, в частности, оценить посткоагуляционную фазу свертывания крови, в то время как именно посткоагуляционная фаза определяет адекватность гемостаза в остром периоде травматической болезни.

Для оценки завершающей (посткоагуляционной) фазы гемокоагуляции были обследованы 58 пострадавших с сочетанной шокогенной травмой. Тяжесть травмы оценивалась по шкале ISS и составляла от 25 до 34 баллов (шок II–III степени по отечественной классификации). В качестве методики оценки завершающей фазы гемокоагуляции была выбрана методика количественной оценки свойств кровяного

сгустка и активности спонтанного фибринолиза (по Е.П. Иванову). Данная методика позволяет оценивать гемостатические реакции in vitro без применения каких-либо активаторов свертывания или иных реактивов и учитывает общий гемостатическй показатель (Т), плотность образовавшегося сгустка (S), активность спонтанного фибринолиза и ретракцию кровяного сгустка. Поскольку в исследовании используется цельная кровь, данная методика интегрально оценивает совокупность функциональной активности клеточного и гуморального звеньев системы гемокоагуляции.

У всех обследованных отмечалось значительное снижение гематокрита крови, среднее значение которого составляло 0,22±0,072 и коррелировало с тяжестью шокогенной травмы. Показатель плотности сгустка (S), составляющий в норме 1,7-2,5, у наших пациентов был выше нормы и составлял в среднем 7,6, варьируя в широких пределах от 5,3 до 14,7. Общий гемостатический показатель также был выше нормы и составлял в среднем 198,4 при норме 80-180. У всех пострадавших отмечалось значительное увеличение показателей ретракции кровяного сгустка, составлявшее 93,4±4,3% при норме 60-75%. Все полученные нами данные относительно физических параметров образующегося кровяного сгустка и активности его ретракции хорошо согласуются между собой. Они являются результатом значительного снижения показателя гематокрита на фоне гиперактивации тромбоцитарного звена гемокоагуляции. Интегрально это приводит к формированию более плотного кровяного сгустка меньшего (по сравнению с нормальными показателями) объема.

В то же время исследование спонтанного фибринолиза сгустка продемонстрировало некоторое снижение фибринолитической активности: спонтанный фибринолиз за 2 ч составил 11,3±3,8% (при нормальных показателях 10-20%); у 24 (41,4%) пострадавших показатели спонтанного фибринолиза in vitro были ниже 10%.

Проанализировав полученные результаты, мы пришли к выводу, что для острого периода травматической болезни характерно значительное усиление ретракции кровяного сгустка и увеличение его плотности при уменьшении объема; случаев патологического гиперфибринолиза не выявлено. Анализ публикаций, посвященных гиперфибринолизу при шокогенной травме, позволяет предположить, что данное состояние развивается при травмах, имеющих оценку по шкале ISS 48 баллов и более, летальность при которых приближается к 100%.

К сожалению, методика, предложенная Е.П. Ивановым, требует более 2 ч для получения результатов и не может рассматриваться в качестве способа быстрой оценки состояния системы гемокоагуляции у пострадавших с сочетанной шокогенной травмой в остром периоде травматической болезни.

ПРИМЕНЕНИЕ НИМОТОПА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Бадалов Р.Т., Искандаров Э.Р., Дусалов И.Б., Алимарданова К.П.
Сурхандарьинский филиал РНЦЭМП

Лечение геморрагического инсульта является одной из наиболее актуальных задач современной ангионеврологии. Эффективностью лечения геморрагического инсульта является уменьшение смертности от данного заболевания. Нимотоп предотвращает или устраняет спазм сосудов, спровоцированный различными вазоактивными веществами, обладает нейротропной активностью.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в Сурхандарьинском филиале РНЦЭМП находилось 17 пациентов различного возраста с геморрагическим инсультом, верифицированным по результатам компьютерной томографии. Из них сельские жители – 9, городские – 8. Больные были распределены следующим образом: не более 6 часов – 5 больных, от 6 до 12 часов – 6, от 12 до 24 часов – 4 больных, после 24 часов – 2 больных.

Больные были разделены на 2 группы. В 1 группе (контрольной) больные получали противоотечные, гемостатические средства (5 больных). 12 больных основной 2 группы в комплексном лечении в течение 10 дней получали Нимотоп внутривенно, разведенный на 200 мл физиологического раствора по 20 мл 1 раз в день, а затем в течение 7 дней пероральный прием таблетированной формы Нимотопа. Необходимо отметить, что 10 пациентов основной группы Нимотоп получали первые 12 часов после развития инсульта.

Результаты. Анализ полученных материалов показал, что у больных основной группы, получавших Нимотоп, отмечалось улучшение клинико-лабораторных данных по сравнению с контрольной группой, что имеет важное практическое значение.

ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Байкузиев У.К.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) и инфаркт миокарда (ИМ) остаются ведущими причинами заболеваемости и смертности в мире, в том числе и в Узбекистане. Знание факторов риска ИМ у мужчин позволит выбрать дифференцированный подход к лечению и профилактике ИМ.

Цель. Изучение основных факторов риска развития инфаркта миокарда у мужчин среднего и пожилого возраста.

Материал и методы. В течение 2015 г. обследован 191 мужчина с ИМ, средний возраст 53,4±1-2 года. Мужчин среднего возраста было 163, пожилых – 123. У пациентов оценивались показатели липидного, углеводного обмена, уровень гиподинамии.

Результаты. Среди госпитализированных больных с ИМ 92 (48,2%) были курильщиками. Среди лиц среднего возраста курил 61 (37,5%), среди пожилых – 36 (29,2%). Средний показатель ИМТ составил 26,7±0,3 кг, у пациентов среднего возраста этот показатель был равен 26,6±0,4 кг и оказался несколько меньше, чем у пожилых – 27,1±0,6 кг. Среди мужчин среднего возраста с ожирением 16 (9,8%) имели абдоминальный тип ожирения; среди пожилых абдоминальный тип ожирения отмечался у 13 (10,5%). Повышение артериального давления диагностировано у 77 (40,3%) пациентов. Среди мужчин среднего возраста ГБ выявлена у 55 (33,7%), среди пожилых – у 44 (35,7%). Нарушения углеводного обмена диагностированы у 21 (11%) больного с ИМ, среди них 9 (5,5%) среднего и 12 (9,7%) пожилого возраста. Инсулинорезистентность наблюдалась у 29 (15%) мужчин с ИМ, из них 15 (9,2%) среднего и 14 (11,4%) пожилого возраста. Средний уровень инсулина у мужчин среднего возраста составил 15 (9,30-18,38) ммоль/л, у пожилых – 12 (7,62-22,45) ммоль/л. Нарушения липидного обмена выявлены соответственно у 51 (86,5%) и у 47 (96%) больных; уровень ЛПНП возрастал до 2,48±0,1 ммоль/л в среднем возрасте и до 2,6±0,1 ммоль/л в пожилом. Гиподинамия выявлена у 80 (41,8%) пациентов с ИМ, из них 48 (29,4%) среднего и 45 (36,5%) пожилого возраста.

Выводы. Для мужчин среднего возраста с ИМ наиболее значимыми факторами риска оказались курение, повышение уровня инсулина с развитием инсулинорезистентности. Для мужчин пожилого возраста основными факторами риска ИМ являются ГБ, нарушение липидного и углеводного обмена, гиподинамия, формирование преимущественно абдоминального типа ожирения.

ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ И РЕПЕРФУЗИОННЫЕ АРИТМИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Байкузиев У.К., Умаров О.М., Маматкулов Х.А.
Ферганский филиал РНЦЭМП

В последние годы общепризнанной становится точка зрения, что наиболее реальным фактором инициации острого коронарного синдрома с элевацией сегмента ST является атеротромбоз. Также в настоящее время доказано, что основной причиной развивающегося инфаркта миокарда является тромбоз коронарных артерий, возникающий, как правило, на месте имеющейся атеросклеротической бляшки с поврежденной поверхностью. Поэтому основной патогенетический метод лечения инфаркта миокарда – это скорейшее восстановление проходимости (реканализации просвета коронарного сосуда) пораженной инфаркт-связанной артерии, а также борьба с её реокклюзией. Тромболитическая терапия является основным моментом при ОКС с подъёмом сегмента ST, который проявляется в момент реперфузии аритмиями разной вариабельности и нарушением проводимости.

Цель исследования. Изучение проявлений реперфузионных аритмий у больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) с подъемом сегмента ST, получающих тромболитическую терапию.

Материалы и методы. Обследованы 70 пациентов с ОИМ с подъемом сегмента ST, поступивших в отделение неотложной терапевтической реанимации, средний возраст пациентов составил 53,4±1-2 года. Всем больным от момента пикового ангинозного статуса (до 12 часов) проводилась тромболитическая терапия. Для проведения тромболитической терапии использовалась стрептокиназа 1500000 ЕД РУП «Белмедпрепараты». В зависимости от проводимой терапии больные были распределены на две группы: 1-я группа (n=64) – пациенты, которым проводили тромболитическую терапию с реперфузионными аритмиями, и 2-я группа (n=6) – без таковой. Отсутствие тромболитической терапии было обусловлено поздней госпитализацией больных (более 12 часов от момента появления ОИМ и наличием противопоказаний) и в группы исследования не входили.

Результаты. Как показали результаты проведенного исследования, у больных с ОИМ в контрольной группе в первые 12 часов заболевания при проведении тромболитической терапии отмечаются реперфузионные аритмии. Виды реперфузионных аритмий в 1-й группе на фоне тромболитической терапии варьировали желудочковыми экстросистолиями по Lown&Wolf от I до V градации, наблюдались пароксизм фибрилляции предсердий, желудочковая тахикардия, фибрилляция желудочков, рефлекс Бецольда–Яриша, при сравнении с больными 2-й группы, где аритмии не наблюдались.

ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Байкузиев У.К., Уринов О.Т., Туйчиев А.Х.
Ферганский филиала РНЦЭМП

Цель работы. Провести анализ тромболитической терапии у больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМ) пожилого и старческого возраста по сравнению с более молодыми пациентами.

Материал и методы. Проведен анализ историй болезней пациентов с ОИМ и с тромболитической терапией, поступивших в отделение терапевтической реанимации в 2015 году. Анализировались основные клинико-анамнестические показатели. Результаты обработаны при помощи статистического отчета и истории заболевания.

Результаты. В 2015 году в отделение терапевтической реанимации поступили 336 пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, которым проводилась тромболитическая терапия. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа – больные 70 лет и старше (n=123), 2-я группа – больные до 70 лет (n=213). Пациенты с острым инфарктом

миокарда с подъёмом сегмента ST старшей возрастной группы (70 лет и старше) по всем основным клинико-анамнестическим показателям закономерно оказались более тяжелыми, чем более молодые пациенты. Время от начала ангинозного приступа до поступления в стационар между группами не различалось и составило 166 (120-12 часов и более) и 170 (120-12 часов и более) минут. Частота проведения тромболитической терапии (ТЛТ) была выше в 1-й группе: 56 пациентов 33,7% против 14 пациентов 8,2%. Частота реперфузии коронарной артерии на 90-й минуте от начала ТЛТ (снижение сегмента ST на ≥50% в информативных отведениях) между группами не различалась и составила 51,3% и 54,8% случаев.

Госпитальная летальность была в 1-й группе: 14,4%, 2-й группе: 5,3%.

Выводы. Пациенты до 70 лет и старше поступают в стационар с одинаковой задержкой времени от начала заболевания. В реальной клинической практике пациенты старшей возрастной группы (≥70 лет) в качестве первичного метода реперфузии чаще получают тромболитическую терапию.

ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С НОРМАЛЬНЫМ И НАРУШЕННЫМ УГЛЕВОДНЫМ ОБМЕНОМ (РЕГИСТР ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА)

Байкузиев У.К., Уринов О.Т., Нишанбаева С.М.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Цель. На основании данных регистра острого коронарного синдрома (ОКС) от 2015 г. провести сравнительный анализ осложнений у больных с нормальным и нарушенным углеводным обменом (УО), госпитализированных в терапевтическую реанимацию с ОКС.

Методы исследования. Анализ данных истории болезней 315 больных, включенных в 2015 г. в регистр ОКС ФФРНЦЭМП. Все больные госпитализированы с ОКС в отделение терапевтической реанимации. Изучаемые параметры включали нормальный и нарушенный УО, пол (мужчины – М, женщины – Ж), возникшие за период госпитализации осложнения ОКС – сердечную недостаточность, отек легких, кардиогенный шок, желудочковую тахикардию и фибрилляцию желудочков (ЖТ/ФЖ). Диагноз нарушенного УО ставился на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г.

Полученные результаты. Из 315 больных, госпитализированных в отделение терапевтической реанимации ФФРНЦЭМП с ОКС, нормальный УО был у 203 (64,4%), нарушенный УО – у 112 (35,5%) человек. Учитывались возникшие за период госпитализации осложнения ОКС. Случаев тромбоэмболии легочной артерии отмечено не было. Кардиогенный шок зафиксирован у 9 (2,85%) (М-5, Ж-4) больных, из них у 5 (1,58%) (М-3, Ж-2) с нормальным УО и 4 (1,27%) (М-2, Ж-2) с нарушенным УО. Отек был у 28 (8,88%) (М-7, Ж-21) больных. Сердечная недостаточность, возникшая в период госпитализации, выявлена у 28 (8,88%) (М-12, Ж-16) больных, из них у 9 (2,8%) (М-8, Ж-1) с нормальным УО и 19 (6,03%) (М-4, Ж-15) с нарушенным УО.

Выводы. У больных с нормальным и нарушенным УО, госпитализированных с ОКС в отделение терапевтической реанимации ФФРНЦЭМП, частота развития таких осложнений, как кардиогенный шок, желудочковая тахикардия и фибрилляция желудочков не различались, однако для обсуждения этого вопроса необходимо располагать большей выборкой пациентов. У больных с нарушенным УО частота таких осложнений, как отек легких и сердечная недостаточность составляет 8,88% и 6,66% и встречается чаще по сравнению с больными, имеющими нормальный УО – 6,03% и 2,8% соответственно. Обращает внимание тот факт, что сердечная недостаточность и отек легких у больных с нарушенным УО встречались значительно чаще у женщин.

ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

Бурнашев М.И., Рахматов К.Р.
Республиканский научный центр нейрохирургии МЗ РУз
Ташкентская медицинская академия

Цель. Анализ особенностей клинических проявлений артериовенозных мальформаций головного мозга (АВМ ГМ) у детей.

Материал и методы исследования. Нами проведен анализ опубликованных результатов исследований за последние 40 лет с 1965 по 2015 год.

Результаты и обсуждение. Внутричерепные кровоизлияния являются наиболее частым клиническим признаком АВМ, составляя 55-75% во всех возрастных группах [Eerola I., Boon L.M., Mulliken J.B. etal]. При этом у взрослых частота их обнаружения составляет 50-65%, у детей – достигает 75-85% [ashimoto T., Lawton M.T., Went G. etal].

Для детей характерны не только большая частота возникновения кровоизлияния, но и более высокая смертность вследствие этого [Humphreys R.P., Hendrick B.E., Hoffman H.J.]. Кроме того, у детей более высок ежегодный риск возникновения кровоизлияния по сравнению с таковым у взрослых – соответственно 3,2 и 2,2% [Nataf F., Merienne L., Schlienger M.].

Одним из моментов, которым можно объяснить высокую частоту кровоизлияния у детей, является более частое расположение АВМ в глубинных структурах мозга и мозжечке, для которых геморрагические проявления более характерны, чем для полушарий большого мозга [Jones B.V., Ball W.S., Tomsick T.A. etal.].

DiRocco и соавторы, анализируя результаты лечения 37 детей в Католическом Университете г. Рима в период 1980-1997 гг., отметили, что при госпитализации у 72,9% больных выявлены признаки внутричерепной гипертензии, у 70,3% – кровоизлияния, у 16,2% – эпиприступы, у 51,3% – неврологический де-

фицит. Подкорковые АВМ обусловили возникновение кровоизлияния в 83,6% наблюдений, АВМ полушарий ГМ – в 63,6%. Из 26 больных, у которых возникло кровоизлияние, умерли 6 (23,1%).

Kondziolka и соавторы, обследовав 132 ребенка с АВМ за 40 лет, установили, что в 79% наблюдений первым проявлением заболевания было кровоизлияние. При этом почти 25% пациентов умерли, в основном при наличии АВМ мозжечка. Высокую смертность у детей отмечают и R.P. Humphreys и соавторы. Из 105 детей умерли от кровоизлияния 24%, тогда как у взрослых пациентов частота кровоизлияния не превышала 53%, а летальность 10-15%.

Различны по частоте и другие проявления заболевания: у детей частота эпилепсии составляет около 12%, у взрослых – 24% [Stapf C., Khaw A.V., Sciacco R.R. etal.]. Только у детей, особенно раннего возраста, при АВМ ГМ обнаруживают признаки ранней энцефалопатии, обусловленной «обкрадыванием» мозгового кровообращения, а также симптомы сердечной недостаточности вследствие увеличения венозного подпора [Загородний В., Щеглов В]. Это и прогрессирующая гидроцефалия наиболее характерны для аневризм вены Галена.

С увеличением возраста детей снижается частота геморрагических проявлений. C. Stapf и соавторы обнаружили кровоизлияния у 56% детей в возрасте старше 10 лет и у 49% – в возрасте от 1 до 10 лет.

Выводы. Таким образом, анализ данных литературы свидетельствует, о том, что у детей частота кровоизлияний от АВМ больше чем у взрослых, которое связано с глубинным расположением АВМ, что соответственно приводит к высокой смертности. В клиническом проявлении АВМ у детей преобладает гипертензионная симптоматика и признаки кровоизлияния. У взрослых АВМ больше проявляется в виде эпилептических приступов.

THE SIMULTANEOUS BILATERAL HIP ARTHROPLASTY BY A.M.I.S. ANTERIOR APPROACH

Vasina P.G., Palumbi P., Frakulli I.
Ravenna, Bologna, Italie

Since 2006 we have been using the anterior approach to the hip with A.M.I.S. technique, since 2008 we also started using it with the bilateral hip arthritis while operating patients up to the age of 70, running the operation on both hips at the same time. We had already operated 21 cases with A.S.I. technique for a total of 42 hips, but after twe tried A.M.I.S. with two leg positioners we found out that it was easier to reproduce and faster to execute. From 2008 to December 2014 we operated 57 patients with A.M.I.S. for a total of 114 hips. The average age was 57 years and eight patients were obese; 19 patients presented results from a congenital hip dysplasia. The patients showed high satisfaction for the contemporary resolution of both problems, the only anesthesia and the only hospitalisation that allowed them to resume work as if they had suffered only one surgery. There are no postoperative dislocations so far, there was only one compound spiral fracture in a patient with an unknown osteoporosis, cured with cerclage and some rest in bed. The Harris score was better than in the monolateral surgery.

WHEN A PARTIAL AND WHEN A TOTAL HIP REPLACEMENT? OUR EXPERIENCE WITH REVISION PROSTHESIS AND WITH PRIMARY STEM

P.G. Vasina *, P. Palumbi **, *Ravenna, ** Bologna
Villa Maria Group, Italie

Since 1998, at the Hospital of Argenta (FERRARA) and after 2011 in many private clinics we have performed 624 hip revisions, total or partial; among these, in particular, 164 were treated by first primary stems, when femoral conditions allowed it.

93 of these were S. ROM short modular stems, the remaining 71 were primary monoblock stems.

In particular, the authors analyze the cases performed by primary monoblock stems, and those operated for stress shielding.

The primary stems were used in loss of substance type Paprosky 1 and sometimes together with type 2, while in the most severe cases we have always used Wagner's stems. In any case, the fundamental principle has been to always try to carry the load on the bone as proximally as possible.

In cases of stress shielding with proximal signs of lysis but tenacious grip of the distal tip, it was performed by fissuring side 5-6 mm wide from the subthrocanteric area and ending just below the tip, with two protective hoopings above and below the fissure.

This technique, when possible, is preferred to the classical Wagner, since it allows an almost immediate recovery of weight bearing.

For four years we have used with particular satisfaction an anatomical stem with optimal proximal press fit, even when the proximal cancellous bone is very poor or absent.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ДЛИТЕЛЬНЫХ ФЕБРИЛЬНЫХ ЛИХОРАДОК У ДЕТЕЙ

Джубатова Р.С., Ахматалиева М.А., Олимов А.Р., Шукуров Б.И.
Ташкентский медицинский педиатрический институт

В дебюте некоторых заболеваний у детей часто присутствует такой важный клинический симптом, как лихорадка. Ее принято оценивать по степени повышения температуры тела, длительности лихорадочного периода и характеру температурной кривой. Лихорадка неясного происхождения определена как температура тела выше 38,3°С, сохраняющаяся в течение более 3 недель с диагнозом, остающимся неясным после пребывания в стационаре в течение 1 недели (Petersdorf R.G., 2001). Предполагают, что причиной длительной лихорадки у детей могут быть инфекционные заболевания, болезни соединительной ткани, новообразования.

Цель. Изучение этиологической структуры длительных лихорадок неясного происхождения у детей.

Материал и методы. Под наблюдением находились 36 пациентов в возрасте от 5 месяцев до 9 лет, госпитализированных в педиатрическое отделение РНЦЭМП. Проведены сбор анамнеза и тщательное физикальное обследование больного, осмотр специалистов – невропатолога, оториноларинголога, окулиста, хирурга, кардиолога, онкогематолога. Продолжительные (более 3 недель) фебрильные состояния, отвечающие критериям лихорадки неясного происхождения, выделены нами у 31 (86,1%) ребенка. У 5 (13,9%) детей имели место непродолжительные субфебрильные лихорадки, поэтому из дальнейшей разработки эти дети были исключены.

Результаты. При анализе историй болезни у 31 больного установлено, что лихорадка неясного происхождения регистрировались с одинаковой частотой у мальчиков и девочек (соответственно 44 и 56%). Детей в возрасте от 5 месяцев до 3 лет было 12 (44%), от 3 до 6 лет – 11 (41%), от 6 до 9 лет – 4 (15%). У 20 (64,5%) детей были проведены двукратные курсы антибиотикотерапии по назначению участкового педиатра, 11 (35,5%) детей получили по 1 курсу продолжительностью каждый от 5 до 7 дней с преимущественным использованием аминопенициллинов, аминогликозидов и их комбинации. У 11 (35,5%) пациентов отмечалась железодефицитная анемия, у 3 (9,6%) – врожденная патология почек. Во всех случаях лихорадка развивалась остро, с общими проявлениями (слабость, головная боль, снижение аппетита), сочетаясь у 14 (45,2%) с микролимфаденопатией, у 4 (12,9%) – с минимальными желудочно-кишечными расстройствами (тошнота, непостоянная боль в животе), у 3 (9,7%) – с артралгическим синдромом. У всех пациентов отсутствовала локальная симптоматика. Средняя продолжительность лихорадки составила 30,2±4,2 дня, средний уровень температуры 39,2±0,4°С. У 21 (67,4%) пациента регистрировалась лихорадка интермиттирующего типа, у 6 (19,4%) – возвратного типа, у 2 (6,5%) – ремиттирующая, у 1 (3,2%) извращенная, у 1 (3,2%) неправильного типа. У большинства детей самочувствие при повышении температуры страдало мало. При оценке данных УЗИ в стационаре незначительное увеличение печени обнаружено у 12 (38,7%) больных, у 11 (35,5%) увеличение печени сочеталось с небольшим увеличением размеров селезенки. Изолированное поражение мочевыводящих путей отмечалось только у 1 ребенка, диагноз был уточнен при дополнительном лабораторном и инструментальном исследовании. У 3 (9,7%) пациентов верифицировать диагноз не удалось. По результатам шестимесячных катамнестических данных выявлено, что рецидивов лихорадки у них не было.

Выводы. В результате комплексного обследования в условиях стационара причины длительных фебрильных лихорадок удалось уточнить у 28 (90,3%) детей, при этом чаще всего – у 21 (75%) имели место инфекционные заболевания. У 10 (47,6%) больных встречались смешанные вирусно-бактериальные инфекции, клиника которых была атипична и моносимптомна.

ЭКСТРЕННАЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭНДОСКОПИЯ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

Кадыров Р.Н., Шоназаров И.Ш., Сувонов М.Т.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

По данным Всемирной организации здравоохранения смертность от цирроза печени (ЦП) и его осложнений занимает на сегодняшний день восьмое место в структуре общей летальности (Ивашкин В.Т. 2001). Пищеводно-желудочные кровотечения, составляющие от 5 до 42% всех желудочно-кишечных кровотечений, являются одним из основных причин смерти больных с синдромом портальной гипертензии (Девятов А.В. 1999, McCormick P.A., Burroughs A.K., 1985, Greig J.D., 1994).

Рецидивы гастроэзофагальных кровотечений (ГЭК) у больных с портальной гипертензией (ПГ) являются одной из наиболее сложных проблем современной медицины (Ерамишанцев А.К. с соавт., 1996; Алиев М.М. с соавт., 2000; Затевахин И.И., 2005; Каримов Ш.И., 2005; Шерцингер А.Г., 2005; Назыров Ф.Г., 2008; Kwak HS, 2008; Maksoud-Filho JG, 2009; Orloff MJ, 2009).

Материалы и методы. В период с 2014 по 2015 г. в СФРНЦЭМП с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода поступило 298 больных. Эндоскопические методы на высоте геморрагии использованы у 82 пациентов (мужчин – 59, женщин – 23, средний возраст – 42 года). В соответствии с классификацией Child-Pugh 6 больных относились к функциональному классу «А», 61 пациент к классу «В» и 15 – к классу «С». Источником кровотечения у 7 больных явились варикозно расширенные вены (ВРВ) кардиального отдела желудка, у 75 пациентов – ВРВ пищевода. После эндоскопического установления источника кровотечения проводилась лечебная эндоскопия. По характеру эндоскопического воздействия пациенты были разделены на 3 группы. Первая – больные, которым проводилась склеротерапия (ЭС) с последующей установкой эндоскопического зонда обтуратора, вторая – лигирование (ЭЛ) ВРВПиЖ и третья группа – сочетанная (склеротерапия с последущим лигированием ВРВ). Группы были сопоставимы по полу, возрасту, тяжести кровопотери, функциональному состоянию печени.

В 72 случаях осуществлена ЭС с последующей установкой эндоскопического зонда, в 5-ти – эндоскопическое лигирование (ЭЛ), у 5 пациентов проводилось сочетанная (склеротерапия с последущим лигированием ВРВ).

Результаты лечения. Частота первичного гемостаза в общей группе больных с острым кровотечением составила 85,4% (70 пациентов). В 14,6% случаев (12

чел., 11 из них после ЭС с установкой эндоскопического зонда обтуратора и 1 чел. после ЭЛ) лечебная эндоскопия оказалась неэффективной. Источником кровотечения неэффективности склеротерапии и лигирования явились ВРВ пищевода и кардиального отдела желудка. В случае развития пищеводных кровотечений частота достижения гемостаза составила 98,8%, а кровотечение из ВРВ кардиального отдела желудка – 86,6%.

В течение года рецидив кровотечения развился у 45 (43,7%) из 72 пациентов: 32 пациентов относились к функциональной группе Child B и 13 пациентов – к группе Child C. Частота развития рецидива варикозного кровотечения в первой группе была достоверно выше, чем в остальных 2 группах на всех сроках наблюдения. Использование «сочетанного» эндоскопического гемостаза позволило снизить вероятность рецидива кровотечения.

Установлено, что использование сочетанного гемостаза (склеротерапия + лигирование) в качестве первого этапа остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка позволяет достоверно снизить частоту развития рецидивов кровотечения.

При группировке пациентов в зависимости от функционального состояния печени установлено статистически значимое уменьшение частоты развития рецидива кровотечения на всех сроках наблюдения у пациентов группы Child B. В течение года рецидив кровотечения развился у 13 (15,9%) из 48 пациетов с субкомпесированной функцией печени и у 32(39%) из 34 с декомпенсированной функцией печени ($p<0,05$).

Выводы. Эндоскопические методы являются малоинвазивными и эффективными при кровотечениях портального генеза, позволяющими в большинстве случаев добиться первичного гемостаза. Сочетание эндоскопической склеротерапии и лигирования при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода и желудка повышает эффективность гемостаза и ускоряет облитерацию вен пищевода и снижает процент рецидива кровотечения.

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ДО И ПОСЛЕ АУТОДЕРМОПЛАСТИКИ

Карабаев Б.Х., Фаязов А.Д., Тагаев К.Р., Хакимов Э.А., Нурбаев Э.О., Юнусов О.Т.
Самаркандский государственный медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Возникновение острых венозных тромбозов у тяжелообожженных – явление частое и распространенное (Алексеев А.А. с соавт., 2012). Профилактические мероприятия до, во время и после аутодермопластики у обожженных, особенно пожилого и старческого возраста, играют значительную роль в снижении риска тромбоэмболических осложнений (Смирнов С.В. с соавт., 2014).

Цель исследования. Изучение состояния гомеостаза у больных с глубокими ожогами до и после аутодермопластики.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в отделении комбустиологии Самаркандского филиала РНЦЭМП находились 75 больных пожилого и старческого возраста, которым проводилась целенаправленная профилактика аспирином, гепарином и эластичным бинтованием нижних конечностей, и 81 больной контрольной группы. Площадь глубокого ожога у обеих групп была идентичной (от 10 до 20% п.т.) и локализовалась на туловище и верхних конечностях. Причиной ожогов было пламя.

Все больные (75) до операции в среднем в течение 3-х суток получали 0,25 г аспирина после еды 1 раз в сутки, гепарина 2500 ЕД через каждые 6 часов и эластичное бинтование нижних конечностей. При этом создавалась легкая гипокоагуляпия и гематокрит доводился до 30-35%. Во время операции с высоким операционным риском еще внутривенно вводили реополиглюкин 400-800 мл и производили эластичную компрессию нижних конечностей. После операции через 6-8 часов начинали введение гепарина по 5000 ЕД через каждые 4 часа п/к в течение 5-6 суток, затем по 2500ЕД – 3-4 суток и одновременно получали аспирин в дозе 0,25 г после еды до полной активации больных.

Результаты. Адекватная эластичная компрессия нижних конечностей до, во время и после операции до 10-15 суток проводилась у 75 больных. После полной активации больных и выписки из стационара в течение месяца (не всем) больным назначали аспирин 0,25 г в сутки.

Из 75 больных только у одного (1,3%) развился левосторонний илеофеморальный тромбоз. У остальных 74 больных тромбоза венозной системы или же тромбоэмболических осложнений не отмечено.

В контрольной группе из 81 больного у 5 (6,2%) отмечен тромбоз глубоких вен голени и бедра, илеофеморальный тромбоз. Из них у 2 (2,5%) отмечена тромбоэмболия легочной артерии со смертельным исходом.

Выводы. Проведенная целенаправленная профилактика до, во время и после аутодермопластики у больных пожилого и старческого возраста с глубокими ожогами с умеренным и высоким риском позволяет резко снизить количество тромбоэмболических осложнений.

ДИАГНОСТИКА ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ

Карабаев Х.К., Карабаев Б.Х., Хакимов Э.А., Саидов Ш.А., Карабаев Ж.Ш., Ахмедов Р.Ф.
Самаркандский государственный медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Синдром жировой эмболии – одно из тяжелых осложнений ряда неотложных состояний (Хаджибаев А.М. с соавт., 2014). Под феноменом

жировой эмболии понимают наличие капель жира (размером до 6 мкм) в различных биологических жидкостях (Воробьев В.М., 2001).

В комбустиологической литературе сведения о размере жировых частиц, циркулирующих в крови у обожженных, несмотря на большую теоретическую и практическую значимость этого вопроса, отсутствуют. Точная диагностика жировой глобулемии, а вместе с ней и прогнозирование течения и исхода скрытой фазы жировой эмболии, невозможны без определения массы дезэмульгированного жира, циркулирующего в сосудистом русле. Значительное количество методов прижизненной диагностики наличия и степени выраженности жировой глобулемии носят качественный характер, метод электрофоретического разделения липопротеидов сыворотки крови также не позволяет судить о размерах жировых частиц, относящихся к этой фракции, о наличии в них капель жира, которые из-за большого размера могут быть причиной нарушения микроциркуляции крови, а также других патологических состояний, связанных с величиной и химическим составом этих частиц (жировых глобул).

Цель исследования. Оптимизировать диагностику жировой эмболии у тяжелообожженных.

Материалы и методы. Нами разработана следующая методика: из вены пострадавшего с ожогами забирали 4-5 мл крови. Полученные 2 мл плазмы или сыворотки (так как проведенные нами параллельные определения показали, что количеств дезэмульгированного жира в обеих средах одинаково) профильтровали через бумажный фильтр с величиной пор 6-8 мкм, помещенный в модифицированный нами корпус держателя фильтра Зейца. В процессе работы мы пользовались двумя модификациями прибора. Затем фильтр помещали на предметное стекло и окрашивали насыщенным спиртовым раствором краски судан III в течение 0,5-1 мин. Под микроскопом при увеличении в 100 раз с помощью окулярмикрометра измеряли диаметр четко очерченных и окрашенных в ярко-оранжевый цвет капель жира и подсчитывали их количество по всей поверхности фильтра. Объем и вес каждой капли определяли по таблице для определения веса жировых капель по их диаметру.

Разработанная нами методика диагностики жировой глобулемии как фактора, предрасполагающего к жировой эмболии у обожженных, имеет ряд достоинств:

– применепие простого, а не флюоресцентного микроскопа для обнаружения, подсчета и определения диаметра жировых капель;

– задержка на фильтре только капли жира диаметром более 6-8 мкм, имеющей патогенетическое значение в нарушениях гемореологии и микроциркуляции крови, в развитии жировой эмболии;

– точное количественное определение веса дезэмульгированного жира, циркулирующего в сосудистом русле.

Результаты. В период с 2005 по 2015 год в ожоговом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП по описанной методике было обследовано 30 обожженных в возрасте от 60 до 75 лет с глубокими ожогами 30-45% поверхности тела на 2-3 сутки после травмы с явлениями ожогового шока тяжелой (у 20) и крайне тяжелой степени (у 10). Кроме того, было обследовано 15 доноров крови в возрасте от 25 до 60 лет.

У больных с ожоговым шоком в процессе интенсивной терапии различные клеточные формы жировой эмболии развились у 17 больных, у 4 больных имело место субклиническое течение жировой эмболии, диагностированное на основании клинико-лабораторных исследований крови (величина капли жира более 10-12 мкм) и мочи при окраске их суданом III. Тогда как у доноров в крови жировых частиц более 6-8 мкм не было обнаружено.

Поэтому мы считаем, что данная методика более ценна, по сравнению с существующими методами, не только для диагностики, но и прогнозирования клинического течения жировой эмболии и других нарушений микроциркуляции крови у обожженных в стадии ожогового шока.

АКТИВНОСТЬ ПЛАЗМЕННОГО АНТИТРОМБИНА И ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ СЕПСИСОМ

Каськов А.Ю., Грицай А.Н., Афончиков В.С., Михеева А.В.

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербургский государственный университет

Тяжелый сепсис и септический шок сопровождаются значительными изменениями в системе гемокоагуляции. Эти изменения клинически могут проявляться как гиперкоагуляцией и склонностью к тромбозам и эмболическим осложнениям, так и явлениями гипокоагуляции, сопровождающейся геморрагиями. Анализ публикаций, посвященных состоянию системы гемокоагуляции при тяжелом сепсисе, показывает, что в последние годы в центре внимания находятся активность системы естественных антикоагулянтов, и в частности антитромбина III (плазменного антитромбина, РАТ), а также количество тромбоцитов.

Нами обследованы 42 пациента с диагнозом «тяжелый сепсис», поступивших в отделение анестезиологии и реанимации Центра по лечению сепсиса ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе» в период с сентября 2015 по март 2016 г. У 28 больных был абдоминальный хирургический сепсис, у 5 – инфекции мягких тканей, у 7 – тяжелая внутрибольничная пневмония, у 2 – инфекции центральной нервной системы (как осложнение открытой черепно-мозговой травмы). Выраженность органной недостаточности оценивалась по шкале SOFA и составляла от 2 до 8 баллов, среднее значение балльной оценки тяжести органной

недостаточности в момент поступления в обследованной группе составило 2,68. Активность септического процесса оценивалась по уровню плазменного прокальцитонина, который в момент поступления составлял от 0,8 до 18,6 нг/мл (среднее значение 4,32 нг/мл).

У всех обследованных в момент поступления, через 12 и 72 ч с момента поступления определялась активность антитромбина III, протромбиновый индекс, активированное парциальное тромбопластиновое время и количество тромбоцитов.

У 13 (30,9%) обследованных активность антитромбина III в течение первых 3 суток наблюдения сохранялась в пределах нормальных значений, имея недостоверную тенденцию к снижению к исходу 3 суток. У 29 (69,1%) обследованных активность плазменного антитромбина снижалась (средние значения в момент поступления – 61,6%, через 12 ч – 65,8%, через 72 ч – 58,9%). У пациентов со сниженной активностью антитромбина III также отмечалась недостоверная тенденция к снижению данного показателя к 3 суткам наблюдения.

Тромбоцитопения с количеством тромбоцитов менее 100 000/мкл была выявлена у 3 (7,1%) больных, при этом у 1 из них отмечался пониженный уровень плазменного антитромбина, у 2 – нормальный. Активированное парциальное тромбопластиновое время через 12 и 72 ч с момента поступления было достоверно выше у пациентов со сниженной активностью плазменного антитромбина в момент поступления; следует отметить, что 24 из 29 больных этой группы проводилась профилактика синдрома венозного тромбоэмболизма с использованием низкомолекулярных фракционированных гепаринов (эноксапарин). Протромбиновый индекс (по Квику) был достоверно снижен у 24 (57,2%) и оставался в пределах нормальных значений у 18 (2,8%) пациентов. Изменения протромбинового индекса времени никак не коррелировали с изменениями активности плазменного антитромбина. При сравнении показателей активности плазменного антитромбина с балльной оценкой выраженности органной недостаточности по шкале SOFA достоверной зависимости также не обнаружено.

Полученные результаты позволяют предположить, что септическая коагулопатия обусловлена комплексным разнонаправленным влиянием на систему гемокоагуляции совокупности патофизиологических факторов, при этом определение активности плазменного антитромбина является наиболее ранним и чувствительным маркером развития септической коагулопатии по сравнению с подсчетом количества тромбоцитов.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАРИНГЕАЛЬНОЙ МАСКИ НА ДОГОСПИТАЛЬНЫМ ЭТАПЕ

Койиров А.К., Сатаров Х.И., Ибрагимов М.Н., Болтаев Э.Б.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В нашей республике успешно реализуется очередной этап реформирования здравоохранения (Указ Президента Республики Узбекистан №1114 от 21 мая 2009 г.), совершенствуется система скорой медицинской помощи (СМП). Удовлетворительная оснащенность этой службы позволяет оказывать специализированную помощь на догоспитальном этапе.

Острая дыхательная недостаточность (ОДН) – одно из наиболее тяжелых состояний, встречающихся в практике врача СМП. Поэтому врачи, работающие в этом звене медицины, должны в полном объеме оказывать помощь. В случаях, когда причиной ОДН является нарушение проходимости дыхательных путей (ДП), помощь включает обеспечение проходимости ДП, вспомогательную или искусственную вентиляцию легких.

Своеобразным «золотым стандартом» поддержания проходимости ДП является интубация трахеи. Однако врачи СМП зачастую затрудняются выполнять интубации трахеи в экстренных ситуациях. Установление ларингеальной маски (ЛМ) является единственным способом обеспечения проходимости ДП при трудной интубации. Учитывая недостаточный опыт применения ЛМ на догоспитальном этапе в нашей стране, основываясь на современных данных, рекомендуем алгоритм применения ЛМ при ОДН на догоспитальном этапе.

Показания к использованию ЛМ: 1) пациент находится в бессознательном состоянии и не реагирует на раздражители; 2) не проявляет глоссо-фарингеальных рефлексов; 3) имеет потребность в поддержании проходимости ДП. Варианты использования ЛМ на догоспитальном этапе: спасательное устройство, применяется после неудачи интубации трахеи; первичное устройство для вентиляции с начала реанимационных мероприятий (с заменой на эндотрахеальную трубку или без неё).

Неотложные состояния, при которых возможно применение ЛМ: остановка сердца, утопление, передозировка наркотиков и/или других лекарств, вдыхание дыма или токсичных газов, травма (включая серьёзную челюстно-лицевую), аварийная вентиляция после неудачи интубации, невозможность поддержания проходимости ДП, особенно в условиях потребности в постоянном контроле.

Противопоказания к применению ЛМ: высокий риск регургитации и аспирации (ожирение, беременность в последнем триместре), потребность в высоком давлении на вдохе (тяжёлая астма, низкая податливость лёгких), после приёма пищи (относительное), обструкция ДП на уровне гортани или ниже (т.е. травмы надгортанника, ожоги ДП, инородные тела). Приведенные выше противопоказания носят относительный характер. Применение моделей масок ProSeal, Fastrach, i-gel, имеющих порт для дренирования желудка, делает возможным применение ЛМ при «полном желудке» и давлении на вдохе до 30 см водн. ст. В связи с этим маска может быть использована в любых условиях, включая чрезвычайные ситуации и катастрофы.

Альтернативным устройством является появившаяся в последние годы ларингеальная трубка (Laryngeal Tube), представляющая собой дальнейшее развитие модели, известной в мире как «трубка комбинированная» (Combi Tube). Данное устройство имеет ряд преимуществ перед традиционной интубационной трубкой: возможность применения у детей, малая травматичность, простота применения.

Применение ЛМ на догоспитальном этапе представляет собой весьма перспективную альтернативу эндотрахеальной интубации как методу поддержания проходимости ДП. ЛМ имеет ряд преимуществ, связанных с отсутствием необходимости в специальном оборудовании для установки, простотой техники введения и обучения персонала.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОПУХОЛЕЙ ПЛАЦЕНТЫ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ОПЕРАЦИОННОГО И БИОПСИЙНОГО МАТЕРИАЛА

Магрупов Б.А., Киреева И.В., Исламов Х.Т., Артиков Д.Д.
Ташкентское городское патологоанатомическое бюро

Введение. По данным P.Wentworth (2005 г), Potter (1971 г) отмечены 4 основных вида опухолей плацентарной ткани: гемангиома (хориоангиома), ангиомиксома, пузырный занос, хорионэпителиома. К метастатическим опухолям относены меланобластомы матери, различные формы рака, злокачественная лимфома.

Материал и методы. Был проведен анализ биопсийного материала плацентарной ткани за 2012-2014 гг.

Результаты исследования. Всего зарегистрировано 14650 исследований плацентарной ткани, из их числа выявлено 252 (2%) случая опухолевого поражения хориона и плаценты в сроки от 4 до 42 недель гестации. Опухоли сосудистого генеза выявлены в 94 (37%) случаях.

Хорионангиома встречается с частотой 1 на 100 родов, является доброкачественной сосудистой опухолью. Развивается из кровеносных сосудов и элементов ворсинчатого хориона. Как правило, состоит из мельчайших долек, в состав которых входят многочисленные тесно лежащие сосуды капиллярного типа и соединительная ткань, подобная строме нормальных ворсин. Макроскопически размеры опухоли колеблются от мелких узелков диаметром в несколько миллиметров до узлов диаметром до 20 см. По форме могут быть шаровидными, многодолевыми и разветвленными, одиночными и множественными, темно-красного, коричневатого или пестрого цвета. По локализации: 1) В большинстве случаев [54(57%)] располагаются в толще плаценты, ближе к хориальной пластинке или на её периферии, при этом приподнимают хориальную пластинку и выпячиваются в полость амниона. 2) Вблизи прикрепления, у корня пуповины [32(34%)]. 3) Центральное расположение [8(9%)]. 4) Располагаются вне плаценты, солитарным узлом, сохраняя связь с плацентой путем ответвленных кровеносных сосудов [4(4%)]. Микроскопически опухоль имеет тонкую соединительнотканную капсулу, изнутри выстланную эпителием трофобласта. Основное строение соответствует капиллярной или кавернозной ангиоме с тяжами пролиферирующего эндотелия. В зависимости от развитости стромы и количества основного миксоидного вещества выделяют разновидности опухолей: ангиофибром и ангиомиксом. Отличительным признаком хориоангиомы от гемангиоматоза плаценты является обязательное наличие капсулы с выстилкой из хориального эпителия в опухолевых узлах. Гемангиоматоз плаценты развивается как следствие компенсаторно-приспособительных процессов при различных патологических, дистрофических процессах в плаценте и не имеет капсулы, диффузно распространяясь в тканях. Хорионангиома сопровождается многоводием в 60% случаев, приводит к задержке развития плода. В зависимости от объема и локализации в 30% случаев данная опухоль приводит к нарушению беременности: преждевременным родам, отслойке плаценты, антенатальной гибели плода. Ангиомиксомы [28(30%)] построены подобно хориоангиомам из разрастания кровеносных капилляров нормальных ворсин, зачастую вдаются в пуповину, имеют обильную миксоматозную строму в пуповине, тем самым вызывают дисциркуляторные нарушения кровоснабжения плода, фетоплацентарную недостаточность. Чаще выявляются в плаценте недоношенных, маловесных и мертворожденных детей [19(20%)]. В анамнезе матерей в 85 (35%) случаях имеют место дисгормональные заболевания (патология щитовидной железы, сахарный диабет), ревматизм, ревматоидный артрит, коллагенозы.

Пузырный занос и хорионэпителиома в редких случаях выявляются при поздних сроках гестации и отнесены к болезням матери. Пузырный занос развивается из оплодотворенного плодного яйца в случаях, когда плод не развивается или гибнет в ранние сроки беременности. Появляется кистозное перерождение ворсин хориона, в отдельных случаях с пролиферацией и малигнизацией трофобласта. В наших исследованиях соскобов полости матки, тканей хориона, гипопластичной плаценты у недоношенных детей и оперативно удаленных маток после разрешенной беременности разных сроков гестации, трофобластическая болезнь выявлена в 158 (63%) случаях, от всех опухолей плаценты, из которых 128 (81%) приходится на период 4-8 недель гестации при неразвивающейся беременности. Пузырный занос преимущественно является доброкачественным новообразованием, в 5 (3%) случаях по нашим данным имело место перерождение в хорионэпителиому. Хорионэпите-

лиома – злокачественная опухоль, развивается из ткани хориона в большинстве случаев из пузырного заноса и в случаях после аборта. Пролиферирующий трофобласт разной степени дифференцировки прорастает и разрушает окружающие ткани эндометрия, миометрия.

Заключение. Таким образом, исследования патоморфологии, патогенеза опухолевого поражения плацентарной ткани остаются актуальными в решениях проблем патологии неразвивающейся беременности, недоношенности, мертворождения и указывают на необходимость 100% исследования биопсийного и операционного материала прерванной беременности любого срока гестации.

ЭВОЛЮЦИЯ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ИБС В ИССЛЕДОВАНИИ ПОПУЛЯЦИЙ ПО ДАННЫМ ЭПИДМОНИТОРИРОВАНИЯ

Мамажонов Б.С.
Ферганский филиал РНЦЭМП

В последние годы отмечена выраженная тенденция возрастания заболевания ишемической болезнью сердца (ИБС), при этом значимость этиологических факторов риска, по данным отечественных и зарубежных исследователей, имеют достаточно большую вариабельность в оценке основных факторов риска возникновения ИБС. Подавляющее большинство исследований эволюции основных факторов риска ИБС разделяют эти факторы на управляемые и не управляемые формы.

Подвергалась динамическому эпидемиологическому изучению выраженность основных факторов риска ИБС, в различных группах населения города Ферганы.

Исследования проводились на базе Ферганского филиала РНЦЭМП. Изучены две группы популяции: первая – коренное население (узбекской национальности) – 248 пациентов, вторая – русская этническая группа населения – 223 пациента. Обе этнические группы коррелировали по давности заболевания, которое составило от 5 до 10 лет. Соотношение мужчин и женщин в группах составило пропорцию 3:1. В мужской популяции 36-50 лет в городе Фергане за последний 5-летний период наиболее общими и значимыми для ИБС являются такие управляемые факторы риска, как: артериальная гипертония (АГ), гиперхолестиринемия (ГХС), гипертриглиперидемия (ГТГ), гиперурекемия (ГУ) и избыточная масса тела (ИМТ). У пациентов с ИБС АГ встречалась в 3,8 раза, ГХС в 3 раза, ГУ в 2,8 раза, ГТГ – в 3,5 раза чаще, чем у лиц без ГТГ.

В исследовании учитывались и такие неуправляемые факторы, как магнитные бури и типы нервной системы.

В целом, за 5-летний период в изучаемых популяциях среднее значение с артериальным давлением (АД) увеличилось на 8,5 мм рт. ст. Диастолическое АД увеличилось на 10,0 мм рт. ст., холестерин остался на прежнем уровне, ИМТ возросла на 1,3, мочевая кислота увеличилась на 1,2 мг%, триглицериды снизились на 2,8 мг%. Указанные изменения в изучаемых факторах риска произошли за счёт лиц узбекской национальности, за исключением никатинокурения, которые снизились в обеих этнических группах.

Следует отметить, что, как в общей популяции, так и этнической группе коренного населения, в том числе за указанный период, отмечается значительное ухудшение эпидемиологических условий, наряду с ухудшением природных условий, что соответственно приводит к отягощению не управляемых факторов риска возникновения ИБС.

Таким образом, диктуется необходимость реформы и интенсификации профилактических и доклинических методов контроля управляемыми факторами риска среди населения в популяции города Ферганы. Актуальность проблемы факторов риска возникновения ИБС требует дальнейшего расширенного и углублённого исследования.

ИС ГАЗИДАН ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШ, ЭРТА ОКСИГЕНАЦИЯ

Маҳмудов А.Ф., Тўйчиев И.Б., Неровная Н.Б.
РШТЁИМ Фарғона филиали

Ис гази (CO) – ҳидсиз, рангсиз газ бўлганлиги учун ундан заҳарланишни олдини олиш кўп йиллардан бери муаммолигича қолмоқда. Шу сабабдан ис газидан ўткир заҳарланганлар сони йиллар давомида деярли стабил кўрсаткичларда сақланиб келмоқда.

Ис газидан ўткир заҳарланиш сабаблари турлича бўлиши мумкин. Бизнинг ҳудудда асосан қиш ойларида иситиш мосламаларидан нотўғри фойдаланиш оқибатида (сандалга кўмир ёқиш, ҳаммомни чўғ билан иситиш, хоналарни очиқ камфоркали газларда иситиш) келиб чиқади. Булардан ташқари ёпиқ кўрфазли бинолларда ёнғин содир бўлганда, суицидал мақсадларда ис газидан ўткир заҳарланиш мумкин.

Ис гази организмга ингаляцион йўл билан кириб гипоксик, нейротоксик ва гемотоксик таъсирларни кўрсатади. У қон таркибидаги гемоглобин билан кислородга нисбатан 240 марта мустаҳкам бирикиб – Карбоксигемоглобин (HbCO) ҳосил килади. Карбоксигемоглобин оксигемоглобинга (HbO) нисбатан 3600 марта секин диссоциацияланади. Карбоксигемоглобинни атмосфера ҳавосида ярим парчаланиш даври 320 минут; 100% кислородда эса 80 минутни ташкил этади. Бу, ўз навбатида тўқима гипоксиясини келтириб чиқаради. Нерв системаси гипоксияга энг сезгир ҳисобланган учун бош оғриши, бош айланиши каби умумий мия белгилар кузатилади. Ис гази скелет мушаклари оқсили билан боғланиб координацияни, юрак миоцитлари таркибидаги оқсил – миоглобин билан боғланиб юрак насос функциясини зарарлайди. Ис газини 60-70% и организмдан нафас йўллари орқали дастлабки бир соат давомида, қолган миқдори кейинги 3-4 соат давомида чиқиб кетади. Кам миқдорда ошқозон-

ичак тракти ва буйраклар орқали боғланган ҳолда чиқади.

Клиник белгиларига қараб енгил, ўрта оғир ва оғир таснифланади.

Ис газини атмосферадаги миқдори 0,1-0,2% бўлганда 1-2 соат ичида кома, 1,28% ва ундан юқори бўлганда 3 дақиқа ичида ўлим ҳолати кузатилади. Аёллар эркакларга нисбатан ис газидан заҳарланишга чидамлироқ, ҳамроҳ касаллиги (бронхиал астма, анемия, алкоголизм, чекувчилар) бор беморларда оғир кечади, ҳомиладорлар ва ёш болалар эса ис газига ўта сезгир ҳисобланади.

Материал ва услублар. РШТЁИМ ФФ шошилинч токсикология бўлимига 2013-2015 йил давомида 3029 нафар бемор ётиб даволанган. Бу беморларнинг 8,1% и (247 та) ис газидан ўткир заҳарланганлар ташкил этади. Уларни 62,7% и аёллар, 37,3% и эркаклар ташкил қилади. Улардан 20 ёшгача бўлган беморлар 22,2%; 60 ёшгача 63%; 60 ёшдан ошган беморлар 14,8% кузатилган. Ўлим билан якун топган беморлар 0,8%; ўлим кўрсаткичи барча токсикологик ўлимларни 8,7% ни ташкил этади.

РШТЁИМ ФФ қабул диагностика бўлими шок зали ташкил этилган. Ис газидан ўткир заҳарланган беморларни шок залида намланган кислород билан эрта оксигенация 10-15 л/мин ўтказилган. Бемор 40-50 дақиқа мобайнида оксигенация қилиниб, даволашни давом эттириш мақсадида шошилинч токсикология бўлимига ётқизилган.

Бўлимда оксигенатерапия билан бирга инфузион терапия (аскорбин кислотаси 5% 10; глюкоза эритмаси 5-10% 400; натрий гидрокарбонат 4% 200) муолажалари ҳам ўтказилган.

Хулоса. Ис газидан ўткир заҳарланишларда зудлик билан беморларни заҳарли ҳудуддан эвакуация қилиш, эрта оксигенацияни бошлаш ва парентерал муолажаларни (антигипоксант ва антиоксидант) олиб бориш заҳарланган беморларни асоратларсиз соғайишига олиб келади.

ОПЫТ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МЕНДЕЛЬСОНА

Махмудов А.Ф.
Ферганский филиал РНЦЭМП

При попадании кислого желодочного содержимого в дыхательные пути развивается аспирационная пневмония, так называемый синдром Мендельсона. Анатомическим субстратом СМ является «кислотный» бронхиолит (для развития типичного СМ pH желудочного содержимого должен быть не выше 2.5). Патогномоничные признаки синдрома достаточно четки: в первые секунды после аспирации у больных возникает кашель, могут отмечаться рефлекторная остановка дыхания, транзиторная брадикардия, понижение артериального давления, развиваться астмоидная одышка.

В реанимационном отделении ФФ РНЦЭМП в 2010-2015 гг. зарегистрировано 23 случая СМ, который в основном сопровождал другие патологии. У 23 из 36 больных с диагнозом аспирационной пневмонии удалось верифицировать СМ. Почти у всех при бронхоскопии было обнаружено желудочное содержимое в воздухоносных путях. У 4 больных регургитация произошла во время вводного наркоза. Аспирация желудочного содержимого никогда не отмечалось у больных, находящихся в сознании. Чаще всего причиной регургитации были ошибки в проведении наркоза либо тяжелые заболевания. Выраженные клинические проявления у большинства больных отмечалось сразу же, у 3 (13%) больных спустя 1-2 ч. У 15 (65%) больных была субфебрильная температура, сильная одышка отмечалась у 19 (82,6%) больных, хрипящее дыхание – у 21 (91%), кашель – у 13 (56%), остановка дыхания – у 3 (13%). Умерли 2 (8,6%) больных: 1 с ТЧМТ, второй на фоне алкогольной комы. Клиническая и рентгенологическая картина легочных изменений, вызванных аспирацией желудочного содержимого, существенно отличается от таковой при других аспирациях. Dal Santo, кроме указанных признаков, отмечает значительное понижение PO_2 артериальной крови, понижение pH крови, сохраняющееся около 2 ч. Последнее объясняется чрезвычайно быстрым всасыванием кислоты слизистой оболочкой бронхов – в крови ее максимальная концентрация достигается спустя 2-3 мин после аспирации. Поражение легких (пятнистый ателектаз, геморрагии, отек, инфильтрация, слущивание альвеолярного эпителия) развивается в пределах 5 мин. Все авторы, исследовавшие СМ, отмечают возможность бессимптомного его начала, особенно у больных, находящихся в бессознательном состоянии.

Специфического лечения СМ не существует, но есть основные методы, предупреждающие дальнейшие осложнения. У всех больных проводили бронхоскопию с удалением желудочного содержимого. Лаваж щелочными растворами из-за неэффективности не применяли. В качестве патогенетического средства применяли глюкокортикоиды (гидрокортизон 100-500 мг/сут). Антибиотикотерапию проводили лишь у больных при наличии показаний по сопутствующим заболеваниям, при высевании патологической флоры или выявления новых очагов воспаления при динамическом рентгенологическом исследовании. У всех больных с гипоксией проводили ингаляцию кислорода до O_2 50%. У тяжелых больных осуществляли искусственную вентиляцию легких с применением положительного давления. Очень хорошие результаты получили при применении фосфолипидов и витаминов группы В.

В связи с тем, что лечение СМ малоэффективно, особое внимание надо уделять его профилактике. Общепризнано, что чем ниже pH желудочного сока, тем губительнее он для легочной ткани.

Исходя из опыта ведущих клиник мира и собственной практики мы разработали свою методику предупреждения СМ и его осложнений во время вводного и основного наркоза и послеоперационном периоде:

1. Промыть желудок через зонд у всех больных, кому предстоит оперативное вмешательство.

2. Убрать зонд перед наркозом и применять прием Селика во время вводного наркоза.

3. За 1 ч до операции внутривенно ввести ингибиторы протонной помпы.

4. Поднять головной конец кровати на 35°.

5. Перед операцией применять антациды.

ПРИМЕНЕНИЕ РАННЕЙ ИВЛ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА «ШОКОВОГО ЛЕГКОГО» В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОГО ФИЛИАЛА РНЦЭМП

Махмудов Х.О., Махмудов А.Ф., Усмонов Х.А.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Синдром «шокового легкого» (СШЛ) – 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, 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. Имеет 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.

Под нашим наблюдением были 60 больных с исходной гиповолемией: с острым кровотечением – 24 (40%), с тяжелой сочетанной травмой – 12 (20%), с алиментарной дистрофией, приводившей к гиповолемическим шоку, – 24 (40%). Возраст больных – от 18 до 40 лет. Диагностика и интенсивная терапия больных проводились в реанимационном зале приемно-диагностического отделения. У 15 больных наблюдалось ничем не объяснимая гипервентиляция, однако, несмотря на это, гипоксемия нарастала.

Мы оценивали это как начальную фазу синдрома «шокового легкого». Исходя из этого, после медикаментозной подготовки больные переведены на ИВЛ. Для профилактики дальнейшего развития СШЛ она проходила в режиме ПДКВ. Для достижения этой цели использован респиратор Vella с пульсоксиметром. Проводилась оксигенотерапия с увлажненным кислородом со скоростью в среднем 3-5 и/мин.

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

В результате проводимой интенсивной терапии состояние больных стабилизировались: АД в среднем 130/80 мм рт. ст., PS-80-88,6; SaO_2>95%.

Цианоз исчез, кожа и видимые слизистые розовой окраски, дыхание спокойное. После этого больные успешно экстубированы в течение 4-6 часов. Осложнений, приводящих к органной и полиорганной недостаточности, 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. СШЛ – частое осложнение при различных критических состояниях, о котором надо думать раньше, потому что предупредить СШЛ можно сравнительно простыми мерами. 2. Важнейшая мера в профилактике синдрома – ранняя ИВЛ и улучшение реологических свойств крови. Если ИВЛ не слишком нарушает гемодинамику, надо, чтобы она переходила в режиме ПДКВ. Это требуется не из-за 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.

ФРАКЦИЯ ВЫБРОСА И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Мирсайдуллаев М.М. (млад), Мирсайдуллаев М.М.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель. Выяснить, в каких взаимоотношениях находится фракция выброса с другими показателями, характеризующими левый желудочек.

Материалы и методы. Под наблюдением было 30 пациентов с ОКС, которые были поделены на 2 группы. Первую группу сформировали 15 человек с фракцией выброса, превышающей 50%. Вторая группа – 15 человек с фракцией выброса менее 50%. Группы не различались по полу, возрасту и уровню артериального давления. Исследование проведено на аппарате Philips EnViser.

Результаты. Ударный объем в группах был примерно одинаков и составлял, в среднем, 55 (± 4,4) мл. Также не было достоверных отличий в таких показателях, как минутный объем крови, ударный и сердечный индексы. Однако у лиц со сниженной фракцией выброса оказался достоверно больше конечно-диастолический объем (КДО) левого желудоч-

ка. Увеличение КДО происходило, в основном, за счет поперечных размеров (на базальном уровне 51,520 (±1,74) мм во второй группе и 44,02 (±1,98) мм в первой; на уровне папиллярных мышц 48,89 (±3,03) мм во второй группе и 35,25 (±1,66) мм в первой; на апикальном уровне 36,07 (±2,65) мм во второй группе и 27,34 (±1,58) мм в первой. В то же время продольный размер левого желудочка достоверно не отличался. Кроме того, во второй группе был достоверно больше индекс сферичности (0,51 (±0,02) – в первой группе, 0,57 (±0,02) во второй) и достоверно меньше интегральный систолический индекс ремоделирования (112,60 (± 6,80) в первой группе, 72,28 (± 4,84) во второй).

Заключение. Таким образом, снижение величины фракции выброса сочетается с изменением геометрии левого желудочка, и оценивать этот показатель следует только в комплексе с другими, характеризующими структурные особенности левого желудочка.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Мустафокулов Б.А., Шахзадаев Н.Ш., Жуманазаров Г.С., Очилов Ф.А.
Джизакский филиал РНЦЭМП

В настоящее время при операциях в брюшной полости широкое применение нашло использование многокомпонентной анестезии в сочетании ИВЛ и эпидуральной анестезии. Оперативные вмешательства при операциях в брюшной полости являются сложной проблемой для анестезиолога. Это обусловлено необходимостью адекватной аналгезии до и после операции.

Целью исследования была разработка оптимального метода анестезиологического пособия при операциях по поводу экстренной патологии органов брюшной полости.

Материалы и методы исследования. Исследовались 2 группы больных (всего 34), оперированных по поводу резекции желудка, холецистэктоми и эхинококкэктомии. В 1-й, основной, группе было 16 пациентов, во 2-й контрольной – 18. По возрастному, половому составу группы были равноценными. 11 пациентов имели сопуствующие заболевания, причем 3 из них имели два и более заболевания. В 1-й группе методом обезболивания была выбрана многокомпонентная анестезия с ИВЛ в сочетании с эпидуральной анестезией. После катетеризации вены и преинфузии 400-500 мл кристаллоидов производили пункцию и катетеризацию эпидурального пространства в положении на боку на уровне Th_7- Th_{10} . Для анестезии использовали 2% раствор лидокаина в первоначальной тест-дозе 40 мг с последующим болюсным введением по 1,5 мл на дерматом для достижения признаков адекватной анестезии. После интубации трахеи анестезию поддерживали галотаном, кетамином, сибазоном и пропофолом. После операции обезболивание продолжалось методом эпидуральной анельгезии раствором лидокаина болюсно в течение 2-3 суток. Во 2-й группе проводили многокомпонентную анестезию с ИВЛ на основе галотана, кетамина, сибазона, пропофола, наркотических анальгетиков. В послеоперационном периоде обезболивание осуществлялось опиоидами и НПВС. Во время анестезии контролировали артериальное давление, частоту пульса, ЧСС, SpO_2. Отмечали длительность послеоперационной ИВЛ, качество послеоперационной анальгезии по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), расход наркотических анальгетиков, количество легочных осложнений .

Результаты исследования. По данным клинического наблюдения и показателям мониторинга, анестезия в обеих группах была адекватной. Гемодинамика в целом оставалась стабильной. В 1-й группе в начале операции, как правило, имело место умеренное снижение АД (на 20-30 мм рт.ст.), обусловленное симпатической блокадой. Увеличение темпа инфузии легко купировало гипотонию. Газообмен в обеих группах также был нормальным. Значительные различия между группами отмечались по длительности послеоперационной ИВЛ. Так, в 1-й группе этот показатель составил 10-60 мин, в то время как во 2-й группе – 120-180 мин. Это объясняется значительно меньшей фармакологической депрессией дыхания при эпидуральной блокаде. Выраженные различия отмечались и в качестве послеоперационной анальгезии. В 1-й группе оценка интенсивности боли по ВАШ не превышала 1-2 баллов, во 2-й – 4-5 баллов в первые сутки с постепенным снижением до 2-3 баллов к 3 суткам. В 1-й группе наркотические анальгетики не использовались, во 2-й группе использовали до 60 мг/сут. Неудовлетворительное качество обезболивания и связанная с ним гиповентиляция стали причиной возникновения пневмонии и пареза кишечника у 1 больного 2 группы. В 1-й группе легочных осложнений и пареза кишечника не наблюдались.

Выводы. 1. Многокомпонентная анестезия в сочетании с эпидуральной анестезией обеспечивает качественную антиноцицептивную защиту при полостных операциях, а также создает условия для более раннего перевода больных на самостоятельное дыхание. 2. Послеоперационная эпидуральная анальгезия обеспечивает более раннее восстановление больного.

ДВУГОРБЫЕ ЛОСКУТЫ В ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВЫХ МИКРОСТОМИЙ

Орипов Д.У., Исаков Н.Н., Ёриев А.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Z-пластика возможна лишь при наличии небольших мягких рубцов в области комиссур рта. В большинстве случаев внутренним листком складки является слизистая оболочка, а наружным – грубый не смещаемый рубец. Из этих разнородных тканей

нецелесообразно выкраивать треугольные лоскуты и перемещать их. Нами разработан способ пластики комиссур рта двугорбым лоскутом, выкроенным из слизистой оболочки рта. У 23 больных выполнено 23 операции с использованием предложенного способа по устранению рубцовых микростомий.

Формирование углов рта, закрытие раневых поверхностей и восстановление красной каймы осуществляли перемещением двугорбых лоскутов, выкроенных из слизистой оболочки с подслизистым слоем приротовой области.

При сочетанных рубцовых поражениях у 10 больных устранение микростомий выполняли одновременно с иссечением рубцов на верхней и нижней губах или в области щек. Операцию в этих случаях начинали с формирования углов рта. После формирования лоскутов, по промежуточному слою иссекали все рубцы вокруг рта, затем лоскут подтягивали и формировали из него комиссуру рта, подшивая к ране на щеке, после чего свободным аутодермотрансплантатом закрывали остальную рану. Компрессию на трансплантат создавали с помощью растягивающих швов.

Учитывая риск развития инфекции в околоротовой зоне, в до- и послеоперационном периоде проводили региональную лимфатическую антибиотикотерапию в течение 3-5 дней. Швы снимали на 5-6 сутки.

Наши наблюдения показали, что применение изложенной методики позволяет достигнуть хороших результатов при максимальном использовании слизистой оболочки щек и преддверия рта. Следует отметить, что двугорбые лоскуты выгоднее лоскутов треугольной формы по значительно большему объему заимствования тканей, а также по меньшему риску некроза конца лепестка.

Результаты. Полное и безрецидивное устранение микростомий отмечалось у всех 23 больных, создан резерв для дополнительного ее растяжения при сохранении острой формы углов рта. Лоскут сохраняет жизнеспособность и в отдаленные сроки препятствует рецидиву контрактуры. Случаев нагноений послеоперационной раны не наблюдали.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГОСПИТАЛЬНОГО ПЕРИОДА ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Ортиков М.М., Соткинов Т.Х., Эргашев А.А., Кучкаров А.М.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Анализ особенностей частоты выявления основных факторов сердечно-сосудистого риска, клинико-анамнестических характеристик, лекарственной терапии в госпитальном периоде у больных с острым инфарктом миокарда (ИМ) с подъемом ST.

Материалы и методы. Ретроспективно, методом сплошной выборки проанализированы истории болезней 77 мужчин и 23 женщин, госпитализированных в Наманганский филиал РНЦЭМП в течение 2013-2014 гг. с острым ИМ с подъемом сегмента ST.

Результаты. При анализе различий в частоте выявления основных факторов сердечно-сосудистого риска и особенностей анамнеза выяснилось, что у женщин по сравнению с мужчинами достоверно чаще выявлялись артериальная гипертензия (АГ) (91,3% и 75,3%, соответственно, $p<0,001$), сахарный диабет (СД) (30,4% и 10,3%, соответственно, $p<0,001$), предшествующая ИМ стенокардия (69,6% и 48,1%, соответственно, $p<0,001$), хроническая сердечная недостаточность (ХСН) (13% и 7,8%, соответственно, $p<0,001$).

Достоверных различий в наличии ИМ в анамнезе, гиперхолестеринемии, отягощенной наследственностью по ишемической болезни сердца, периферическим атеросклерозом между мужчинами и женщинами не было. Женщины, в отличие от мужчин, имели более тяжелый класс сердечной недостаточности ($p<0,001$). При анализе различий в лекарственной терапии выяснилось, что женщины достоверно чаще в стационаре принимали нитраты, антиагреганты, антикоагулянти, иАПФ, β-адреноблокаторы, диуретики, статины ($p<0,001$).

Заключение. У женщин с ИМ достоверно чаще, чем у мужчин, выявляются такие факторы сердечно-сосудистого риска, как АГ, СД, ХСН также встречается чаще у женщин и имеет более тяжелый функциональный класс, с чем связаны и различия в лекарственной терапии на госпитальном этапе.

ПРИМЕНЕНИЕ L-ЛИЗИНА ЭСЦИНАТА У БОЛЬНЫХ С ЧМТ И ОНМК

Сайдалиев Д.А., Тиллакориев Т.К., Надёжкин А.Н., Разаков В.В.
Ферганский филиал РНЦЭМП

К существующим методам профилактики и борьбы с ишемией и отеком мозга при травматической и нетравматической этиологии можно отнести: гипотермию, применение анестетиков (барбитураты, этомидат, пропофол,) блокаторов кальциевых каналов (нимодипин, нимокардипин), назначение глюкокортикоидов в первые 6-8 часов после травмы, витамина Е, препаратов конского каштана.

Первое упоминание о применении конского каштана с лечебной целью датированного 1556 годом.

Препарат назначали больным с ушибом головного мозга тяжелой степени с сопутствующим отеком мозга, внутричерепными кровоизлияниями травматической и нетравматической этиологии. Эффективность терапии подтверждалась результатами клинического наблюдения, данными электроэнцефалографии. Отмечено противоотечное действие препарата – у больных с отеком мозга ликвидируются или значительно уменьшаются явления отека и набухания мозга, происходит быстрое рассасывание очагов контузии, нормализуется внутричерепное давления (ВЧД). Улучшается общее состояние,

уменьшается степень очаговых неврологических нарушений, нормализуется ликворное давление, исчезают явления застоя на глазном дне.

Эффективность терапии оценивали на основании клинических данных, инструментальных и лабораторный методов исследования. Учитывали общее состояние больных, уровень сознания, неврологический статус, результаты исследования сахара в крови, общего анализа крови в динамике, компьютерной томографии головного мозга.

Во время лечения с L-лизином эсцинатом снижались дозы других применяемых противоотечных и противоишемических препаратов. Положительный эффект наблюдали через 26-49 часов. Клинически это проявлялось улучшением общего состояния больных, восстановлением сознания, улучшением двигательных, психоэмоциональных и интеллектуальных функций, ориентировки в пространстве и во времени, уменьшением очаговых неврологических нарушений.

РАНЕВЫЕ ПОКРЫТИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОБШИРНЫХ ПОВЕРХНОСТНЫХ ОЖОГОВЫХ РАН

Салахиддинов К.З., Алексеев А.А., Джумабаев Э.С.
Андижанский государственный медицинский институт
Российская медицинская академия последипломного образования

Квалифицированный подход к местному лечению ожоговых ран имеет очень важное значение в развитии и исходе ожоговой болезни. На фоне развившейся гиповолемии возникает нарушение микроциркуляции в тканях, вторичное инфицирование раневой поверхности способствует дальнейшему углублению ожоговой раны. В этот момент применение в местном лечении при обширных ожогах временных раневых покрытий во многом предотвращает эти осложнения.

Нами на базе ожогового центра ГКБ №36 г. Москвы и отделения комбустиологии АФ РНЦЭМП разработана и внедрена в практику методика применения поликомпозиционного перевязочного материала – раневого покрытия Биокол-гель (патент RU 2386436 C1) в сочетании с пленочным покрытием «Биокол», представляющим собой прозрачную эластичную пористую пленку, приготовленную из смеси синтетических и натуральных гидрофильных и гидрофобных полимеров.

Целью работы явилось усовершенствование методов лечения обширных поверхностных ожоговых ран с применением современных раневых покрытий.

Предложенное раневое покрытие Биокол-гель, на наш взгляд, является наиболее удобным и эффективным средством, так как обладает рядом наиболее важных свойств – препятствует дегидратации организма, обеспечивает хороший газообмен раны, обеспечивает влажную среду, способствуя ускорению регенерации, совместим с любыми лекарственными препаратами и перевязочными материалами. Пленочный Биокол адгезивен к ране и здоровой коже, но без излишнего прилипания, что позволяет безболезненно менять или удалять повязку, прозрачен, благодаря чему возможен визуальный контроль за раневым процессом, дает возможность обрабатывать раны другими лекарственными препаратами, не вызывает аллергических реакций. Кроме того, вследствие проницаемости ее поверхности для водных растворов антисептиков и антибиотиков обеспечивалась возможность комбинированного применения других лекарственных препаратов и их пролонгированного воздействия.

Исследовано более 34 больных с поверхностными ожогами II–IIIA ст. Получены хорошие результаты.

В целях профилактики раневых осложнений нами в комплекс лечебных мероприятий была включена региональная лимфатическая антибиоткотерапия (РЛАТ).

Было выявлено что пленки Биокол и Биокол-гель-хорошо моделируется на различных участках тела, легко и безболезненно удаляется во время перевязок, нормализуя процессы обмена на клеточном уровне и стимулируя регенерацию тканей при ожогах II-IIIA степени, а также нормализует развитие грануляционной ткани и краевую эпителизацию при мозаичных ожогах IIIАБ степени. Применение РЛАТ в комбинации позволяло более длительно поддерживать большую концентрацию антибиотиков на месте ожоговой раны, способствовало снижению интерстициального отека, улучшению микроциркуляции, а также усилению эффекта стимуляции регенерации в тканях, что значительно снизило число раневых осложнений.

ОСОБЕННОСТИ СТРЕСС-ОТВЕТА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ РЕЗЕКЦИОННЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ ПО ПОВОДУ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В УСЛОВИЯХ НЕГЛУБОКОЙ СИМПАТИЧЕСКОЙ БЛОКАДЫ

Соловьёв А.О., Долгих В.Т., Новичкова О.Н.
БУЗО Клинический онкологический диспансер г. Омск

Цель работы. Оценить выраженность стресс-ответа в раннем послеоперационном периоде у больных, перенёсших резекционные операции по поводу новообразований толстой кишки в условиях различного варианта аналгезий.

Материалы и методы. Исследованы уровни кортизола, инсулина, С-реактивного белка про- и противовоспалительных интерлейкинов (IL-6, IL-10) в двух группах пациентов (n=20 в каждой) в трех исследовательских точках (1 час, 8 час., 24 час. после операции). В основной группе пациенты имели эпидуральный катетер на уровне Th-9 – Th-10, куда проводилась непрерывная инфузия трехкомпонентной смеси (ропивакаин 0,2%, фентанил, адреналин) со скоростью 7-10 мл, час. В группе сравнения аналгезия проводилась периодическим внутримышечным введением промедола 2% раствора 60-80 мг/сут. В обеих группах интенсив-

ность боли в покое не превышала 2 баллов по ВАШ и 3 баллов при движении.

Результаты и их обсуждение. Значения основного катаболического гормона кортизола в 1 и 2 исследовательских точках практически идентичны в обеих группах. Через сутки значения кортизола также находятся в пределах референтных значений, но в группе с эпидуральным катетером этот показатель выше на 30,06%. Оценка уровней инсулина выявила, что в 1 исследовательской точке показатели практически идентичны. Через 8 часов после вмешательства в группе с симпатической блокадой значения инсулина значительно выше, чем в группе с системной аналгезией – разница составляет 71,45%. В третьей исследовательской точке уровень инсулина в основной группе превышает аналогичный показатель в группе сравнения на 64,49%. Значения СРБ в 1 исследовательской точке завышены в среднем в 2 раза в обеих группах. В следующих точках увеличение носит характер геометрической прогрессии, причем с приоритетом именно в группе с эпидуральным катетером.

Значения основного провоспалительного IL-6 через 1 час после операции в основной группе на 67,18% превышали аналогичный показатель в группе сравнения. Через 8 часов разница в группах составляла уже 72,89% в пользу симпатической блокады. И лишь к концу первых суток имеется тенденция к снижению показателей. Но и в этой точке значения в основной группе выше на 54,19%. Значения основного провоспалительного IL-10 в 1 исследовательской точке были выше в основной группе на 66,99%. В последующих исследовательских точках есть явная тенденция к снижению этого показателя, но все равно он гораздо выше именно в группе с эпидуральным катетером (во 2 точке на 57,76%, в 3 точке на 23,74%).

Выводы. Современные анестезиологические техники с использованием элементов симпатической блокады – эффективный инструмент для антистрессовой защиты именно во время травматичных операций. В раннем послеоперационном периоде на фоне отличной аналгезии, возможности ранней активизации эти пациенты имеют более выраженную воспалительную реакцию. Одной из основных задач в этом периоде является именно попытка модуляции стрессответа, возможно, за счет уменьшения периферического воспаления и предотвращения эндокринной роли цитокинового звена.

РАННЯЯ ПРОФИЛАКТИКА ПОЗДНИХ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

Стопницкий А.А., Акалаев Р.Н.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Ташкентский институт усовершенствования врачей

Поздние пищеводно-желудочные кровотечения (ППЖК) в клинической практике токсикологии – частое и грозное осложнение острых отравлений уксусной кислотой, проявляющееся на 11-20 сутки вследствие отторжения некротических масс ожоговой поверхности пищевода, желудка, недостаточной ее эпителизации.

Цель исследования. Оценить эффективность механизмов профилактики поздних пищеводно-желудочных кровотечений при острых отравлениях уксусной кислотой

Материал и методы. В данное исследование вошло 312 пациентов с острым отравлением уксусной кислотой тяжелой степени из числа поступивших в отделение токсикологической реанимации РНЦЭМП в 2007-2015 гг. Возраст от 17 до 55 лет. Уровень свободного гемоглобина в крови от 4,2 г/л до 32,4 г/л. Пациентов разделили на 2 группы: I группа – 184 больных, поступивших в 2012-2015 гг., II группа – 128 пациентов, поступивших в 2009-2011 гг. Больные основной (I) группы для профилатики ППЖК получали разработанный нами усовершенствованный комплекс интенсивной терапии, включающий в себя введение на раннем этапе препаратов, улучшающих микроциркуляцию, – многоатомные спирты – реосорбилакт, препараты гидроксиэтилкрахмала – рефортан-130, волюстим-130 в течение 3-5 дней с момента отравления, эндотелиопротектора L-лизина эсцината по 10,0 мл 2 раза в сутки в течение 2-3 дней до купирования гемолиза, внутривенное введение антигипоксанта на основе янтарной кислоты цитофлавина в дозе по 20,0 мл 2 раза в сутки, в течение 5-7 дней, внутривенное введение стимулятора пролиферации актовегина по 10,0 мл 2 раза в сутки начиная со 2-х суток и в течение 10-15 дней в зависимости от степени ожога, введение преднизолона по схеме: 4-5 мг/кг массы тела в сутки в течение 3-4 дней, затем по 2-2,5 мг/кг массы тела в сутки в течение 10-12 дней, нутритивную поддержку путем трансфузии альбумина по 50-100 мл через день в течение 14 дней, СЗП по 200 мл/сутки в течение 14 дней, инфузии аминокислот (инфезол, аминол) через день – в течение 10-14 дней. Также для коррекции энтерального питания, начиная с 3-4 суток после отравления, использовали сбалансированную белково-углеводную смесь «Атлант» с энергетической ценностью 450 ккал/100 г, из расчета 1,5 г сухого вещества на 1 кг массы тела 3 раза в сутки – в течение 20-27 дней. Таким образом, суточный суммарный калораж парентерального и энтерального питания составлял в среднем 38,5±6,4 ккал/кг массы тела.

Пациенты группы сравнения (II) получали традиционную интенсивную терапию.

Всем пациентам с момента поступления проводили следующие исследования:

1. Определение уровня свободного гемоглобина в крови и моче при поступлении и в динамике. 2. Общий анализ крови с развернутой лейкоформулой (3-4 сутки и в динамике). 3. Биохимические анализы крови (определение уровня общего белка, мочевины, креатинина, билирубина, АлТ, АсТ). 4. Коагулограмма (ПТИ, фибриноген), ВСК. 5. Эндоскопи-

ческое исследование пищевода и желудка на 1-2-е сутки.

Результаты исследования. В 1-2-е сутки у пациентов обеих групп при эндоскопическом исследовании отмечалась резкая гиперемия слизистой, отек миндалин, складок пищевода, кардиального отдела желудка, большое количество слизи, местами слизистая ротоглотки и пищевода была покрыты рыхлым фибринозным налетом. Такая клиническая картина соответствовала II-III степени химического ожога.

В динамике у больных основной группы на 9-12-е сутки наблюдалось исчезновение фибринозного налета, а гиперемия и отечность слизистых уменьшались уже на 3-ьи сутки, в значительной степени купировался болевой синдром, на 5-6-е больные могли свободно потреблять жидкую и полужидкую пищу. На фоне традиционного лечения у пациентов к 7-м суткам сохранялись все признаки фибринозного воспаления, это проявлялось сохранением сильного болевого синдрома, слюнотечения и затруднения глотания пищи.

Также у больных основной группы отмечались значительные положительные изменения в системе гемостаза – восстановление уровня ПТИ до 73,5±11,2%, фибриногена до 2,7±0,8, ВСК до 7,3±1,1 – 9,9±0,7 мин на 9-12 сутки. Ретроспективный анализ пострадавших II группы показал прогрессивное нарастание гипокоагуляции, при этом уровень ПТИ, фибриногена, ВСК был ниже показателей основной группы в 2,3-2,5-2,1 раза соответственно, что нередко приводило к прекращению сеансов.

В динамике из общего количества пациентов основной группы только у 14 (7,6%) отмечалось появления позднего пищеводно-желудочного кровотечения (ППЖК), а среди пострадавших II группы ППЖК развились у 29 (22,6%), что превышает показатели основной группы в 2,3 раза. При этом летальность составила в I группе – 9,3%, во II – 17,9%. Продолжительность госпитализации в среднем 14,9±1,8 дня у больных основной группы и 23,3±1,4 у группы сравнения.

Вывод. Внедрение усовершенствованного комплекса интенсивной терапии в лечение острых отравлений уксусной кислотой является эффективным в профилактике поздних пищеводно-желудочных кровотечений у данной категории пациентов.

УСТРАНЕНИЕ РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА И ВЫВОРОТОВ ГУБ МОБИЛИЗОВАННЫМИ ТКАНЯМИ ПОДБОРОДКА И ШЕИ

Тешабоев М.Г., Умаров О.М., Орипов Д.У., Бегматов А.А.
Андижанский государственный медицинский институт
Ферганский филиал РНЦЭМП

У двух третей больных с ожогами лица имеются рубцовые деформации нижней трети лица и выворот губ.

Наиболее близкой к коже лица по цвету, толщине, эластичности и текстуре является кожа шеи. Наличие подкожной мышцы затрудняет перемещение кожно-жирового лоскута шеи на лицо. Учитывая это, нами разработан одномоментный способ пластики лица и нижней губы мобилизованным кожно-жировым слоем подчелюстной области и шеи, состоящим из кожи и тонкого слоя подкожно-жировой клетчатки. Оперировано 33 больных.

На границе рубца и здоровой кожи проводили разрез. На нижние края раны накладывали швы-держалки и мобилизацию кожно-жирового слоя начинали от края нижней челюсти вниз по направлению к ключице и грудине ножницами тупо и остро. С учетом имеющихся запасов тканей иссекаются рубцы в области нижней части щек, края нижней челюсти и нижней губы.

В случае перерастяжения мобилизованных тканей, проявляющегося побледнением кожи, снижением показателей $PтсO_2$, у 5 (6,8%) больных использовали провизорные швы.

Результаты. Указанным способом оперированы 33 больных с рубцовыми деформациями лица. Из них у 17 имелись односторонние поражения щек, губ и подбородка. Из 33 оперированных нами больных у 1 (3%) отмечен поверхностный некроз в зоне выступающей части подбородка.

В отдаленные сроки изучены результаты 30 (90,9%) из 33 больных. Хорошие результаты достигнуты у 27 больных (90,1%), удовлетворительные у 2-х (6,6%). Нижняя треть лица и губ сформирована неповрежденной кожей с хорошими пластическими и функциональными свойствами, которые не отличаются по цвету и текстуре от нормальной кожи лица. Тонкий кожно-жировой слой не деформирует лицо, сохраняется тургор, подвижность и эластичность тканей, которые сохраняют нормальную чувствительность и растяжимость, поэтому некоторое натяжение тканей к концу первой недели после операции исчезает, восстанавливается шейно-подбородочный угол и не возникает вторичный дефект донорской зоны на шее. Все вышеуказанное позволяет достичь хорошего функционального и косметического эффекта.

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ДЕТЕЙ

Тожибоев Б.А., Суяров М.Т., Косимов М.А., Муссавий Б.Д., Маманазаров А.Х., Жуманов З.Ш.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Сырдарьинский областной филиал РНЦЭМП

Лечение переломов костей предплечья у детей до настоящего времени является сложной и актуальной проблемой современной детской травматологии. Многообразие способов лечения, применяемых в

различных клиниках, говорит об отсутствии единой тактики и несовершенстве применяемых способов лечения. Это является причиной значительного числа неудовлетворительных исходов лечения, которые, по данным отечественных и зарубежных авторов, достигают 60-65%. За период с 2011 по 2016 г. в Сырдарьинском филиале РНЦЭМП лечились 186 больных детей с переломами костей предплечья в возрасте от 1 года до 18 лет. Из них мальчиков 104 (56,2%), девочек 82 (44,08%).

Наиболее часто переломы костей предплечья встречались в возрасте от 7 до 14 лет. Удельный вес закрытых переломов составил 93%, открытых – 7%, причем, среди открытых переломов чаще отмечались вторично открытые переломы. Изолированные переломы костей предплечья у 74 больных, из них 41 относился к костям локтевой кости, 33 – к лучевой кости. По виду смещения отломков число угловых смещений превышало число смещений по длине и боковых в 8 раз. Переломы костей предплечья на уровне верхней трети отмечены у 41 больного, на уровне средней трети у 79 больных, и на уровне нижней трети у 120 больных. У 21 больного в возрасте от 14 до 18 лет отмечены оскольчатые переломы.

Выбор метода лечения больных с переломами костей предплечья определяется характером перелома, степенью смещения отломков, давностью травмы и возрастом пострадавших. Из существующих методов у 186 пролеченных больных мы чаще применяли следующие методы:

– наружная фиксация поврежденной руки гипсовой лонгетой при переломах без смещения костных отломков;

– закрытая ручная репозиция костных отломков и их фиксация гипсовой лонгетой;

– закрытая ручная репозиция костных отломков и перкутанный интрамедуллярный остеосинтез спицами под ЭОП + гипсовая лонгета.

– открытая ручная репозиция отломков и интрамедуллярный остеосинтез спицами + гипсовая лонгета;

При переломах костей предплечья без смещения костных отломков вполне достаточно фиксации поврежденной руки гипсовой лонгетой в течение 6-7-и недель. Таких случаев было 82, что составило 44% от общего числа наблюдаемых больных, которые считались в основном амбулаторными и наблюдались в поликлиниках.

При смещении костных отломков мы начинали лечение с закрытой ручной репозицией с наложением гипсовой повязки. Устранение смещений костных отломков контролировали клиническими и рентгенологическими методами. После уменьшения отека производили контрольную рентгенографию на 6-7-ые сутки. У 104 больных, которым применяли консервативные методы, в 83% случаях удачно, а в 17% случаях были отмечены отрицательные исходы. Безуспешные закрытые репозиции и вторичные смещения отломков потребовали применения более рациональных методов лечения.

Показанием к оперативному лечению больных были переломы с полными смещениями по длине и по ширине диафиза костных отломков с выраженными расхождениями отломков, а также переломы с интерпозицией мягких тканей. Открытая репозиция и остеосинтез спицами Киршнера и Илизарова применяли у 24 больных. Спицы удаляли через 4-5 месяцев после сращения костных отломков.

С 2015 г. в нашей клинике применяется закрытая ручная репозиция костных отломков и перкутанный интрамедуллярный остеосинтез спицами под ЭОП при оскольчатых и двойных переломах костей предплечья в детском возрасте.

При безуспешности консервативного лечения переломов костей предплечья под внутривенным наркозом производим закрытую ручную репозицию костных отломков. Под ЭОП контролируем перкутанное введение спиц через костные выступы лучевой кости на уровне лучезапястного сустава и локтевой кости на уровне локтевого сустава. После успешного малоинвазивного интрамедуллярного остеосинтеза накладывали гипсовую лонгету. Больные выписывались на 3-4-е сутки после операции. Спицы удаляли через 3-4 месяца после сращение костных отломков.

Заключение. Анализы результатов лечения детей с переломами костей предплечья показали, что применение малоинвазивных методов операций сокращает срок стационарного лечения больных. Срок сращения костных отломков сократился до 3-4 недель. Закрытый остеосинтез костей предплечья в детском возрасте дает возможность сохранять целостность кожи, мышц и надкостниц на месте переломов. В итоге не усугубляется нарушение кровообращения в поврежденном анатомическом участке.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИАФИЗАРНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ

Тожибоев Б.А., Суяров М.Т., Косимов М.А., Муссавий Б.Д., Маманазаров А.Х., Жуманов З.Ш.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Сырдарьинский областной филиал РНЦЭМП

Тактика лечения переломов бедренной кости при сочетанных травмах остаются нерешенной проблемой экстренной травматологии как мирного, так и военного времени, что обусловлено непрерывным ростом травматизма и тем обстоятельством, что большинство пострадавших являются людьми молодого и трудоспособного возраста. Кроме того, наряду со скачкообразным ростом из числа пациентов с сочетанными травмами, все еще сохраняется высокий уровень диагностических и тактических ошибок при лечении этой категории пострадавших. Важными

причинами являются тяжесть состояния пациента и шок, маскирующие симптомы повреждений органов грудных и брюшных полостей, состояние наркотического или алкогольного опьянениния, часто наблюдающиеся у этих пациентов. Учитывая, что пациенты с сочетанными травмами относятся к группе наиболее тяжелых, эта проблема не теряет своей актуальности и в настоящее время.

Проанализированы результаты лечения 87 больных с сочетанными травмами, находившихся на лечении в отделении сочетанных травм Сырдарьинского филиала РНЦЭМП в 2011-2015 гг. У 81 больного переломы бедер являлись доминирующими.

При поступлении у 23 (26.4%) пострадавших состояние было средней степени тяжести, у 20 (22.9%) – тяжелое, у 20 (22.9%) было оценено как крайне тяжелое. До 6 часов с момента травмы госпитализированы 33 (37.9%); после 6 часов – 6 (6.8%) пострадавших. У 35 (40.22%) пострадавших, помимо перелома бедер, имелись сочетанные повреждения других органов и костей скелета. Торакоскопия выполнена 25 (28.7%) пострадавшим. Диагностическая лапароскопия выполнена 23 (26.4%) пострадавшим. Широкая лапаротомия выполнена у 20 из 26 больных. Причинами этого были повреждения органов брюшной полости (у 11 больных – разрыв селезенки, у 6 больных – разрыв печени, у 3 – кровотечение из брыжейки кишки).

После ликвидации хирургических повреждений а также после исключения травм паренхиматозных органов, представилась возможность для активного вмешательства травматологов.

Средний срок проведения оперативного вмешательства варьирует в пределах 3-4-х суток в зависимости от тяжести состояния пострадавших.

При открытых переломах бедренной кости у двоих больных был произведен интрамедуллярный остеосинтез с одномоментной лапаротомией живота в первые часы поступления больного.

Экстрамедуллярный остеосинтез произведён 21 (24.1%) больному, интрамедуллярный остеосинтез – 26 (29.8%) больным, блокирующий интрамедуллярный остеосинтез выполнен у 7 (8%) больных. Удовлетворительные состояния костных отломков у 33(37.9%) больных дало возможность лечения их с помощью скелетного вытяжения.

Гиподинамическое состояние больных с переломами бедренной кости при сочетанных травмах не даёт возможности успешного реабилитирования, так как тазобедренные гипсовые повязки с долговременным постельным режимом усугубляют общее состояние больного. С помощью блокирующего остеосинтеза можно активно реабилитировать больных: разрешается ходить с костылями с 7-8-го дня после операции, дозированная нагрузка без костылей после одного месяца от момента операции. С помощью блокирующего остеосинтеза можно сохранять целостность кожи, мышц, мягких тканей на месте перелома.

Анализ отдельных результатов лечения показывает необходимость индивидуального подхода к выбору лечения пострадавших при сочетанных травмах, преимущество которого состоит в ранней активизации. Положительные результаты при лечении переломов бедренной кости получены в большинстве случаев не только за счет малоинвазивного остеосинтеза, но и за сочетания хирургического вмешательства с целенаправленным патогенетическим воздействием лекарственных препаратов на репаративную активность организма в целом.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ

Тожибоев Б.А., Суяров М.Т., Тапканов Р.Х., Жуманов З.Ш., Бегмуродов Н.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Сырдарьинский областной филиал РНЦЭМП

Повреждение вертлужной впадины является одной из часто наблюдаемых травм, встречавшихся при падении с высоты и при дорожно-транспортных происшествиях. В сложных видах повреждений костей таза повреждения вертлужной впадины составляют от 7 до 22% (С.М. Кутепов с соавт., 1995).

Большая часть пролеченных больных становятся инвалидами в течение длительного периода, а иногда и всей жизни.

Пострадавшие с повреждениями вертлужной впадины часто являются людьми трудоспособного возраста – моложе 40 лет, что имеет существенное социально-экономическое значение.

За период с 2011 до 2016 г. в Сырдарьинском филиале РНЦЭМП пролечено 11 больных с повреждениями вертлужной впадины в возрасте от 21 года до 37 лет. Из них мужчин 8 (72,7%), женщин 3 (27.2%).

Изолированные повреждения выявлены у 4 больных, у 7 больных повреждения вертлужной впадины сочетались с сочетанными травмами.

Переломы заднего верхнего края вертлужной впадины встречались у 9 больных, переломы дна вертлужной впадины у 2 больных. Из 11 случаев повреждений вертлужной впадины у 4 больных они сочетались с вывихом бедренной кости, причем одно из этих повреждений – центральный вывих бедренной кости.

Всем больным после обзорной рентгенографии тазовых костей для уточнения тактики лечения проводили мультиспиральную компьютерную томографию тозовых костей, что повышает информативность объективного диагноза повреждений вертлужной впадины и дает основание для назначения хирургического лечения.

У 3 больных с переломом вертлужной впадины, вывих бедренной кости вправляли под наркозом.

Всем больным наложены чрезмыщелковые скелетные вытяжения бедренных костей, а при переломах на вертлужной впадине производили чрезвертельные, боковые вытяжения.

Показаниями к оперативному лечению при переломах вертлужной впадины являлись:

переломы задневерхнего края вертлужной впадины с костным фрагментом более 2 см;

многооскольчатые переломы со смещением осколков в суставе;

переломы задней рамы дна вертлужной впадины;

комбинированные переломы вертлужной впадины и бедренной кости.

Консервативные методы лечения применялись у семи больных с помощью скелетного вытяжения в течение 7-8 недель. Оперативные методы лечения у 4 больных заключались в открытой репозиции костных отломков и фиксации с винтами.

У всех больных после консервативного и оперативного лечения наблюдались артрозы и контрактуры тазобедренных суставов. У одного больного после консервативного лечения и у двоих больных после оперативного лечения наблюдался асептический некроз головки бедренных костей при котором понадобилось эндопротезирование тазобедренного сустава. Асептический некроз, встречаемый у оперированных больных, связан с поздним обращением с момента получения травмы, а также с поздним оперативным вмешательством при сочетанных травмах. Анализ отдаленных результатов лечения показывает необходимость индивидуального подхода к выбору лечения пострадавших при переломах вертлужной впадины, преимущество которого состоит в ранней активизации. Инновационный метод диагностики помогает определить тактику лечения повреждений вертлужной впадины.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛИЗИСА В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ ЭКСТРЕННОЙ КАРДИОЛОГИИ ФФ РНЦЭМП

Туйчиев А.Х., Нишонов У.А., Ниматов Ш.М.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Был проведен ретроспективный анализ истории больных, пролеченных в отделении терапевтической реанимации и экстренной кардиологии ФФ РНЦЭМП, что дало возможность сделать вывод и дать рекомендации о проведении системного тромболизиса у больных с ОКС с подъемом сегмента ST.

Цель. Оценка эффективности применения тромболитической терапии у больных ОКС с подъемом сегмента ST. Препарат выбора – стрептокиназа 150000 ЕД.

Материалы и методы. Проанализированы результаты проведенной тромболитической терапии стрептокиназой у 70 больных с ОКС с подъемом сегмента ST. (за 2015 год). Системный тромболизис произведен в первые 6 часов у 43 больных, после 6 часов – у 27 больных.

Результаты. Выявлено, что 23 больных после системного тромболизиса ОКС трансформировался в острый инфаркт миокарда с зубцом Q, у 35 больных на ОИМ без зубца Q. У 12 больных ОКС трансформировался в нестабильную стенокардию. Летальный исход не наблюдался.

Вывод. Таким образом, вовремя начатое и эффективное подобранное тромболитическое лечение у больных с ОКС с подъемом сегмента ST снижает летальность и уменьшает количество осложнений ОИМ.

РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Туйчиева М.Г.
Ферганский филиал РНЦЭМП

На стационарном этапе при ранней реабилитации больных с ишемическим инсультом используется дыхательная гимнастика, пассивная, пассивно-активная кинезотерапия и постепенная вертикализация больных, занятия с логопедом и эрготерапевтом.

Цель. Уменьшить пребывание больных в стационаре и улучшить качество жизни, снизить риск осложнений на постгоспитальном этапе.

Методы двигательной реабилитации направлены: 1. На восстановление правильной системы пусковой афферентации и рефлекторной деятельности; 2. На разработку амплитуды и точности активных движений; 3. На борьбу с повышением мышечного тонуса и выравниванием его ассиметрии, профилактику контрактур и болевого синдрома; 4. На улучшение вегетативного и сенсорного обеспечения двигательных актов; 5. Миграцию внимания для последовательного и правильного включения мышц в двигательпый акт.

Материалы и методы. Всем больным, перенёсшим ишемический инсульт, у которых отсутствовала тяжёлое соматическая патология, свежие ишемические изменения на ЭКГ и сосудистая патология в конечностях, проводилась дыхательная гимнастика, пассивная, пассивно-активная кинезотерапия.

Результаты. В отделении ранней реабилитации в 2015 г. пролечились 133 больных с ишемическим инсультом. Из них 82 (61%) мужчины, 51 (38%) женщина. У 90 больных, которым проводилась вышеуказанная методика, наблюдалась положительная динамика, увеличилась сила мышц и движения.

Вывод. Существующий комплекс мероприятий в практике экстренной медицины больных ишемическим инсультом необходимо начинать на ранних этапах реабилитации, что уменьшит пребывание их в стационаре, многократно снизит риск осложнений на постгоспитальном этапе.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ КРАНИОФАЦИАЛЬНОЙ ТРАВМЫ В УСЛОВИЯХ РНЦЭМП

Умаров О.М., Махмудбеков Б.О.
Ферганский филиал РНЦЭМП,
Ферганский филиал ТМА

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения пациентов с сочетанной краниофациальной травмой путем дифференцированного выбора метода лечения.

Материал и методы исследования. Предметом исследований послужили 42 пациента с краниофациальной травмой, находившиеся на стационарном лечении в Ферганском филиале РНЦЭМП с 2008 по декабрь 2015 г. включительно. Все 42 больных были прооперированы. Из них 34 (81%) мужчины и 8 (19%) женщин. Возраст больных колебался от 9 до 71 года. Все госпитализированные в лечебное учреждение были обследованы по стандарту. Все пациенты были госпитализированы в экстренном порядке, в сроки от нескольких часов до нескольких суток.

Оперативное лечение в раннем периоде не проводилось пациентам, имеющим верифицированную тяжелую травму головного мозга, но не требующую хирургического интракраниального лечения.

Результаты и обсуждение. При распределении больных по возрасту преобладали больные трудоспособного возраста от 18 до 50 лет, что составило 34 (81%) пациента. Травма была бытовой в 43% случаев (18 пациентов), вследствие дорожно-транспортных происшествий – 47% (20 больных), производственная – 8% (3 пациентов), спортивная – 2% (1 пострадавший). Повреждения средней зоны лица – 21 пациент (50%). Переломы нижней челюсти сопровождали травмы у 9 пострадавших (21%). Лобная кость была сломана у 4 (9%) пациентов. Алкогольное опьянение наблюдалось у 23 (55%) обследованных. Сотрясения головного мозга и ушибы мозга легкой степени тяжести наблюдались у 31 (74%) госпитализированного больного. При краниофациальных травмах легкой и средней степени, сопровождавшихся сотрясением или ушибом головного мозга легкой степени, во время операции костные отломки максимально сохранялись и также фиксировались титановыми мини- или микро-пластинами. Повреждения костей средней зоны лица и черепа сопровождались нарушением целостности окружающих мягких тканей в 64% случаев (27 больных). У 9 (21%) обследованных краниофациальная травма сочеталась с переломами костей носа, у 4 (9%) – со спинномозговой травмой. У 6 (14%) пострадавших челюстно-лицевые операции выполнялись параллельно с костно-пластическими и декомпрессионными трепанациями. У 4 (9%) больных челюстно-лицевые вмешательства являлись приоритетными, а операции по удалению внутричерепных гематом головного мозга были выполнены позже в связи с нарастанием мозговой симптоматики. У 18 (43%) пострадавших хирургическое лечение челюстно-лицевой травмы было отложено на 3-9 сутки до стабилизации показателей жизнеобеспечивающих систем в связи с тяжелой черепно-мозговой травмой. Травмы верхней и средней зон лица сочетались с переломами основания черепа, ликвореей и, соответственно, ушибами головного мозга средней или тяжелой степени – у 11 (26%) человек. Послеоперационные осложнения встречались в 4,7% случаев в виде нагноения ран (2 пациента). Нагноившиеся раны были вылечены консервативно.

Вывод. Дифференцированное хирургическое лечение сочетанных черепно-лицевых травм в ранние сроки, в том числе и одномоментно с вмешательствами нейрохирургов по поводу удаления внутричерепных гематом, позволило добиться максимальных функциональных и эстетических результатов, избежать или свести к минимуму возникновение посттравматических деформаций и ускорить регресс неврологической симптоматики пациента.

РЕГИСТР ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ ФФРНЦЭМП

Уринов О.Т., Байкузиев У.К., Туйчиев А.Х., Нишонов У.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Цель. Изучить клинико-эпидемиологические особенности инфаркта миокарда по данным регистра в условиях ФФ РНЦЭМП.

Материал и методы. В исследование включены 336 больных, находившихся на стационарном лечении по поводу инфаркта миокарда (ИМ) в ФФРНЦЭМП за 2015 г. Средний возраст пациентов – 66,51±10,01 года. На стационарном этапе лечения диагноз ИМ был установлен согласно существующим критериям национальных рекомендаций по диагностике и лечению больных ОИМ с подъемом сегмента ST, 2007 г. В рамках исследования по историям болезни была выявлена информация о наличии в анамнезе ИБС, СД, ГБ, ХСН, последствие ОНМК.

Результаты. За период наблюдения были проанализированы 336 историй болезней пациентов с ИМ. Результаты анализа показали высокий процент встречаемости ИМ среди мужчин – 56,84% (n=191), а среди женщин этот показатель был 43,1% (n=145). Изучение ИМ в возрастном аспекте показал большую частоту встречаемости этого показателя у пациентов после 60 лет, что составило 72,9% (n=245), а у пациентов до 60 лет ИМ был в 27% (n=91) случаев. Мелкоочаговый ИМ зарегистрирован в 37,2% (n=125) случаев, а крупноочаговый – в 56,5% (n= 190). При анализе первичного и повторного ИМ было выявлено, что в 63,9% (n=215) случаев зарегистрирован первичный ИМ и только в 31,25% (n=105) – повторный вариант. Также был проведен анализ локализации ИМ, при котором передний вариант ИМ выявлен у 63,9% (n=215) пациентов, задний ИМ – у 31,25% (n=105). Изучение ИМ, в зависимости от течения,

выявляет осложненный вариант этого показателя в 65,77% случаев (n=221), а не осложненный – в 29,4% (n=99). Результаты исследования показали, что ИМ+ГБ встречается в 76,4% (n=257) случаев, ИМ+СД – в 24,4% (n=82), ИМ+ХСН – в 69,6% (n=234), ИМ+ПОНМК – в 10,4% (n=35) и ИМ+МС – в 29,1% (n=98) соответственно.

Заключение. Таким образом, встречаемость ИМ у мужчин больше, чем у женщин и у пациентов старше 60 лет, преобладание мелкоочагового ИМ над крупноочаговым, первичного ИМ над повторным, переднего ИМ над задним, высокая частота встречаемости осложненного варианта ИМ, а в комбинации с другими заболеваниями ИМ – с гипертонической болезнью.

ОСОБЕННОСТИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ЭЛЕКТРОТЕРМИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ

Фаязов А.Д., Камилов У.Р., Туляганов Д.Б., Шукуров С.И.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Ташкентский институт усовершенствования врачей

Бурное развитие промышленности требует параллельного развития электроэнергетики, широкого использования электричества в производстве, сельском хозяйстве, транспорте, быту и обусловливает актуальность проблемы электротравматизма. Электротравма вызывает глубокие функциональные изменения ЦНС, дыхательной и сердечно-сосудистой систем, сочетающихся с местным повреждением.

При термических ожогах поражающий фактор действует на ткани, прогревая их извне, а электроожоги возникают в результате превращения энергии электричества в тепловую в самих тканях. Большая частота и тяжесть нарушений жизненно важных функций выдвигает электротравму на одно из первых мест по потребности пострадавших в ОРИТ. Конечный исход электротравм и электроожогов во многом зависит от своевременной и адекватной диагностики, правильного ведения этого контингента пострадавших.

Результаты собственных исследований показывают, что частота электротравм составляет 2,7-5,9% от общего числа госпитализированного контингента. Показатель общей летальности от электротравм составляет 3,2%.

После преодоления сопротивляемости кожи электрический ток следует по пути наименьшего сопротивления. Самой низкой сопротивляемостью обладает кровь. При прохождении через кровеносные сосуды электрический ток повреждает эндотелий сосудов, что объясняет высокую частоту повреждений магистральных сосудов, развитие тромбозов с некрозом мышечных массивов, требующих ампутации конечности в ранние сроки после травмы.

В связи с этим, наряду с ранней интенсивной инфузионной терапией и другими компонентами комплексного лечения, пострадавшие с электротермическими поражениями нуждаются в неотложных активных хирургических вмешательствах – фасциотомии с раскрытием и дренированием на всем протяжении мышечных массивов пораженных сегментов конечностей. Показаниями к фасциотомии служат субфасциальный отек с повышением напряжения мягких тканей сегмента конечности, отсутствие или ослабление пульсации магистральных сосудов, изменения окраски кожных покровов сегмента конечности (бледность, цианоз, мраморность), снижение или отсутствие тактильной или болевой чувствительности. Подозрение на повреждение магистральных сосудов является также показанием к проведению декомпрессивной операции.

Проведение декомпрессивной фасциотомии у 37 пострадавших с электротермическими поражениями составило 38,1% от числа оперированных с электротермическими поражениями за период 2006-2015 гг. (97 пациентов) и позволило предупредить развитие вторичных изменений. Опыт показывает, что операция фасциотомии должна выполняться в первые часы после электротравмы. Проведение этой операции позднее 12 часов является малоэффективной, а после 24 часов неэффективной.

Интенсивная терапия включает в себя мероприятия, направленные на нормализацию центральной и периферической гемодинамики. Также необходимо назначение препаратов, улучшающих реологические свойства крови, ингибиторов протеолиза. Общее воздействие электрической энергии обусловливает необходимость применения препаратов, обладающих протективными свойствами. Борьба с тромбозом сосудов также включает назначение антикоагулянтов прямого действия (гепарин) и антиагрегантов (трентал, курантил).

Таким образом, своевременная диагностика тяжести электротермического поражения с выполнением необходимого объема оперативных вмешательств, включение в комплекс лечебных мероприятий препаратов, улучшающих микроциркуляцию и реологические свойства крови, позволяют снизить частоту проведения калечащих операций, следовательно, показатель инвалидизации среди пострадавших с электротермическими поражениями.

ОПАСНОСТИ РАЗВИТИЯ ДВС-СИНДРОМА ПРИ ОЖОГОВОМ ШОКЕ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Хакимов Э.А., Карабаев Б.Х., Карабаев Х.К., Шакиров Б.М., Некбаев Х.С., Сатторов Б.С.
Самаркандский государственный медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. ДВС-синдром – наиболее распространенный и опасный вид патологии гемостаза – представляет собой катастрофу, подобно шоку, и сопровождает ожоговую болезнь. Самые неблагоприятные последствия ДВС-синдрома отмечаются при его

остром течении. Таким образом, исследование системы гемостаза у пациентов с ожоговым шоком представляет собой актуальную задачу (Березенко Е.А., 2006; Смирнов С.В. с соавт., 2010).

Цель исследования. Изучить параметры системы гемостаза у больных с ожоговым шоком, их зависимость от тяжести течения.

Материалы и методы. При поступлении в Самаркандский филиал РНЦЭМП, в срок не позднее 12 часов, у 47 больных с ожоговым шоком, в возрасте от 60 до 92 лет, было проведено исследование следующих параметров гемостаза: количество тромбоцитов, РФМК (растворимый фибрин, мг%); АТ III (антитромбин III,%); нарушения в системе протеина С; протромбиновое время (с) и индекс АПТВ – по методу В.Н. Туголукова (1952); время рекальцификации – по методу W. Howell, E. Holt (1916); толерантность плазмы к гепарину и тромботест – ферментативный метод; время свертывания крови (мин) – по методу R.Lee, P.D.White (1913); содержание плазминогена; гематокрит – по гематокритной шкале; фибриноген (г/л) и фибринопластическая активность – ферментативный метод.

Группу контроля показателей системы гемостаза составили лица без признаков каких-либо заболеваний (10 человек).

Всем больным проводили ряд лечебно-профилактических мер, направленных на поддержание антитромботического потенциала: проводили профилактическую антикоагулянтную терапию, создавали компрессию нижних конечностей бинтованием, проводили достаточную по объему и содержанию инфузионно-трансфузионную терапию, обеспечивали адекватную противовоспалительную и противоболевую терапию, осуществляли раннюю активизацию больных.

Результаты. В первые часы после травмы у пациентов с ожоговым шоком были выявлены разнонаправленные показатели коагуляционных тестов, характерные для начала развития острого ДВС-синдрома. Показателями развития острого ДВС-синдрома являлось потребление субстратов свёртывания – тромбоцитов и фибриногена. В наших исследованиях тромбоцитопения имела место у большинства пациентов, причём количество тромбоцитов составляло $150,5\pm3,5\times10^9$/л, что было на 35,0% меньше ($p<0,05$), чем в группе контроля, а содержание фибриногена у пациентов с ожоговым шоком было выше в 1,9 раза, соответственно. Более отчётливые различия между пациентами с тяжелым течением ожогового шока и группой контроля были выявлены по показателям одного из маркеров тромбинемии: повышенного содержания в плазме промежуточных продуктов трансформации фибриногена в фибрин. Тяжелая термическая травма сопровождается резким повышением в крови растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК), продуктов деградации фибрина и фибриногена (ПДФ), Д-димеров, что свидетельствует о высоком уровне тромбинемии. Уровень РФМК был выше в 5,2 раза у больных с ожоговым шоком. У пациентов с ожоговым шоком по сравнению с контрольной группой определялось выраженное снижение важнейших физиологических антикоагулянтов протеина С в 1,6 раза и АТ III на 20% ($p<0,05$). Параллельно происходило снижение уровня плазминогена, относящегося к противосвертывающей системе, в 1,7 раза ($p<0,05$).

Указанные изменения системы гемостаза являются характерными признаками ДВС-синдрома, развивающегося при ожоговом шоке.

Основным лечебным мероприятием является устранение причин ДВС-синдрома: лечение ожоговой болезни и ликвидация входных ворот для инфекции – ожоговых ран. Специфическим лечением ДВС-синдрома является введение гепарина по 5000 ЕД 4 раза/сутки или фраксипарина (0,3 мл) 1 раз/сутки, внутривенное введение от 500 до 2000 мл свежезамороженной плазмы, антиферментов (контрикал 50-300 тыс. ЕД/сутки, гордокс и т.п.). В дополнение необходима комплексная круглосуточная инфузионная и детоксикационная терапия.

Выводы. В первые часы после заболевания у пациентов с ожоговым шоком наблюдался начальный период развития ДВС-синдрома: тромбоцитопения, повышение уровня РФ на фоне снижения активности физиологических антикоагулянтов. Своевременное выявление этого опасного для жизни больных осложнения, адекватная и ранняя коррекция системы гемостаза является залогом благоприятного исхода заболеваний.

ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ ПРИ УЩЕМЛЁННЫХ ГИГАНТСКИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Халматов У.Э., Шахзадаев Н.Ш., Жуманазаров Г.С., Очилов Ф.А., Мустафакулов Б.А.
Джизакский филиал РНЦЭМП

Оперативные вмешательства при гигантских грыжах передней брюшной стенки являются сложной проблемой для анестезиолога. Это обусловливается специфическими факторами, возникающими при проведении герниопластики. В первую очередь, это уменьшение брюшной полости, влекущее за собой повышение внутрибрюшного давления. Это обстоятельство, в свою очередь, приводит к развитию гемодинамических и респираторных расстройств, проявляющихся в послеоперационном периоде. Вторым фактором является значительная продолжительность и травматичность подобных операций. Сочетание этих факторов предопределяет необходимость проведения ИВЛ в послеоперационном периоде, что само по себе неблагоприятно для больных из-за нарушения дренирования дыхательных путей, задержки активизации больных. В третьих, больные с гигантскими грыжами в подавляющем большинстве имеют сопутствующую патологию, в частности, сердечно-сосудистые, респираторные заболевания, сахарный диабет,

ожирение, что также усложняет задачу анестезиолога и предрасполагает к развитию осложнений.

Цель работы. Целью исследования была разработка оптимального метода анестезиологического пособия при операциях по поводу ущемлённых гигантских вентральных грыж.

Материалы и методы исследования. Исследовались 2 группы больных (всего 54), оперированных по поводу ущемлённых гигантских грыж. В 1-й, основной, группе было 26 пациентов, во 2-й, контрольной, – 28. По возрастному, половому составу группы были равноценными. 48 пациентов имели сопутствующие заболевания, причем 34 из них имели два и более заболевания. В 1-й группе методом обезболивания была выбрана многокомпонентная анестезия с ИВЛ в сочетании с эпидуральной анестезией. После катетеризации вены и преинфузии 400-500 мл кристаллоидов производили пункцию и катетеризацию эпидурального пространства в положении больного на боку на уровне Th_8-Th_9. Для анестезии использовали 2% раствор лидокаина в первоначальной дозе 40-60 мг с последующим болюсным введением по 100 мг при появлении признаков неадекватности анестезии. После интубации трахеи анестезию поддерживали изофлураном. После операции обезболивание продолжалось методом эпидуральной анельгезии раствором лидокаина болюсно в течение 2-3 суток. Во 2-й группе проводили многокомпонентную анестезию с ИВЛ на основе фентанила и кетамина. В послеоперационном периоде обезболивание осуществлялось опиоидами и НПВС. Во время анестезии контролировали артериальное давление, частоту пульса, ЧСС, SpO_2. Отмечали длительность послеоперационной ИВЛ, качество послеоперационной анальгезии по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), расход наркотических анальгетиков, количество легочных осложнений.

Результаты исследования их обсуждения. По данным клинического наблюдения и показателям мониторинга, анестезия в обеих группах была адекватной. Гемодинамика в целом оставалась стабильной. В 1-й группе в начале операции, как правило, имело место умеренное снижение АД (на 20-30 мм рт.ст.), обусловленное симпатической блокадой. Увеличение темпа инфузии легко купировало гипотонию. Симпатомиметики (мезатон в дозе 5-10 мг) использовались у 5 пациентов. Газообмен в обеих группах также был нормальным. Значительные различия между группами отмечались по длительности послеоперационной ИВЛ. Так, в 1-й группе этот показатель составил 60-90 мин, в то время как во 2-й группе – 180-240 мин. Это объясняется значительно меньшей фармакологической депрессией дыхания при эпидуральной блокаде. Выраженные различия отмечались и в качестве послеоперационной анальгезии. В 1-группе оценка интенсивности боли по ВАШ не превышала 1-2 баллов, во 2-й – 4-5 баллов в первые сутки с постепенным снижением до 2-3 баллов к 3 суткам. Расход промедола в 1-й группе был в среднем 10 мг/сут, во 2-й – 60 мг/ сут. Неудовлетворительное качество обезболивания и связанная с ним гиповентиляция стали причиной возникновения пневмонии у 1 больного 2-й группы. В 1-й группе легочных осложнений не было.

Выводы. 1. Многокомпонентная анестезия в сочетании с эпидуральной анестезией обеспечивает качественную антиноцицептивную защиту при операциях по поводу ущемлённых гигантских вентральных грыж, а также создает условия для более раннего перевода больных на самостоятельное дыхание. 2. Послеоперационная эпидуральная анальгезия обеспечивает более качественное обезболивание, что является фактором снижения количества легочных осложнений после герниопластики.

РОЛЬ СОСУДИСТО-ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА (СЭФР) ПРИ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Шадмонова Д.С., Ропиева Ш.М., Носирова Ш.С., Камарин А.С.
Джизакский филиал РНЦЭМП

Актуальность изучения проблемы ранней диагностики и прогнозирования осложнений при эктопической беременности (ЭБ) объясняется увеличением ее числа случаев среди подростков и женщин в возрасте от 19 до 39 лет.

В настоящее время диагностика ЭБ основывается на данных ультразвукового исследования (УЗИ), количественного уровня определения β-субъединицы хорионического гонадотропина человека (β-ХГЧ), прогестерона (Пр) и активина А(1,7).

Важным маркером состояния ангиогенеза в органах репродуктивной системы женщин является сосудисто-эндотелиальный фактор роста (СЭФР) (9,19). Показано, что во время роста фолликула и последующее образование желтого тела формирование сосудистой сети происходит в слое тела-клеток яичников. После завершения процесса овуляции из разорвавшихся фолликул образуются дополнительные сосуды (12). При этом уровень СЭФР увеличивается в три раза в секреторную фазу цикла по сравнению с таковыми в пролиферативную и достигает пика к моменту менструации. По данным литературы (20), выраженность экспрессии СЭФР коррелирует с прогрессий пролиферативных процессов адекватно становлению маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока. Поэтому определение уровня сывороточного СЭФР может быть использовано для оценки ранней диагностики ЭБ.

Цель данного исследования. Сравнительное иммунно-ферментативное изучение СЭФР и его рецептора 2-го типа в сыворотке крови в динамике развития ЭБ.

Материал и методы. Обследовано 78 пациенток репродуктивного возраста от 17 до 36 (26,4±3.91) лет, из которых 30 пациенток с физиологической беременностью (ФБ) – контрольная группа, и основная группа – 51 с ЭБ (трубной), в том числе 16 (1 гр.) в сроках от 7

до 11 (8.6±2.9) сут, 17 (2 гр.) от 12 до 20 (15.6±2.14) сут. и 15 (3 гр.) более 30-35 (26.8±3.11) сут.

Критериями включения в исследование служили:

– ультразвуковая визуализация округлого образования плодного яйца в области маточных труб;

– типичные жалобы на боль внизу живота на сроке локализации ЭБ;

– нарушение менструального цикла, спонтанного маточного кровотечения мажущего характера.

В группу обследования не включали: с бесплодием любого генеза; синдромом овуляции; невынашиванием беременности в анамнезе; наличием синдрома поликистозных яи чников; с нарушением менструального цикла любого генеза до выявления трубной беременности; с воспалительными заболеваниями регенеративной функции в момент поступление и в анамнезе.

УЗИ проводили с помощью аппарата «Sono-Scape 5000» (Китай) с трансвагинальным доступом.

В сыворотке крови, которую получали в стандартных условиях из вены, определяли СЭФР с помощью стандартных наборов для иммуноферментного анализа.

Результаты исследования. У женщины с ЭБ существенно ниже содержание уровня β-ХГЧ в сыворотке крови на этих сроках исследования. Следовательно, уже в ранние сроки гестации, в период плацентации у женщин с ФБ и ЭБ имеются существенные различия в крови гормонов Пр и β-ХГЧ. При этом сохраняется определенная закономерность: у женщин с ФБ и ЭБ уровень изучаемых гормонов с увеличением срока гестации повышается. Это, естественно, исключает использование этих показателей как критериев для дифференциальной диагностики между ФБ и ЭБ, особенно при сроке беременности 7-11 сут. Важным отличием между показателями гормонального статуса β-ХГЧ и ангиогенеза (СЭФР) является то, что при ЭБ уровень показателей ангиогенеза в крови существенно выше, чем у женщин с ФБ уже к 7-11 сут. наблюдения, и продолжает увеличиваться вплоть до 30-35 сут. Таким образом, проведеные исследования показали, что факторы ангиогенеза выявляются значительно раньше, чем появляются изменения гормонального статуса в крови у женщин с ЭБ по сравнению с женщинами с ФБ. Все это позволяет рекомендовать использовать показатели ангиогенеза как критерии для ранней диагностики ЭБ и маркеров трубной беременности.

Выводы. 1. Установлены высокие показатели состояния ангиогенеза (СЭФР), которые выявляются на 7-11 сут. раньше и статически значительно выше у женщин с ЭБ, чем у женщин с ФБ. 2. Вероятность развития ЭБ подтверждается высоким уровнем на 7-11 сут. диагностически показателей – чувствительностью, специфичностью, относительными риском и коэффициентом ассиметрии. 3. Повышение уровня СЭФР прогрессирует с увеличением срока гестации и существенно выше (P≤0,05) у женщин с ЭБ, чем у женщин ФБ.

ПРОФИЛАКТИКА ОСОБЕННОСТЕЙ ОСЛОЖНЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ВНУТРИВЕННЫМ КАТЕТЕРОМ У БОЛЬНЫХ С ОБШИРНОЙ ОЖОГОВОЙ ТРАВМОЙ

Шакиров Б.М.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Центральный венозный катетер позволяет измерять гемодинамические показатели, если это невозможно сделать неинвазивным методом, и доставлять лекарственные и питательные вещества, если это невозможно сделать через периферический катетер. К сожалению, использование центральных венозных катетеров сопровождается опасными для здоровья и сложно устранимыми тяжелыми осложнениями. Более 15% больных, подвергающихся такой катетеризации, имеют осложнения.

Катетер может быть обусловлен типом сосуда, в который он устанавливается, продолжительностью его установки, локализацией его. При этом необходимо отметить, начиная с периода ожогового шока и практически до полного восстановления утраченного кожного покрова, важнейшее место в комплексном лечении обожженных отводится инфузионно-трансфузионной терапии и парентеральному питанию. Адекватное проведение инфузионно-трансфузионной терапии и, тем более, парентерального питания возможно с использованием катетеризации вен большого диаметра. Однако, нередко области пункции центральных вен бывают поражены термическими агентами. В таких случаях установка катетера осуществляется через ожоговый струп, что усиливает риск инфицирования катетера. В многочисленных публикациях последних лет указывается на рост частоты инфекционно-септических осложнений у тяжелообожжённых, в том числе катетер-рассоциированного сепсиса. Септические осложнения, вызванные этими возбудителями, с трудом поддаются лечению. Именно поэтому важное значение приобретают вопросы профилактики катетер-ассоциированного сепсиса.

Целью работы явилось оценка эффективности и безопасности использования центральных венозных катетеров с антимикробным покрытием для профилактики катетер-ассоциированных инфекций у больных с термическими поражениями. Исследуемая группа включала в себя 29 больных в возрасте от 1 до 56 лет, с ожогами II, IIIAB–IV степени 21-65% поверхности тела при площади глубоких ожогов ШБ–IV степени 20-60% поверхности тела, у которых использовались полиуретановые катетеры ARROWg + ard Blue. Эти катетеры изготовлены по технологии Arrow+ard и импрегнированны двумя антисептиками, имеющими синергическое действие: сульфадиазином серебра и хлоргексидином. Группу сравнения составили 37 больных с аналогичной тяжестью ожогового поражения, которым устанавливали полиуретановые катетеры той же конструкции, но без антимикробного покрытия. Всем пострадавшим центральный венозный катетер был

установлен в первые часы после поступления в стационар. Введение всех лекарственных препаратов, инфузионных растворов, гемотрансфузии, антибактериальная терапия и проведение парентерального питания осуществлялись через центральный венозный катетер. Сроки применения катетера у пациентов варьировали от 7 до 22 дней. Контроль стерильности устройств осуществлялся путем многократных посевов крови и фрагментов центрального катетера при его удалении. Визуальный контроль пункционной раны выполнялся ежедневно при плановой обработке. При этом учитывали три критерия: наличие гиперемии, отека и гнойного отделяемого. Осложнений местного характера при использовании центрального венозного катетера ARROWg + ard Blue не наблюдали, а в группе сравнения признаки воспаления и инфекции выявлены в 16 наблюдениях. Бактериологическое подтверждение инфицирования катетера получено в 7 случаях в основной группе и в 28 случаях в группе сравнения. Летальности от инфекционных осложнений, связанных с центральным венозным катетером, в исследуемой группе не зарегистрировано, в группе сравнения из 43 больных умерло 9, при этом был диагностирован катетер-ассоциированный сепсис.

Таким образом, применение центрального венозного катетера типа ARROWg + ard Blue тяжелообожжённых позволяет снизить риск инфекционных осложнений и даёт возможность использовать катетер длительное время без его замены.

СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ ЛОКАЛИЗАЦИИ НЕРВОВ ПРИ БЛОКАДЕ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ

Шарипова В.Х., Фокин И.В., Махмудов М.А.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Актуальность. Новые технологии в регионарной анестезии помогают в продвижении ее использования и реализуют такие преимущества регионарной анестезии над общей анестезией, как улучшение послеоперационного обезболивания, экономическая эффективность, снижение послеоперационных осложнений и ускорение послеоперационного выздоровления.

Благодаря современным технологиям в медицине появилась возможность использования методов прямой визуализации нервов, сосудов и окружающих тканей с помощью ультразвука (УЗ). Преимущество УЗ-контроля заключается в том, что анестезиологи могут проводить надежный и точный визуальный контроль положения иглы и распределение местного анестетика по отношению к нервам в реальном времени.

Однако технические аспекты работы с ультразвуковой навигацией при анестезиологических манипуляциях до настоящего времени изучены недостаточно, в отечественной литературе имеется не большое количество работ, посвященных преимуществам УЗ в анестезиологии. В связи с вышеизложенным представляется актуальным и перспективным проведение сравнительной оценки качества выполнения региональных блокад под УЗ и без него.

Цель исследования. Оценить результаты выполнения блокады плечевого сплетения под УЗ-навигацией при экстренных травматологических операциях на верхних конечностях.

Материалы и методы. В 2015 г. в операционно-анестезиологическом отделении РНЦЭМП было проведено исследование, включающее 90 пациентов (анестезиологический риск ASAI-III класса), которым выполнялись экстренные травматологические операции на верхних конечностях под регионарной анестезией с блокадой плечевого сплетения надключичным доступом с разделением на три группы по различным методам локализации нервных структур. В первой группе (n=30) регионарная анестезия выполнялась под УЗ-навигацией аппаратом SAMSUNG MEDISON SonoAce R3 мультичастотным линейным датчиком 5-12 МГц с визуализацией нервных стволов, проведением иглы и распространением местного анестетика в реальном времени. Во второй группе (n=30) блокада плечевого сплетения выполнялась с индентификацией нервных структур нейростимулятором. В третьей группе (n=30) локализация плечевго сплетения выполнялась по анатомическим ориентирам и парестезии. Во всех трех группах регионарные анестезии выполнялись лидокаином 2% – 30 мл с добавлением адреналина в концентрации 1:200000. С целью седации всем пациентам в премедикацию и интраоперационно назначался мидазолам в расчетных дозировках. При неудачной регионарной анестезии проводилась общая комбинированная анестезия. В трех группах исследовались: взаимосвязь методов локализации нервных структур с количеством неудачных блокад с переходом в общую комбинированную анестезию; количество блоков с полной сенсорной анестезией в течение 20 минут после введения местного анестетика; количество осложнений.

Результаты исследования. Количество неудачных блокад в группе с использованием УЗ-навигации отмечалось в 6% (2/30) случаях, во второй группе в 17% (5/30) и в группе с выполнением блокады по анатомическим ориентирам в 23% (7/30) случаях. Количество блокад с полной сенсорной анестезией за 20 минут в первой группе отмечалось у 25 (83%) из 30 случаев, во второй группе с использованием нейростимулятора у 19 (63%) из 30 случаев и в группе с выполнением блокады по анатомическим ориентирам у 15 (50%) из 30. Осложнение, такое как пункция артерии, в первой группе отмечалось у 3% (1/30), во второй и третьей группе в 6% (2/30) и 10% (3/30) случаев соответственно. Других осложнений не отмечалось.

Заключение. Использование УЗ-навигации улучшает эффективность блокады плечевого сплетения по сравнению с методами локализации нервных структур нейростимулятором или по анатомическим

ориентирам, являясь весьма перспективным методом в современной анестезиологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОДЛЕННОЙ РЕГИОНАРНОЙ АНАЛГЕЗИИ ПОСЛЕ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЯХ

Шарипова В.Х., Фокин И.В., Махмудов М.А.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Актуальность. После травматологических операций на верхних конечностях для адекватного купирования послеоперационной боли необходим мультимодальный подход, важной составляющей которого являются продленные методики регионарной анестезии, достижимые благодаря катетеризации с длительным введением местного анестетика около нервных сплетений. Новые технологии в регионарной анестезии помогают в продвижении ее использования и реализуют преимущества регионарной анестезии над общей анестезией, такие как улучшение послеоперационного обезболивания. Благодаря УЗ-навигации в регионарной анестезии метод катетеризации нервных сплетений стал еще доступнее, так как анестезиолог может проводить надежный и точный визуальный контроль положения иглы, катетера и распределение местного анестетика по отношению к нервам в реальном времени.

В связи с вышеизложенным представляется актуальным и перспективным проведение сравнительной оценки качества послеоперационного обезболивания при блокаде плечевого сплетения под УЗ с катетеризацией и последующей продленной аналгезией.

Цель исследования. Оценить результаты обезболивания после экстренных травматологических операций на верхних конечностях с катетеризацией плечевого сплетения под УЗ-навигацией и продленной аналгезией.

Материалы и методы. В 2015 г. в операционно-анестезиологическом отделении РНЦЭМП было проведено исследование, включающее 40 пациентов (анестезиологический риск ASA I–III класса), которым выполнялись экстренные травматологические операции на верхних конечностях под регионарной анестезией с блокадой плечевого сплетения из межлестничного доступа с разделением на две группы. Во всех случаях блокады выполнялись под УЗ-навигацией аппаратом SAMSUNG MEDISON SonoAce R3 мультичастотным линейным датчиком 5-12 МГц в реальном времени с применением лидокаина 2% – 20 мл с добавлением адреналина в концентрации 1:200000. В основной группе (n=20) регионарная анестезия выполнялась с установкой катетера около нервных стволов, использовалась игла Tuohy 20 G и катетер 21 G. Послеоперационное обезболивание в основной группе выполнялось дробным введением лидокаина 1% по 5 мл каждые 4-е часа через катетер в течение 24 часов, также назначались НПВС и при боли высокой интенсивности наркотические аналгетики. У контрольной группы (n=20) блокада плечевого сплетения выполнялась без катетеризации, послеоперационное обезболивание проводилось назначением НПВС и наркотическими аналгетиками. Во всех случаях исследовалась субъективная оценка боли с применением визуально аналоговой шкалы (ВАШ) через 6, 12 и 24 часа после операции и потребность в наркотических аналгетиках в следующие временные периоды 0-6, 6-12 и 12-24 часа.

Результаты исследования. На первом этапе (6 ч) после операции ВАШ в основной группе было 1,85±0,20 балла, в контрольной группе 4,9±0,32 балла ($p<0,05$). Введение наркотических аналгетиков до 6 часов после операции у пациентов основной группы требовалось в 4 случаях, в контрольной группе назначение наркотических аналгетиков потребовалось 15 пациентам. Через 12 часов после операции оценка боли по ВАШ соответствовала 2,2±0,23 балла в основной группе и 3,6±0,26 балла в контрольной группе ($p<0,05$). Назначение наркотических аналгетиков между 6 и 12 часами потребовалось у 5 пациентов основной группы и 11 пациентам контрольной группы. ВАШ через 24 часов после операции составила 1,9±0,16 и 3±0,32 балла для основной и контрольной группы соответственно ($p<0,05$). Наркотические аналгетики на этапе 12-24 часов назначались 2 пациентам основной группы и 6 пациентам контрольной группы. Осложнений от проделанной методики во время исследования не отмечалось. При сравнении обеих групп можно выявить, что на всех этапах исследования ВАШ в первой группе не превышала в среднем 3 балла (слабая боль). В контрольной группе данный показатель был более 3 баллов, что соответствует боли средней интенсивности. Сравнивая потребность в наркотических аналгетиках между группами в процентном соотношении, разница на 55% (0-6 ч), 30% (6-12 ч), 20% (12-24 ч) ниже, чем в основной группе.

Заключение. Катетеризация плечевого сплетения с продленной регионарной аналгезией является эффективным методом послеоперационного мультимодального обезболивания травматологических операций на верхних конечностях, что подтверждается снижением болевой интенсивности и потреблением наркотических аналгетиков.

КОРРЕКЦИИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВО ВРЕМЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРЕПАРАТОМ ТАХИБЕН (УРОПИДИЛ) ПРИ ЭКСТРЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Шарипова В.Х.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Периоперационная гипертензия может возникать как в ходе, так и после завершения операции, в период пробуждения после наркоза или в первые сутки после операции, что сопряжено с неблагоприятными последствиями. Артериальная гипертензия (АГ) является одним из наиболее важных

модифицируемых факторов риска возникновения острых сердечно-сосудистых заболеваний (инфарктов и инсультов) и может стать одной из непосредственных причин смерти приблизительно в 14-18% случаев. Для обеспечения коррекции АД, особенно у экстренных хирургических пациентов с нелеченой артериальной гипертензией, должны применяться внутривенно вводимые быстродействующие антигипертензивные препараты. Острое повышение АД в периоперационном периоде повышает риск венозного или артериального кровотечения, может способствовать развитию ишемического или геморрагического повреждения мозга, аритмии сердца, ишемии миокарда, сердечной или почечной недостаточности.

Для коррекции АД в периоперационном периоде назначаются различные медикаментозные препараты, целью применения которых является стабилизация АД на уровне целевого значения, перевод гемодинамики в нормокинетический тип и поддержание данных показателей во время проведения операции и в послеоперационном периоде. Точный расчет всех компонентов предстоящей анестезии, достаточная степень анальгезии и нейровегетативной защиты, не позволяет избежать развития гипертензии во время операции.

Цель работы. Оценить эффективность тахибена (урапидил) в устранении гипертензии во время анестезиологического пособия у больных с сопутствующей гипертонической болезнью при экстренных оперативных вмешательствах.

Материал и методы. В исследование были включены травматологические, гинекологические, урологические и абдоминальные больные, имевшие сопутствующую гипертоническую болезнь, подвергавшиеся оперативному вмешательству под общей комбинированной анестезией с ИВЛ. У всех больных проводилась премедикация: димедрол – 20 мг и промедол 20 мг внутримышечно за 30 мин до операции. Вводный наркоз – нирфол 2 мг/кг, фентанил 5 мкг/кг, миорелаксанты в общепринятых дозировках. Основная анестезия рассчитывалась по весу пациента и проводилась болюсным введением фентанила и ингаляцией изофлюрана 0,8-1,5 об %.

Возраст больных составлял от 55 до 76 лет. Число больных, объем оперативного вмешательства, продолжительность операции и величина интраоперационной кровопотери были примерно одинаковы во всех группах больных.

Всех больных (60) разделили на 2 группы. В I (контрольной) группе было 30 больных, где коррекция интраоперационной гипертензии проводилась перлинганитом в дозе 0,002-0,004 мкг/кг. Во II (основной) группе было 30 больных. В этой группе при появлении артериальной гипертензии выше рабочего артериального давления во время анестезиологического пособия вводили 5,0 мл (25 мг) раствора тахибена в виде медленной болюсной инъекции, которую в течение анестезии вводили повторно от 1 до 2 раз при появлении повторного эпизода гипертензии. В течение анестезиологического пособия на этапах оперативного вмешательства у всех больных проводили исследование показателей АДс., АДд., ЧСС, ЭКГ контроль в 3-х стандартных отведениях. По показаниям проводили анализ КЩС и газов крови.

Результаты исследования и их обсуждение. У больных II основной группы отмечалась стабильность основных показателей гемодинамики после введения расчетных доз анестетических препаратов на фоне действия тахибена. После введения тахибена отмечалось плавное снижение артериального давления на 20-25 мм рт.ст., которое в дальнейшем оставалось стабильным в течение не менее 30-35 минут. Необходимость в повторных введениях тахибена 1-2 раза была отмечена у 30% больных. Необходимо отметить, что анестезиологическое пособие на фоне введения тахибена с профилактической целью отличалось стабильностью основных показателей гемодинамики, в первую очередь систолического артериального давления. У пациентов I группы средние значения АДс., АДд. и АД.ср. были соответственно выше, чем у больных II группы без исходной гипертензии соответственно на 25,5%, 22,3% и 19,7%. Применение перлинганита в I группе привело к снижению артериального давления и сопровождалось повышением ЧСС на 20% от исходного. Изменения на ЭКГ в виде нарастания ишемии миокарда не было отмечено ни в одной группе. Анализ КЩС и газов крови не выявил каких-либо изменений.

Выводы. Применение тахибена (урапидил) с целью коррекции гемодинамики в течение анестезиологического пособия у экстренных больных с нелеченой сопутствующей гипертонической болезнью способствует плавному, контролируемому снижению артериального давления без увеличения энергетических потребностей миокарда, а также повышает безопасность анестезиологического пособия у экстренных пациентов.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ СОЧЕТАННОЙ И МНОЖЕСТВЕННОЙ ТРАВМЕ

Шодмонов Б.Р., Нуруллаев Д.Я., Рузиев О., Нодиров Б.О., Каххоров Х.К.
Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Нами проведен анализ лечения 1309 больных, лечившихся за период с 2010 по 2015 г. с сочетанными и множественными переломами длинных костей конечностей, пролеченных в Кашкадарьинском филиале РНЦЭМП. Открытые переломы различной локализации выявлены у 366 (27,9%) больных. У 321 (24,5%) больного они наблюдались в группе с сочетанными травмами, а у 45 (3,4%) – в группе с множественными травмами. Лиц мужского пола – 263 (71,8%), женщин – 103 (28,2%), в механизме травмы

преобладали травмы в результате ДТП – 292(79,7%). Преобладали пострадавшие с открытыми переломами костей голени – 210 (57,3%), открытые переломы бедра – у 71 (19,3%), предплечья – у 62 (16,9%), прочие – у 23 (6,5%).

Выбор способа первичной стабилизации при открытых переломах длинных трубчатых костей конечностей у больных с сочетанной травмой зависел от общего состояния пострадавших, наличия сопутствующих повреждений, типа, вида, и локализации перелома. При повреждении мягких тканей I степени выбор способа остеосинтеза не отличался от закрытых повреждений, произведено по гружному (интраэкстрамедуллярному) остеосинтезу – 146. При обширных повреждениях мягких тканей II–III степени произведено КДО аппаратом Илизарова-36, консервативное лечение открытых переломов применено на 92 сегментах, ПХО ран, фиксация поврежденной конечности гипсовой повязкой. Показанием к применению консервативных методов лечения явились вид и локализации переломов, степень устранения смещений костных фрагментов, тяжесть состояния пострадавших.

При открытых переломах костей конечностей в Филиале придерживаются активной хирургической тактики. ПХО ран заканчивали стабилизацией поврежденного сегмента, оперативных вмешательств при переломах костей голени и бедра выполнено 65,2%.

Одним из наиболее частых осложнений открытых переломов костей конечностей было повреждение сосудисто-нервных анатомических образований. В наших наблюдениях данные осложнения выявлены у 23 больных. Так, у 3 пострадавших выявлены повреждение бедренной артерии, у 6 повреждение плечевой артерии, у 9 повреждение передней большеберцовой артерии и у 5 повреждение лучевой и локтевой артерии. Лечение не зависело от тяжести состояния, на фоне проводимых противошоковых мероприятий выполняли ПХО раны, сосудистым хирургом производилась ревизия сосудисто-нервного пучка, стабилизация поврежденного сегмента. У 17 пострадавших имели место обширные повреждения конечностей, выполнена ампутация сегментов у 13 больных в нижних конечностях, у 4 больных – верхних.

Таким образом, тактика лечения больных с открытыми переломами при сочетанной и множественной травме имеет свои отягощающие моменты – тяжесть состояния при поступлении, кровопотеря, наличие сопутствующих жизнеугрожающих повреждений. Повреждений крупных сегментов и обширность повреждений костных и мягких тканей, высокий риск развития нагноений, – все это должно учитываться при оказании специализированной помощи. Активная хирургическая тактика в раннем периоде и качественная первичная хирургическая обработка ран с использованием современных методов стабильно-функционального остеосинтеза позволят свести к минимуму показатель развития осложнений.

АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА В КЛИНИКЕ НЕОТЛОЖНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Шодмонова Д.С., Ропиева Ш.М., Худаёрова З.Г., Носирова Ш.С., Сафарова Х.А.
Джизакский филиал РНЦЭМП

Апоплексия яичника является одной из важных проблем неотложной гинекологии. Апоплексия яичника характеризуется внезапно наступившим кровоизлиянием в яичник, сопровождающимся нарушением целостности его ткани и кровотечением в брюшную полость. Среди внутрибрюшных кровотечений гинекологического происхождения ей принадлежит второе место после внематочной беременности. Частота данной патологии среди гинекологических больных, поступивших в стационар, составляет от 0,5 до 7%.

Апоплексия яичника может протекать тяжело и даже угрожать жизни. У 40% больных это состояние требует экстренного хирургического вмешательства. Наряду с этим при апоплексии яичника наблюдается значительное число неоправданных оперативных вмешательств. Подход к лечению апоплексии яичника в последние годы существенно изменился. Наряду с традиционными вмешательствами (резекция и ушивание яичника), появились новые современные методы: лапароскопические, радикальные и органосохраняющие операции, медикаментозная (консервативная) терапия.

Цель. Оптимизация диагностики, лечения апоплексии яичника, а также профилактика ее рецидивов.

Материал и методы. В 2010-2015 гг. в отделение неотложной гинекологии поступила 7781 женщина. Всего в исследование были включены 500 больных с апоплексией яичника, что составило 6,4% (из 7781 больных с острыми заболеваниями внутренних половых органов) и 24,3% от общего числа поступивших больных (2054 с острыми заболеваниями органов малого таза). Возраст больных колеблется от 13 до 39 лет, средний возраст 23,8±0,4 года. Следует отметить, что преобладали пациентки в возрасте от 19 до 34 лет. Среди больных было 76 (15,2%) в возрасте от 14 до 18 лет, 424 (84,8%) – женщины старше 18 лет.

Все больные были обследованы по общеклиническим методикам, включая анализ клинико-анамнестических данных, гинекологическое обследование. Ультразвуковое сканирование выполняли на ультразвуковом аппарате «Sono-Scape 5000» (Китай) с использованием трансвагинального датчика 6,5-7,5 мГц и трансабдоминального датчика 3,5-5,0 мГц. Для верификации диагноза и с лечебной целью применялась эндоскопическая аппаратура фирмы «Karl Stors» (Германия). Для исключения внематочной беременности в сыворотке крови и в моче определяли хорионический гонадотропин.

С помощью трансвагинального УЗИ дифференцировали маточную беременность малого срока и внематочную беременность (по факту локали-

зации плодного яйца с наличием эмбриона и его сердцебиением), болевую форму апоплексии яичника, геморрагическую форму апоплексии с наличием свертков крови внутри кисты яичника и в брюшной полости, объем внутрибрюшного кровотечения от 20 до 100 мл. Трансабдоминальное УЗИ дало возможность определить кровопотерю более 100 мл, что оценивалось как продолжающееся кровотечение. На основании данных динамического клинического и сочетанного ультразвукового исследования 500 больных с апоплексией яичника условно разделены на две группы. 1-ю группу составили 282 (56,4%) пациентки с болевой формой апоплексии яичника; во 2-ю группу включены 218 (43,6%) женщин с геморрагической формой апоплексии яичника. У больных с болевой формой проведено консервативное, симптоматическое лечение и установлено динамическое наблюдение. Больные выписаны домой на 1-2 сутки. У 172 больных с геморрагической формой проведена лапароскопия в объёме резекции ячиника, энуклеации капсулы кисты и гемостатической коагуляции. После лапароскопической операции количество койко-дней составило 4,2. 46 больным, ввиду тяжелого состояния, связанного с геморрагическим шоком, произведена лапаротомия. Срок нахождения в стационаре – 5,6 койко-дня. Летальных исходов не было.

Выводы. 1. Обследование больных с подозрением на апоплексию яичника с учетом диагностических и лечебных возможностей УЗИ брюшной полости и лапароскопии позволяет проводить дифференциальную диагностику апоплексии яичника с другими острыми гинекологическими заболеваниями органов малого таза, а также выделить болевую и геморрагическую формы апоплексии яичника, что способствует повышению эффективности ее консервативного лечения и проведению своевременного хирургического вмешательства. 2. После перенесенной апоплексии яичника все больные как с болевой, так и с геморрагической формой нуждаются в проведении реабилитационных мероприятий, направленных на регуляцию функции яичников, с учетом возраста и репродуктивного поведения, для профилактики рецидивов заболевания и сохранения генеративной функции.

КЛИНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ОБУСЛОВЛИВАЮЩИЕ РАЗВИТИЕ ОТЁКА ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ДЕГИДРАТАЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Шукуров Б.И., Хамзаев К.А., Хакимов Д.П., Ахматалиева М.А., Абдурашидов В.Ш.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Актуальность. К развитию отёка мозга, возникшего при осложнении тяжёлой дегидратации, могут приводить различные факторы. Бактериальные, вирусные и энтероинфекции у детей нередко осложняются развитием отека головного мозга, требующего оказания неотложной врачебной помощи. Ранее смертность детей от дегидратации занимала 3-ью позицию в структуре их смертности. Во многом благодаря внедрению в клиническую педиатрическую практику рекомендаций ВОЗ, за последние 10 лет эта позиция значительно сместилась в сторону улучшения. Однако выявляются случаи, когда, несмотря на их выполнение, диарейные заболевания осложняются отёком мозга и развитием полиорганной недостаточности. В первую очередь, это ситуации, зависящие от этиологического фактора, отличающегося патогенностью. Однако, вероятно, существуют эндогенные факторы, обусловленные особенностями фоновых состояний.

Цель. Выявить и определить структуру фоновых состояний детского организма, обусловливающих развитие отёка головного мозга при диарейных заболеваниях у детей.

Пациенты и методы. Нами было проведено исследование случай-контроль на ретроспективном материале, состоящем из 50 историй болезней детей, умерших при лечении диарейного заболевания, осложнённого отёком головного мозга, и 65 историй болезней с благоприятным исходом. Критериями включения были наличие признаков диарейного заболевания, дегидратации, выполнение рекомендаций ВОЗ (планы А, Б, В, противошоковые мероприятия при шоке с наличием и без тяжелой дистрофии). Критериями исключения были заболевания с высокой долей смертности, хирургические и эндокринологические случаи. Были анализированы все анамнестические и клинические показатели в обеих группах, приведенные в историях болезней. Были вычислены чувствительность, специфичность, отношение шансов.

Результаты. Были выявлены факторы с репрезентативностью группы (20 и более случаев), отношением шансов более единицы (повышенный риск) для следующих факторов: возраст до 6 месяцев (чувствительность – 62%, специфичность – 53%), возраст 6 – 12 месяцев (чувствительность – 59%, специфичность – 44%), дистрофия 2 степени (чувствительность – 55%, специфичность – 33%), дистрофия 3 степени (чувствительность – 74%, специфичность – 69%), гипокалиемия с парезом кишечника (чувствительность – 68%, специфичность – 57%), гипонатриемия с концентрацией натрия в сыворотке крови более 140 ммоль/л и в моче менее 10 ммоль/л (чувствительность – 60%, специфичность – 51%), скорость нарастания гипонатриемии менее чем 12 часов (чувствительность – 84%, специфичность – 64%), содержание мочевины в сыворотке крови более 9 (чувствительность – 52%, специфичность – 40%), гиперкалиемия 6,0-6,5 ммоль/л (чувствительность – 54%, специфичность – 42%).

Выводы. Выявленные факторы достоверно прогнозируют возможность развития отёка мозга у детей раннего возраста и требуют дальнейших исследований по разработке вмешательств для их коррекции.

Критик ҳолатда туғилган чақалоқларнинг постнатал ўлими сабаблари

Шукуров Б.И., Абдуллаева Б.С., Ҳамзаев К.А, Шоикрамов Ш.Ш., Сафаров З.Ф.
Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Янги туғилган, айниқса муддатига етмай туғилган ва кичик вазнли чақалоқларда критик ҳолатлар сабаблари орасида нафас йўллари паталогияси асосий ўринни эгаллайди. Ривожланган давлатлар (АҚШ, Швейцария, Швеция, Буюк Британия)да нафас етишмовчилиги туғилган чақалоқларнинг 2,2-4,1%да кузатилади. Бу кўрсаткич 2500 гр.дан кам вазнли чақалоқларда 14%гача етиши мумкин. Н.П. Шабалов (2010) маълумотларига кўра нафас етишмовчилиги гестацион ёши 29 ҳафта ва ундан кичик чақалоқларнинг 65%да, 31-32 ҳафталикларнинг 35%да, 33-34 ҳафталикларнинг 20%да, 35-36 ҳафталикларнинг 5%да, 37 ҳафта ва ундан катта муддатда туғилганларнинг 1% да ривожланади.

Нафас етишмовчилиги ёки респиратор дистресс-синдромга турли хил патологик ҳолатлар, хусусан ўпканинг гиалин мембранали касаллиги, аспирацион синдром, пневмония, пневмоторакс, бўлакли эмфизема, ўпка гипертензияси, ўпканинг туғма ривожланиш нуқсонлари (лимфангиэктазия, агнезия ва гипоплазияси), оғиз бўшлиғининг туғма ривожланиш нуқсонлари, диафрагма касалликлари, инфекцион касалликлар, юрак туғма нуқсонлари, юрак етишмовчилиги, нерв-мушак касалликлари, қон ва қон томир касалликлар олиб келади.

Мақсад. Критик ҳолатда туғилган чақалоқларда юзага келган ўлим сабаблари таркибини ва миқдорини ўрганиш.

Материал ва услублар. Тадқиқот 7-сонли Тошкент шаҳар перинатал шифохонасида ўтказилди. Ретроспектив текширувда реанимацион ёрдам кўрсатилган ва оқибати летал ҳолат билан якунланган 40 та чақалоқларнинг касаллик тарихи таҳлил қилинди. Гестацион ёши 22 дан 41 ҳафтагача бўлган чақалоқлар касаллик тарихининг ретроспектив таҳлили натижалари қуйидагича: туғилгандаги вазнига кўра, уларнинг 12 таси (30%) 2500-4000 г., 12 таси (30%) 1500-2500 г., 9 таси (22,5%) 1000-1500 г. ва 7 таси (17,5%) 1000 г.дан кичик бўлган вазн билан туғилган. Шулардан 29 та (72,5%) ўғил болалар ва 11 та (27,5%) қиз болаларни ташкил қилди. Янги туғилган чақалоқларнинг 18 таси (45%) Апгар шкаласи бўйича баҳоланганда (1 ва 5 мин. да) ўртача 4-6 балл, 14 таси (35%), 0-3 балл, 8 таси (20%) 7 ва ундан юқори балл билан баҳоланди. Шулардан Апгар бўйича 0-3 балл билан 2500 гр.дан (28 та) кам вазнли чақалоқларнинг 11 таси (39 %), 14 таси (50%) 4-6 балл билан, 3 таси (11%) 6-7 балл билан баҳоланди.

Натижалар. Критик ҳолатда туғилиб, эрта неонатал даврда ўлган чақалоқларнинг 27 таси (67,5%) нафас етишмовчилигини оғир даражаси билан, 13 таси (32,5%) нафас етишмовчилигини ўрта оғир даражаси билан даво муолажаларини олган.

Патанатомик текширувларнинг ретроспектив таҳлилига кўра, летал ҳолатга 13 та (32,5%) чақалоқда ҳомила ичи инфекцияси (икки томонлама сероз-геморрагик пневмония), 15 таси (37,5%)да ўпка ателектази, 6 таси (15%)да туғма ривожланиш нуқсони (ўт йўлларининг атрезияси, буйрак, сийдик қопи агенезияси, геморрагик касаллик), 3 таси (7,5%)да ўпканинг гиалин мембранали касаллиги, 2 таси (5%)да сохта чап томонлама диафрагмал чурра, 1 таси (2,5%)да туғруқ травмаси сабаб бўлганлиги аниқланди.

Хулоса. Эрта неонатал даврда нобуд бўлган чақалоқларнинг 70% 2500 гр.дан кам вазнли болаларга тўғри келади. Ўлимини сабаблари ичида ўпка касалликлари етакчи ўринни эгаллайди – 70%да ўпка ателектази ва икки томонлама зотилжам топилган.

THE STUDY OF NEW HEMOSTATIC MATERIAL FOR BLEEDING CONTROL

Mirzakhmatova D.R.
Republican Specialized Centre of Surgery named after acad. Vakhidov V.
Tashkent Medicine Academy
Tashkent, Uzbekistan

Intraoperative bleeding leads to increased operating room time, blood product transfusions, pulmonary hypertension, and potentially to mortality, especially among patients with acute trauma. The modern hemostatic implants have been used for surgical techniques in recent years. However, they are widely available in clinical practice due to the high cost. The new hemostatic agent Heprocel was developed in collaboration with Polymer Chemistry and Physics Research Center at the National University of Uzbekistan. Heprocel is made of biodegradable cellulose derivatives. Heprocel has hemostatic, antibacterial properties and good biocompatibility.

Aim. To evaluate the effectiveness of hemostatic gauze impregnated with oxidized cellulose and carboxymethyl cellulose.

Materials and methods. The hemostatic gauze strips with different concentrations (20 to 70%) of the hemostatic agent were used. *In vitro* studies were performed using whole blood samples of heart operation patients. Heparin as an anticoagulant was used in preoperative period. Evaluation of hemostasis was carried out using the Lee-White method.

The experimental model in Wistar rat was performed by previous heparin intraperitoneal injection and tail wound. Gauze strips were applied on wound surface and weighed before and after an experiment.

Results. *In vitro* study results revealed the clotting time of control group – 702,1 ± 3,8 seconds, Heprocel group – 369 ± 37,9 seconds. Clotting time shortening was noted by 52% using Heprocel compared to the control group. *In vivo* studies results showed shortening bleeding time in the Heprocel group in comparison with the control group.

Conclusion. The new developed hemostatic gauze impregnated with oxidized cellulose and carboxy-

methylcellulose has a high hemostatic effect. Further study of biocompatibility and toxicity will allow using it for bleeding control for severely injured trauma patients.

МНОЖЕСТВЕННЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОЙ ТРАВМЕ

Эргашев Р.Х., Соатмуродов Ш.Н., Тожибоев Б.А., Суяров М.Т., Косимов М.А., Муссавий Б.Д., Жуманов З.Ш.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Сырдарьинский областной филиал РНЦЭМП

Количество пострадавших с множественными переломами в последнее время увеличивается. Особое место в этой группе повреждений занимают дорожно-транспортные травмы. При этом сочетания переломов очень многообразны, что усугубляет их тяжесть.

В 2014-2015 гг. в отделении сочетанных травм РНЦЭМП СОФ на стационарном лечении находились 43 больных с множественными переломами, из них у 31 повреждения возникли в результате ДТП. Значительная часть пострадавших (89,2%) доставлена в клинику в состоянии травматического шока.

По возрасту больные распределились следующим образом: до 18 лет – 8 человек, от 18 до 30 лет – 11 человек, от 31 до 40 лет – 8 человек, от 41 до 50 лет – 5 человек, от 51 до 60 лет и старше 61 года – 8.

Отмечалось преобладание мужчин (28) по сравнение с женщинами (15). 11% пострадавших получили травму, находясь в состоянии алкогольного опьянения. Дифизарные переломы костей голени встречались у 31 человека, диафизарные переломы бедра – у 17, переломы ребер – у 6, костей таза – у 11, костей предплечья – у 21, переломы лопатки – у 3, переломы костей кисти – у 16, переломы позвоночника – у 9, переломы костей стопы – у 7, переломы лодыжек – у 16 и переломы надколенника – у 3 пострадавших. У 14 больных переломы были открытыми. Всего у 43 больных были сломаны 108 костей. Помимо этого, имелись и другие повреждения: раны мягких тканей различной локализации у 21 человека, вывихи – у 4, ушибы почек – у 5 и отморожение – у 2 больных.

Большинство повреждений опорно-двигательного аппарата при ДТП лечились консервативно, не считая хирургической обработки ран и открытых переломов. Однако лечение диафизарных переломов длинных трубчатых костей как основного вида повреждения, от которого зависит трудоспособность пострадавшего, в последние годы претерпело существенные изменения в сторону более активной хирургической тактики. Оперативные вмешательства для оказания специализированной травматологической помощи в сроки от первых суток до двенадцати дней после выведения больного из тяжелого состояния и компенсации жизненно важных функций организма. Выбор способа вправления и фиксации отломков зависел от общего состояния больного. Вместе с тем мы считаем, что у больных с множественными переломами репозицию следует осуществлять как можно раньше. Особые трудности при выборе способа лечения представляют больные, у которых имеются либо переломы обоих сегментов одной конечности, либо сломано по одному сегменту двух или более конечностей. Под нашим наблюдением находилось 38 таких пострадавших, у 17 из них были повреждены два сегмента, у 15 больных – три сегмента, и у 6 больных – четыре сегмента. Средства наружной фиксации в этой группе пострадавших были применены у 2 больных, остеосинтез по методу БИОС – у 5 больных, экстрамедуллярный остеосинтез – у 27 больных и чрескостный остеосинтез по Илизарову у – 16 больных.

Полученные результаты позволяют высказываться за осуществление остеосинтеза в первые дни после травмы, что значительно упрощает уход за больными и сокращает сроки стационарного лечения. Показание к остеосинтезу при множественных переломах более широкое, чем при изолированных переломах.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИМПЛАНТАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ ПРОВОДИМОСТИ РИТМА СЕРДЦА С ОСЛОЖНЕННЫМИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНЫМИ БЛОКАДАМИ

Эрметов А.Т., Рахимов Б.А., Бахритдинов Н.Ш., Йулдошев А.А., Жалилов А.О., Абдуллаев А.Х., Камолидинов Б.З.
Наманганский филиал РНЦЭМП,
Наманганский областной кардиологический центр

Цель. Изучение эффективности имплантации электрокардиостимулятора (ЭКС) у больных с нарушениями проводимости ритма сердца с осложненными атриовентрикулярными блокадами.

Материалы и методы. Для исследования было выбрано 152 больных, которые пролечены в НФ РНЦЭМП и в Наманганском областном кардиологическом центре, с нарушениями проводимости ритма сердца с осложненными атриовентрикулярными блокадами (АВ) II–III степени. Изучалась динамика АВ-проведения, уточнялись сроки и показания для имплантации ЭКС. Из них 88 (57,6%) составили мужчины, 64 (42,4%) женщины. Средний возраст больных 62,67±10,68 года (32-85 лет). Всем больным имплантирован мультипрограммированный однокамерный ЭКС-511 (Элистим-кардио) в «VVI» режиме.

Результаты. У 35 больных (23,1%) на электрокардиограмме (ЭКГ) обнаружена ишемия миокарда по передней стенке и у 117 (76,9%) – по задней. У 93 больных (61,5%) диагностирован синдром Морганьи – Адамса – Стокса (МАС). 29 больным (19%) установлен временный трансвенозный ЭКС. Учитывая стойкость АВ-блокады, наличие синдрома МАС и общего состояние 25 больным (86,2%) в сроки от 3 до 7 суток от начала клиники болезни были имплантированы постоянные ЭКС. У 4 (13,8%) больных ритм восстановился.

У 3 (2%) больных после имплантации постоянного ЭКС в стационаре возникло острое нарушение мозго-

вого кровообращения по ишемическому типу. Средний возраст больных составил 82±6 лет.

Заключение. Ранняя имплантация ЭКС при полной АВ-блокаде имеет наибольшую эффективность при лечении таких больных. При преходящих АВ-блокадах II–III степени, осложнивших течение инфаркта миокарда, имплантация ЭКС является профилактической.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНЕСТЕЗИИ ПРОПОФОЛОМ ПРИ ЭКСТРЕННЫХ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Юсупов А.С., Файзиев О.Я., Маматкулов И.А., Бекназаров А.Б.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Наиболее ответственным этапом анестезиологического обеспечения является период индукции в наркоз, который диктует необходимость контроля и регуляции гемодинамики и вегетативной реактивности, что обеспечивает гладкое течение последующих этапов анестезии в условиях проведения урологических операций у детей.

Цель. Оценка эффективности анестезии с применением пропофола при экстренных урологических операциях у детей.

Материал и методы. Исследование проведено у 22 детей в возрасте 3-14 лет при экстренных урологических операциях (напряженное гидроцеле, камень мочевого пузыря, камень мочеточников, острая задержка мочи, уретерогидронефроз). Пациенты были разделены на две группе: В 1-й группе больных индукция в наркоз осуществлялась с применением пропофола (2,5 мг/кг) и фентанила (2,5 мкг/кг). У больных 2-й группы индукция осуществлялась с применением пропофола (2,5 мг/кг) и кетамина (5 мг/кг в/в).

Клиническое течение анестезии изучали с мониторингом показателей АДс, АДд, сатурации кислорода. На всех этапах анестезиологического обеспечения исследовали состояние центральной гемодинамики методом эхокардиографии (ЭхоКГ), вегетативного баланса методом кардиоинтервалографии (КИГ).

Результаты. Результаты проведенных исследований показали, что показатели гемодинамики у детей 1-й группы характеризовались лабильностью с определенной тенденцией к повышению уровня АДс – на 11%; АДд – на 13% по сравнению с данными 2-й группы. У пациентов 1-й группы отмечалось изменение показателей центральной гемодинамики – повышение сердечного индекса на 8%; уменьшение общего периферического сопротивления сосудов – на 14%. Однако течение основного этапа наркоза у пациентов 1-й группы характеризовалось относительным уменьшением АДс, купированным проведением гемодилюции. Такое состояние отмечалось у детей с продолжительным течением операции, травматичностью и относительной кровоточивостью. У больных 1-й группы наблюдалось относительно большее повышение симпатической активности регуляции ритма сердца, и выход из состояния наркоза характеризовался ранним пробуждением.

Таким образом, пропофол в сочетании с субнаркотической дозой фентанила может стать препаратом выбора для индукции в наркоз и усиления анестезиологической защиты при урологических операциях у детей. Изменение ЭхоКГ и КИГ свидетельствует об обеспечении эффективной анестезии с сохранением гемодинамической стабильности при умеренной стимуляции симпатической активности.

ЛЕЧЕНИЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАН КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ ВОЕННО-ГОРОДСКОЙ ХИРУРГИИ

Джумабаев Э.С., Мирзаев К.К., Джумабаева С.Э., Саидходжаева Д.Г., Суюнов Д.
Андижанский мединститут

Введение. При всей неоднозначности отношения к определению «военно-городская», или «военно-гражданская хирургия», предложенному Б.В. Петровским, и казалось бы, незыблемости военно-полевой доктрины, обеспечивающей спасение тысяч раненых, накапливаемый опыт показывает правомочность этого определения. Исследования ученых Уппсальского университета показывают, что все чаще вооруженные конфликты имеют место в городах и населенных пунктах, с вовлечением гражданского населения. До 90% погибших и раненных в современных конфликтах составляют не вооруженные комбатанты, а гражданские лица.

Цель исследования. Совершенствование подходов к лечению огнестрельных повреждений конечностей в условиях военно-городской хирургии.

Материал и методы исследования. Кафедра госпитальной хирургии Андижанского медицинского института, базирующаяся в Андижанском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (АФРНЦЭМП), располагает опытом лечения пострадавших с огнестрельными ранениями.

Анализируемые пострадавшие с огнестрельными ранениями конечностей разделены на 2 группы: основную, где в комплексе лечебных мероприятий применяли, согласно утвержденным в АФРНЦЭМП протоколам, методы региональной лимфатической терапии, и контрольную, где лечение осуществлялось без применения методов лимфатической терапии. Распределение раненых по группам было случайным и зависело от складывающейся медико-тактической ситуации (интенсивность поступления, перевод раненых из других лечебных учреждений города и районов и др.). Применение метода обосновано экспериментальными исследованиями на животных, с моделью огнестрельной раны конечности, использованием электронной микроскопии, а также изучением фармакокинетики.

Результаты исследования и их обсуждение. Огнестрельные раны конечностей отличаются

характерными патофизиологическими и патоморфологическими особенностями, в связи с чем можно выделить три основные составляющие успешного их лечения. Первое – ранняя доставка на этап специализированной хирургической помощи. Второе – ранняя первичная хирургическая обработка ран с использованием микрохирургического подхода для восстановления поврежденных структур и применения раннего первичного остеосинтеза. Третье – ранняя рациональная антибиотикотерапия.

Наш опыт показывает, что описанный медико-тактический подход во многом осуществим в условиях военно-городской медицинской помощи.

В Республике Узбекистан, согласно ПП №2107 от 10.11.98 г., создана уникальная в своем роде система экстренной медицинской помощи, обеспечивающая оказание квалифицированной и специализированной неотложной медицинской помощи в течение «золотого часа» практически в любом регионе республики. Во главе системы работает Республиканский научный центр ЭМП в г.Ташкенте, в его подчинении находятся 14 областных филиалов и 174 субфилиала (отделения ЭМП в каждом районе республики). Объединение в систему службы «103», санитарной авиации, бригад быстрого реагирования и складов ЧС придало системе завершенность и возможность быстрого реагирования в чрезвычайных ситуациях различного генеза. Подавляющему числу пострадавших оказана медицинская помощь в первые 3 часа после ранения. Первую медицинскую и квалифицированную медицинскую помощь в эти сроки получили практически все обратившиеся и доставленные машинами «103». Специализированная медицинская помощь в первые 3 часа оказана 78,2% пострадавших.

Ранняя первичная хирургическая обработка, использование ранней патогенетически обоснованной рациональной лимфотропной антибиотикотерапии, с региональной стимуляцией лимфатического дренажа, позволила произвести наложение первичного шва 72% раненых. Хирургическая инфекция у этих раненых развилась в 2,5% случаев. При ранениях конечностей с переломами костей, в условиях военно-городской хирургии, у подавляющего числа раненых (82%) использовали концепцию «сберегательной» ПХО огнестрельных переломов. Особенностью лечения раненых с повреждением магистральных сосудов (12 наблюдений), в условиях военно-городской хирургии, является возможность раннего обслуживания пострадавших сосудистым хирургом, с использование УЗ-допплерографии и цифровой контрастной ангиографии, микрохирургической техники и реконструктивной хирургии. Возможности военно-городской хирургии позволяют раннее применение реконструктивно-восстановительных вмешательств при ранениях периферических нервов (6 наблюдений). Особенностью лечения наиболее тяжелого контингента раненых с множественными и сочетанными повреждениями в условиях военно-городской хирургии является возможность использования тактики «ortopedic demage contol».

Выводы. 1. Возможность ранней доставки пострадавших в результате вооруженных конфликтов в городах и населенных пунктах непосредственно на этап оказания специализированной медицинской помощи позволяет усовершенствовать подходы к лечению огнестрельных ранений конечностей. 2. Использование рациональной лимфотропной антибиотикотерапии с региональной лимфостимуляцией, в комплексном усовершенствованном лечении ранений конечностей, способствует снижению количества осложнений у наблюдаемых пострадавших.

ТОКСИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ АЛКОГОЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ И ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ

Акалаев Р.Н., Стопницкий А.А., Собиров Д.Х.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Ташкентский институт усовершенствования врачей

Материал и методы. Объектом исследования послужили 60 больных с острым отравлением алкоголем, осложненном развитием токсического гепатита, находившихся на лечении в отделении токсикологии РНЦЭМП в 2015-2016 гг., возрастом от 35 до 55 лет.

Пациентов разделили на 2 группы: I группа (основная) – 30 больных, которые помимо традиционной терапии получали 20,7% раствор препарата L-аргинин 1 раз в сутки начиная момента поступления в течение 5 дней; II группа (сравнения) – 30 пациентов, получивших традиционную терапию, включающую в себя инфузионную терапию кристаллоидными растворами, витаминотерапию, седатацию. Всем больным проведено комплексное обследование с применением инструментальных, лабораторных методов. Изучали уровень ферментов печени (АлТ, АсТ), билирубина, свободного аммиака при поступлении и в динамике на 5 сутки. В качестве маркера гипоксии в основной и контрольной группах исследовался лактат крови при поступлении и в динамике через 24, 48 часов. Также проводили оценку тяжести нарушений интеллекта с использованием шкалы MMSE по 10 позициям, шкалы FAB по 6 позициям на 3-ьи, 5-е сутки.

Результаты исследования. Исходные показатели у всех обследованных больных свидетельствуют о серьезных нарушениях системы гомеостаза, наступивших в результате отравления. Уровень алкоголя в крови в обеих группах составил – 2,3±0,9 г/л, показатели ферментов I группы составили – АлТ – 184,2±41 u/l, АсТ- 165,7±52 u/l, билирубина – 28,3±4,2 ммоль/л, свободного аммиака – 66,2±9,5 ммоль/л. Во II группе отмечалась аналогичная картина – уровень АлТ составил 177,9±63,3 u/l, АсТ – 159,5±55 u/l, билирубина – 24,2±3,7 ммоль/л, свободного аммиака – 61,7±11,2.

В динамике на фоне инфузий L-аргинина у больных основной группы мы наблюдали снижение АлТ, АсТ, билирубина, свободного аммиака в 2,1, 2,2, 1,4, 1,7 раза по отношению к исходным данным, в то время как в группе сравнения уровень аналогичных показателей был ниже исходных только в 1,3, 1,2, 1,1, 1,1 раза соответственно.

Исследование лактата венозной крови показало развитие тканевой гипоксии у всех поступивших с острыми отравлениями алкоголем. При этом уровень молочной кислоты составлял 4,4±1,1 ммоль/л в I группе и 4,5±1,5 во II группе. На фоне инфузий L-аргинина уже через 24 часа отмечалось существенное снижение лактата в среднем до 2,6±0,4 ммоль/л, а через 48 часов его содержание практически приблизилось к норме – 1,8±0,2 ммоль/л, что связано с нормализацией метаболических процессов в тканях. На фоне традиционной терапии уровень молочной кислоты у больных составил 3,5±0,7 через 24 часа и 2,7±0,9 ммоль/л через 48 часов, что превышает показатели лактата у испытуемой группы в 1,3 и 1,4 раза соответственно.

Согласно проведенному скринингу уровня интеллекта по шкале MMSE у пациентов I группы на 3-ьи сутки отмечались легкие когнитивные нарушения – 22±1,4 балла, а на 5-е когнитивный дефицит был практически купирован, и суммарный балл составил в среднем 28±1,6 балла. Что касается пациентов группы сравнения, то показатели шкалы MMSE по всем позициям на 3-ьи и 5-е сутки были в 1,4 и 1,5 раза ниже, чем в основной группе.

Анализ когнитивных функций по шкале FAB на фоне проводимой гепатопротекторной терапии показал практически полное их восстановление уже на 3-ьи сутки с момента поступления в стационар, тогда как во II группе продолжали сохраняться нарушения концептуализации и динамического праксиса. Суммарный результат теста у пациентов II группы на 5-е сутки не превышал в среднем 13,4±1,1 балла, что в 1,2 раза ниже, чем в I группе.

Вывод. Применение современного гепатопротектора L-аргинина эффективно купирует когнитивные расстройства при острой алкогольной интоксикации за счет антигипоксантных, аммиаксвязывающих и цитопротекторных свойств препарата.

МЕТОДЫ ОПТИМИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Ризаев К.С., Алтыев Б.К., Баймурадов Ш.Э.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Вопросы улучшения тактики лечения больных с острым панкреатитом (ОП) остается одной из сложнейших задач современной хирургии. И если частота неэффективного лечения отечной формы ОП незначительна, то этот показатель в группе больных с деструктивными формами остается проблемным вопросом. Исследования, проведенные нами, наглядно продемонстрировали высокую диагностическую ценность различных клинико-лабораторных анализов и интегральных шкал в оценке тяжести патологического процесса, как в локальном значении, так и в плане системных осложнений.

Нами за прошедшие 15 лет проанализированы результаты лечения 3230 больных с различными формами острого панкреатита. Больные нами распределны на две группы для анализа. В первую группу включены 628 пациентов с ОП, наблюдавшихся за период с 2001 по 2006 г., в диагностике которых не применялись доступные на современном этапе методы исследования, а тактика лечения основывалась на стандартных клинико-инструментальных данных. Во вторую группу включены 2602 больных с ОП, получавших лечение с 2007 по 2014 г., в комплексное обследование которых были внедрены современные методы оценки тяжести патологического процесса, в частности интегральные системы (APACHEII, Ranson), серологические маркеры оценки тяжести процесса (РСТ, СРБ), внедрение методики оценки тяжести ОП по данным КТ (Balthazar) и лапароскопии. Для упрощения работы по оценке тяжести больных с ОП мы разработали компьютерную программу балльной оценки тяжести течения ОП. Программа разработана на основании многопараметрической балльной оценки тяжести течения острого деструктивного панкреатита. Программа предназначена для быстрой оценки тяжести течения и прогнозирования летальности при остром панкреатите в условиях экстренной хирургии. В основу программы заложены критерии системы Ranson. Следующим параметром для выработки оптимальной тактики лечения больных с ОП является показатель РСТ (прокальцитониновый тест) или СРБ (С-реактивный белок). Проведенные исследования показали, что РСТ является высокоинформативным методом оценки тяжести течения и инфицированности процесса. Сравнительный анализ эффективности диагностических мероприятий показал, что в первой группе тяжесть ОП была установлена правильно в 69,6% (437 больных) случаев, в свою очередь недооценка состояния определена у 30,4% (191) пациентов. Во второй группе эти показатели составили 90,1% (2344) и 9,9% (258) соответственно. Принципиальное значение имела недооценка тяжести состояния, выявленная у 30,4% больных первой группы и 9,9% пациентов во второй группе. В целом в группах исследования адекватная верификация произведена у 69,6% больных в первой группе и 90,1% пациента во второй группе. Следует отметить, что по всем основным сопоставительным параметрам получена достоверная ($P<0,05$) разница в качестве первичной верификации тяжести ОП.

Таким образом, комплексная верификация тяжести течения острого панкреатита и его осложнений по интегральным шкалам и специфическим серологическим маркерам позволяет повысить диагностическую эффективность дифференциации различных форм течения острого панкреатита.

VI. КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ОЦЕНКЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА И НЕЙРОПРОТЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ СЕРДЕЧНО-ЛЁГОЧНУЮ РЕАНИМАЦИЮ

Ахмедова Д.Г.
АО «Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова»

Несмотря на мировой прогресс в нейрореаниматологии, отсутствие единых критериев и стандартов оценки неврологического дефицита у пациентов, перенесших сердечно-лёгочную реанимацию (СЛР) в периоперативном периоде, диктует дальнейшее совершенствование методов лечения.

Цель. Разработка мультимодального подхода к оценке неврологического дефицита и нейропротекции у пациентов, перенесших сердечно-лёгочную реанимацию в периоперативном периоде.

Материал и методы. Ретроспективно проанализирован опыт лечения 114 пациентов, перенесших СЛР в периоперативном периоде (нетравматического генеза) в отделении реанимации и интенсивной терапии Республиканского специализированного центра хирургии им. акад. В. Вахидова в 2008-2015 гг. После перенесенной СЛР у всех пациентов выявлен неврологический дефицит различной степени тяжести, из их числа 45 (39,4%) в анамнезе имели нарушение мозгового кровообращения (НМК), 6 (5,2%) – транзиторную церебральную ишемию.

Мультимодальный подход к оценке тяжести неврологического статуса пациентов включал использование 8 шкал: NIH Stroke Scale (NIHSS, USA); Glasgow Coma Scale (GCS); Glasgow-Pittsburgh Coma Scale (GPCS); Scale Meyo-Full Outline of Un Responsiveness (FOUR, 2005); G. Besson Scale (1995); Rancho Los Amigos (RLAS, 2007); Short Orientation Memory Concentration (SOMCT, 2007); APACHE II.

Результаты. Все 114 пациентов после перенесенной сердечно-лёгочной реанимации имеют неврологический дефицит различной степени тяжести. Основой мультимодального подхода к оценке неврологического дефицита (нетравматического генеза) у пациентов, перенесших СЛР в периоперативном периоде явилось: а) выявление общемозговой и очаговой симптоматики в первые 6 часов – ограничение и борьба за зону пенумбры; б) ранняя дифференциальная диагностика НМК; в) оценка степени тяжести неврологического дефицита с помощью последовательного применения 8-оценочных прогностических шкал:

Пациент без сознания – стартовая шкала – Glasgow Coma Scale (GCS); риск инсульта – NIH Stroke Scale (NIHSS, USA) + диф. диагностика ишемического инсульта – G. Besson Scale (1995); в динамике комы – Glasgow-Pittsburgh Coma Scale (GPCS) – учитывает состояние стволовых функций и является важным «неврологическим» дополнением к наиболее распространенной из-за простоты шкалы ком Глазго; шкала прогнозирования комы – Scale Meyo-Full Outline of Un Responsiveness (FOUR, 2005);

Пациент в сознании – нейрореабилитационный период: оценка когнитивных функций – модифицированная шкала Rancho Los Amigos (RLAS, Bilotta F., 2007); оценка памяти – Short Orientation Memory Concentration (SOMCT, 2007).

Так, разработка мультимодального подхода к оценке пациентов, перенесших СЛР в периоперативном периоде, способствовала оптимальной оценке неврологического дефицита и прогнозирования начиная с первых суток. Применение в комплексной оценке состояний после СЛР Scale Meyo – Full Outline of Un Responsiveness (FOUR, 2005) выявило **п**реимущества: отсутствие необходимости добиваться речевого контакта у интубированного или трахеостомированного больного, при этом учитывались все наиболее важные характеристики (контакт, движения, стволовые рефлексы и дыхание) с возможностью прогнозирования синдрома запертого человека и выявления стадии дислокации мозга.

Выводы. Все пациенты после перенесенной сердечно-лёгочной реанимации имеют неврологический дефицит различной степени тяжести. С целью адекватной нейропротекции в оценке неврологического дефицита после сердечно-лёгочной реанимации в периоперативном периоде необходим мультимодальный подход и последовательное применение 8-оценочных шкал в зависимости от нейростатуса пациента и этапа лечения.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПАНКРЕАОНЕКРОЗЕ

Бабаджанов А.У.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Введение. Улучшение качества жизни и питания населения в течение последних десятилетий способствовало значительному увеличению частоты деструктивных форм острого панкреатита.

Наиболее частыми этиологическими факторами острого панкреатита в нашем регионе являются желчнокаменная болезнь и обильный прием алкогольных напитков. На сегодняшний день лечение больных с деструктивными формами острого панкреатита представляет собой актуальную проблему на фоне высокой летальности при тяжелых формах данной патологии.

В настоящее время в центре дискуссии остается вопрос, что видеолапароскопическое вмешательство не может в адекватной мере препятствовать распространению патологического процесса в ПЖЖ при стерильном билиарном панкреонекрозе, в связи с чем

операцией выбора является открытая. Однако видеолапароскопическая операция менее травматична, чем открытая, что особенно важно у данных больных.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения деструктивного панкреатита путем использования возможностей видеолапароскопических вмешательств.

Материал и методы. В период с 2012 по 2015 гг. в отделении экстренной хирургии ХФ РНЦЭМП находились 117 пациентов с диагнозом острый панкреатит. Из числа поступивших больных мужчин было 51 (46%), женщин 66 (54%), 46 пациентов – с алкогольной этиологией, 71 пациент – с билиарной этиологией. Оценка тяжести оценивалось в шкале Ranson и Glasgow. У 70 (59,8%) пациентов комплексная терапия привела к выздоровлению без применения хирургических методов лечения; у 47 (40,1%) больных выявлен панкронекроз, из них 36 (30,7%) случаев асептического панкреонекроза, 11 (9,4%) случаев септического панкреонекроза. У 38 больных мы выполняли лапароскопические операции (ЛХЭ, дренирование холедоха по Пиковскому, дренирование сальниковой сумки, боковых каналов и малого таза), у 9 больных выполнены открытые, т.е. лапаротомные операции. Учитывая характер выполненных операций, мы разделили больных на две группы. В первую группу включены больные, оперированные видеолапароскопическим способом, во вторую группу включены больные, оперированные лапаротомным доступом. В первой группе двое больных повторно оперированы открытым способом из-за продолжающегося некроза ПЖЖ с развитием гнойно-септических осложнений, один из них – с летальным исходом. Во второй группе летальных исходов было 6. Причиной летальных исходов было прогрессирование гнойно-некротических процессов и инфицирование антибиотикорезистентными штаммами внутрибольничной инфекции. При сравнении результатов данных групп отмечено, что видеолапароскопические операции значительно снижают риск инфицирования, гнойно-септических осложнений и летальности, в результате уменьшаются койко-дни. Следует отметить, что лапароскопическая санация и дренирование желчных путей и брюшной полости значительно улучшили состояние больных в послеоперационном периоде. Доказательством данного феномена являлось улучшение показателей лабораторно-инструментальных данных и положительная динамика клинических проявлений. Наш опыт показывает, что вмешательство лапароскопическим способом является перспективным направлением при панкреонекрозе. Очевидные преимущества видеолапароскопических вмешательств позволяют уменьшить риск послеоперационного инфицирования и гнойно-септических осложнений, в то же время позволяют адекватно дренировать брюшную полость и желчные пути.

Заключение. Видеолапароскопические вмешательства с комплексной интенсивной терапией способствуют снижению частоты гнойных осложнений и летальности при деструктивных формах острого панкреатита. Применение лапароскопической санации и дренирования брюшной полости в раннем периоде деструктивного панкреатита позволяет добиться стабилизации состояния пациентов, снижения ферментативной интоксикации и перевести лапаротомию из экстренной в отсроченную, уменьшив тем самым ее объем и снизив риск ее выполнения.

ПАРАМЕТРЫ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ПРИ БАРОРЕФЛЕКТОРНОЙ РЕГУЛЯЦИИ

Голубина И.В.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель. Изучение барорефлекторной функции сердечно-сосудистой системы во взаимосвязи с вариабельностью ритма сердца у детей с гипертрофической кардиомиопатией, осложненной хронической сердечной недостаточностью.

Методы исследования. Исследование проведено у 36 детей (22 мальчика и 14 девочек), средний возраст 9,4±2,1 года, страдающих ГКМ, осложненной ХСН ФК II – у 9 (25%), ФК III – у 20 (55,4%), ФК IV – у 7 (19,4%). Диагноз ГКМ устанавливался согласно диагностическим критериям ВОЗ от 1995 г. Группу сравнения составляли 30 детей (14 мальчиков и 16 девочек) с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП), большие критерии ЭхоКГ которой составляли: конечный диастолический размер левого желудочка (КДР ЛЖ) >117% от верхней границы нормы; фракция выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) менее 45%; малые диагностические критерии: суправентрикулярные или желудочковые аритмии; нарушение проводимости неясного генеза; атриовентрикулярные аритмии I-III степени.

Результаты. На исходном этапе проведения «титлтеста» дети с ГКМ и ДКМП (66) в зависимости от типа БР были разделены на 2 группы: 1-я – 49 (75%) с гиперсимпатикотоническим типом БР, 2-я – 17 (25%) с асимпатикотоническим, 3-я контрольная группа – практически здоровые дети с нормотоническим типом ответной реакции. В 1-й группе ХСН ФК II наблюдалось у 22 (33,3%) детей, ХСН ФК III – у 27 (66,7%), во 2 группе – у 15 (93,3%) детей имелась ХСН ФК IV, у 2 (6,7%) – ХСН ФК III ($p>0,05$).

Вывод. Проведение ортостатической пробы с параллельным изучением параметров вариабельности ритма сердца у детей с ГКМ и ДКМП позволяет установить частоту и характер нарушений барорефлекторной регуляции. Дети с ГКМ и ДКМП с асимпатикотоническим типом барорефлекторного ответа характеризуются достоверно высоким функциональным классом сердечной недостаточности, но при ДКМП худшими показателями внутрисердечной гемодинамики. При ГКМ асимпатикотонический тип барорефлекторной регуляции характеризуется подавлением низкочастотного, а при

ДКМП – как низкочастотного, так и высокочастотного спектра ВСР, независимо от положения пациента.

ЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА В СОЧЕТАНИИ С АНЕВРИЗМАМИ

Дмитриев А.В., Элиава Ш.Ш., Шехтман О.Д.
ФГАУ «Научно-исследовательский институт нейрохирургии имени академика Бурденко Н.Н.» МЗ РФ, Москва

Введение. Артерио-венозные мальформации (АВМ) головного мозга в 2-17% случаев сочетаются с аневризмами, которые могут располагаться как на питающих артериях (гемодинамические), так и на не связанных с ними сосудах (диспластические).

Материал и методы. В исследование были включены 86 пациентов с сочетанной патологией – АВМ и артериальная аневризма (АА), – находившихся на лечении в Институте нейрохирургии с 2000 по 2015 год, возраст больных составил 22-70 лет (средний 42,71±11,93). Соотношение мужчин и женщин 54 : 33. Распределение больных по шкале Spezler-Martin составило: Grade I – 19 (22,09%), Grade II – 42 (48,84%), Grade III – 16 (18,60%), Grade IV – 7 (8,14%), Grade V – 2 (2,33%). Мальформации были как супра- (83,72%), так и инфратенториальные (16,28%), располагающиеся в лобных – 17 (19,77%), височных – 19 (22,09%), теменных – 7 (8,14%), затылочных – 7 (8,14%) долях. Выходили за пределы одной доли у 13 (15,12%) больных, в пределах гемисфер или червя мозжечка – 13 (15,12%) и проч.

Всего было выявлено 136 аневризм, ассоциированных с АВМ, у 30 пациентов аневризмы были множественными. По классификации Redecop et all (1988) диагностировано 83 проксимальных (на артериях, гемодинамически связанных с АВМ), 25 дистальных (на прямом фидере АВМ) и 15 диспластических (на артериях, гемодинамически не связанных с АВМ). Из 118 мешотчатых аневризм 19 были < 2 мм в диаметре (baby aneurysm), 44 – маленькие, 25 – средние, 24 – большие и 6 – гигантские. АВМ головного мозга сочетались с фузиформными аневризмами в 8 случаях и в 10 – с аневризматическими выпячиваниями. Результаты лечения оценены по модифицированной шкале Рэнкина.

Результаты. Пациентам выполняли микрохирургические (41 больной), эндоваскулярные вмешательства (17 больных) либо их комбинации (23 больных), 5 пациентов были оставлены под наблюдение. Без ухудшения в неврологическом статусе выписан 61 (70,9%) больной. Снижение оценки по шкале Рэнкина в 1 балл отмечено у 15 (17,4%) больных, 2 и более баллов – у 8 пациентов (9,3%). Летальность составила 2,3% (2 больных) и была связана с осложнением после эмболизации у одного пациента и повторным кровоизлияниям после комбинированного лечения у другого.

Заключение. Хирургическая тактика лечения АВМ в сочетании с АА должна быть направлена на выключение из кровотока как мальформации, так и аневризмы. Гемодинамические аневризмы должны выключаться в первую очередь либо одномоментно с АВМ.

IN VITRO STUDY OF PLASMA PURIFICATION FOR POSTTRAUMATIC HEPATORENAL FAILURE TREATMENT

Kim O.V.
Republic Specialized Center of Surgery named after acad. Vakhidov V.

The development of artificial organs support system remains actual strategy due to a high mortality rate of multi-organ dysfunction. The liver is the most commonly injured organ in blunt abdominal trauma and the second most commonly injured organ in penetrating abdominal trauma. Ischemic hepatitis (also known as shock liver) and acute kidney failure can occur due to high blood loss and insufficient blood flow to these vital organs. The recovery of liver functions in early postoperative period is important issue.

Objective. The evaluation of AC adsorption capacity during plasma adsorption for hepatorenal syndrome endotoxemia.

Methods. Static adsorption experiments using AC sorbents (SKN-2k) with median diameter 0,3-0,6 mm at room temperature were conducted. The inner porous surface ranged between 1200-1300 m^2/g. 2000 mg (2,8 ml) AC have been prepared by washing with 10 ml normal saline. Further 4 ml human plasma with hyperbilirubinemia was added to AC in lab tube with diameter 2,0 cm. Adsorption lasted 30 min of sorption. Lab tests were checked before and after experiment.

The higher sorbent/plasma ratio is the more effective reducing of target molecules. The most appropriate sorbent to plasma volume ratio is 1:1,4. The contact area plays an important role in adsorption effectiveness due to hydrophobic properties of AC. Past studies revealed that enlargement of contact area induces adsorption intensity.

Results. The results of current experiment revealed high adsorption capacity during static plasma adsorption. Lab test results showed AST decreasing by 49,8±7,8%, total bilirubin – 70,6±3,7%, conjugated bilirubin – 88,9±4,8%, unconjugated bilirubin – 57,3±6,7%, urea – 65,3±0,4%, creatinine – 94,4±0,9% (n=3). AC removed total protein from plasma by 48,2±1,9% and albumin – 54,7±1,9% (n=5).

Conclusion. Static plasma adsorption study revealed effective decreasing of liver and kidney tests levels. AC using for plasma perfusion may be used for postoperative conditions after liver injury, high blood loss, and shock in intensive unit care. However, a high total protein adsorption in liver failure patients may induce hypoproteinemia. Further research and im-

provement of sorbent selectivity, efficiency, biocompatibility have possibilities to develop a liver support system.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АНЕВРИЗМАМИ В ОБЛАСТИ ИНТРАКРАНИАЛЬНОГО СЕГМЕНТА ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ

Кисарьев С. А., Элиава Ш.Ш., Пилипенко Ю.В., Шехтман О.Д., Окишев Д.Н.
ФГАУ «Научно-исследовательский институт нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» МЗ РФ, Москва

Аневризмы позвоночной артерии (ПА) – относительно редкая патология. С учетом большого разнообразия топографических и анатомических вариантов аневризм в данной области выбор метода выключения аневризмы всегда индивидуален в каждом конкретном случае.

Цель работы. Представить результаты нейрохирургического лечения больных с аневризмами в области интракраниального сегмента ПА.

Материал и методы. За период с 2011 по 2015 г. (5 лет) в НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко оперировано 88 пациентов с аневризмами в области интракраниального отдела ПА, что составило 2,7% от общего количества вмешательств по поводу аневризм головного мозга. Пациентов мужского пола было 31 (35%), женского – 57 (65%). Возраст больных варьировал от 23 до 68 лет, средний – 47 лет.

В острую стадию субарахноидального кровоизлияния оперировано 11 (12,5%) пациентов, в холодном периоде – 49 (55,5%) больных. У 28 (32%) пациентов операции проводились по поводу неразорвавшихся аневризм.

Область интракраниального сегмента ПА включала в себя следующие локализации: 1) проксимальные отделы ПА (до устья задней нижней мозжечковой артерии (ЗНМА); 2) устье ЗНМА; 3) дистальные отделы ПА (выше устья ЗНМА), 4) периферические сегменты ЗНМА. Частота встречаемости аневризм в указанных сегментах: 1) 6 (7%); 2) 43 (49%); 3) 19 (21%); 4) 20 (23%).

В 66 (75%) случаях отмечались мешотчатые и в 22 (25%) – фузиформные аневризмы.

Результаты и обсуждение. В большинстве случаев (59%) произведено клипирование аневризм. Эндоваскулярные операции проведены в 41% случаев. Отмечалась следующая тенденция: микрохирургические операции чаще проводили по поводу аневризм периферических отделов ЗНМА и в области устья ЗНМА, когда был высоким риск эндоваскулярной окклюзии ствола ЗНМА. Внутрисосудистые операции чаще проводили при аневризмах проксимальных и дистальных отделов позвоночной артерии. Причем в проксимальных отделах чаще использовали стентирование и окклюзию спиралями, а в дистальных – деконструктивные вмешательства, направленные на выключение ПА дистальнее устья ЗНМА.

При оценке ближайших результатов лечения (при выписке) отмечено, что в большинстве (92,1%) случаев достигнуты благоприятные исходы (5 и 4 по шкале исходов Глазго (ШИГ). Выраженная инвалидизация (ШИГ 3) отмечалась в 5,7% случаев. Вегетативное состояние (ШИГ 2) отмечалось у одного (1,1%) больного. Летальный исход зафиксирован в одном (1,1%) случае.

Полученные результаты оперативного лечения аневризм в области ПА указывают на необходимость дальнейшего изучения данной проблемы с целью выработки оптимальной хирургической тактики и уменьшения количества послеоперационных осложнений.

ДЕКОМПРЕССИВНАЯ ТРЕПАНАЦИЯ ЧЕРЕПА У БОЛЬНЫХ С СУБАРАХНОИДАЛЬНЫМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ АНЕВРИЗМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Коновалов А.Н., Пилипенко Ю.В., Элиава Ш.Ш.
ФГАУ «Научно-исследовательский институт нейрохирургии имени академика Бурденко Н.Н.» МЗ РФ, Москва

Субарахноидальное кровоизлияние (САК) из аневризм сосудов головного мозга по сей день остается заболеванием с высоким процентом летальных исходов и инвалидизации. Тяжесть состояния больных в остром периоде САК обусловлена наличием сопутствующих осложнений, таких как отек головного мозга, внутримозговые и внутрижелудочковые кровоизлияния, окклюзионная гидроцефалия, церебральный ангиоспазм и ишемия. Все эти состояния приводят к повышению внутричерепного давления (ВЧД) и могут стать причиной неблагоприятного исхода.

Как показывают многочисленные исследования, декомпрессионная трепанация черепа (ДТЧ) улучшает исходы лечения пациентов с внутричерепной гипертензией (ВЧГ) после тяжелой черепно-мозговой травмы и злокачественного инфаркта в бассейне средней мозговой артерии. В настоящее время в мировой и отечественной литературе имеется небольшое количество исследований, посвященных ДТЧ у больных в остром периоде САК.

Материал и методы. В институте нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко с 2006 по 2014 г. было проведено 71 ДТЧ у больных, которым проведены прямые операции в остром периоде аневризматического САК. В один этап с выключением аневризмы ДТЧ выполнена 58 пациентам и отсрочена в связи с рефрактерной ВЧГ 13 больным. Средний возраст больных составил 46 лет (25-72 г.). Соотношение мужчины/женщины – 41:30. Степень тяжести по шкале Hunt-Hess: I стадия – 1 (1,4%), II стадия – 8 (11,3%), III стадия – 28 (39,4%), IV стадия – 19 (26,7%), V стадия – 15 (21,1%). Тяжесть САК оценивалась по шкале Fisher: II степень – 5 (7%), III степень – 31 (43,6%), IV степень – 35 (49,2%).

У 50 (70%) больных отмечен церебральный ангиоспазм, диагностика которого производилась с помощью транскраниальной допплерографии.

Чаще всего причиной кровоизлияния являлись аневризмы передней мозговой – передней соединительной артерии (46,5%) и средней мозговой артерии (18,3%).

Результаты лечения оценивались через 30 дней после проведенного лечения при помощи шкалы исходов Глазго (ШИГ).

Результаты. Хороший функциональный исход (ШИГ 4-5) получен у 30 больных (42,3%), выраженная инвалидизация (ШИГ 3-2) – у 27 (38%). Умерли 14 (19,7%) больных.

В нашей серии у 13 больных были отмечены послеоперационные осложнения, связанные с ДТЧ: менингоэнцефалит – у 3 (4,2%) пациентов, эпидуральная гематома – у 2 (2,8%).

Заключение. На основании нашей работы мы пришли к заключению, что ДТЧ у больных с аневризматическим САК, которым проведены прямые операции, показана при:

1) выраженном минтраоперационном отеке мозгового вещества;

2) клинических признаках дислокационного синдрома, основным среди которых является появление анизокории;

3) устойчивой рефрактерной к терапии ВЧГ, превышающей 20 мм рт. ст. (при инвазивном измерении).

ПРЕИМУЩЕСТВО ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ ПРИ ОТКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СОСУДОВ

Маматкулов У.Э.
Андижанский филиал РНЦЭМП

Повреждения кровеносных сосудов относятся к категории наиболее тяжелых по интенсивности и быстроте развивающихся последствий. Приблизительно 3% всех повреждений, получаемых в мирное время, сопровождаются изолированными или сочетанными повреждениями сосудов. Повреждения артерий и вен составляют 15% от всей экстренной патологии сосудов (Покровский А.В. и др., 2008). В последние десятилетия в связи с широким использованием в быту различных технических устройств наблюдается высокий уровень травматизма сосудов. В структуре острых травм сосудов удельный вес открытых повреждений сосудов составляет 80%.

В связи с этим возросло значение экстренной ангиохирургии в решении таких важных социальных задач, как уменьшение инвалидизации и сокращение сроков нетрудоспособности, ранняя медицинская и трудовая реабилитация пострадавших.

Цель. Оценка эффективности применения прецизионной техники при открытых травмах сосудов.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты лечения 6450 больных, – из них 5160 (80%) мужчин и 1290 (20%) женщин с открытыми повреждениями сосудов, – поступивших по экстренным показаниям в торако-сосудистое и другие отделения АФ РНЦЭМП в 2006-2015 гг. Больные в основном были молодого трудоспособного возраста – 27±1,5 года. Надо отметить, что мы изучали повреждения не только артерий и вен конечностей, но и сосудов шеи, груди, живота и таза, нередко сочетающихся с травмами внутренних органов.

Колото-резаные ранения имели место у 2910 (45%) пострадавших, ушибленно-рваные ранения – у 710 (11%), колото-рваные ранения – у 1161 (18%), костно-сосудистые ранения – у 1290 (20%), огнестрельные – у 323 (5%).

Пострадавшим выполнены следующие оперативные вмешательства на сосудах: циркулярный шов – у 4515 (70%), боковой шов – у 645 (10%), ушивание дефекта сосуда с фиксацией заплаты – у 258 (4%), протезирование аутовеной – у 710 (11%), лигирование – у 323 (5%).

Для объективного анализа изучаемый материал разделили на 2 хронологического периода:

2006-2010 гг. – период рутинного хирургического пособия. В условиях недавно сформированного торако-сосудистого отделения при оказании помощи больным с изолированными и сочетанными повреждениями сосудов чаще прибегали к традиционной хирургической технике. В этот период с открытыми повреждениями сосудов лечение получили 3525 больных. Из них с колото-резаными ранениями – 1586 (45%), ушибленно-рваными ранениями – 388 (11%), колото-рваными ранениями – 635 (18%), костно-сосудистыми ранениями – 705 (20%), огнестрельными – 176 (5%). Циркулярный шов выполнен у 2362 (67%) пострадавших, боковой шов – у 599 (17%), ушивание дефекта сосуда с фиксацией заплаты – у 106 (3%), протезирование аутовеной – у 247 (7%), лигирование – у 141 (4%).

Удовлетворительные и хорошие результаты после проведенных хирургических вмешательств в этот период получены у 2644 (75%) пациентов. Количество койкодней в среднем составляло от 6 до 12. Осложнения отмечались у 881 (25%) пациента, в том числе тромбоз анастомоза – у 678, кровотечение в раннем послеоперационном периоде – у 176, нагноение раны – у 27. Сроки реабилитации – от 1 месяца до 2 лет и более.

2011-2015 гг. – период протокольной микрохирургической помощи. Приобретя определенный опыт, а также пройдя усовершенствование в РНЦЭМП, врачи торакососудистого отделения овладели определенными микрохирургическими навыками оперативного вмешательства. Это способствовало внедрению микрохирургического подхода с использованием операционной оптики, атравматического шовного материала и прецизионной техники при операциях с травмами сосудов.

В этот период с открытыми повреждениями сосудов было 2925 больных, из них с колото-резаными ранениями – 1316 (45%), ушибленно-рва-

ными ранениями – 322 (11%), колото-рваными – 526 (18%), костно-сосудистыми ранениями – 585 (20%), огнестрельными – 146 (5%). Пострадавшим выполнены следующие оперативные вмешательства на сосудах: циркулярный шов – у 2106 (72%) , боковой шов – у 117 (4%), ушивание дефекта сосуда с фиксацией заплаты – у 146 (5%), протезирование аутовеной – у 527 (18%), лигирование – у 29 (1%).

Удовлетворительные и хорошие результаты наблюдались у 2779 (95%) пациентов. Количество койко-дней – в среднем от 3 до 6 дней. Осложнения развились у 146 (5%) пациентов, из них тромбоз анастомоза – у 102, кровотечение в раннем послеоперационном периоде – у 32, нагноение раны – у 12. Сроки реабилитации – от 1 до 6 месяцев.

Сравнительный анализ результатов лечения 2-х периодов показал следующее: количество послеоперационных осложнений уменьшилось на 80%, количество койко-дней – на 50%, сроки реабилитации – на 75%.

Таким образом, внедрение в клиническую практику восстановительных операций с применением операционной оптики, атравматического шовного материала и прецизионной техники позволило улучшить результаты лечения пациентов с открытыми повреждениями сосудов и сократить сроки пребывания их в стационаре, а также уменьшить сроки восстановления трудоспособности.

THE STUDY OF NEW HEMOSTATIC MATERIAL FOR BLEEDING CONTROL

Mirzakhmatova D.R.
Republican Specialized Centre of Surgery named after acad. Vakhidov V., Tashkent Medicine Academy

Intraoperative bleeding leads to increased operating room time, blood product transfusions, pulmonary hypertension, and potentially to mortality, especially among patients with acute trauma. The modern hemostatic implants have been used for surgical techniques in recent years. However, they are widely available in clinical practice due to the high cost. The new hemostatic agent Heprocel was developed in collaboration with Polymer Chemistry and Physics Research Center at the National University of Uzbekistan. Heprocel is made of biodegradable cellulose derivatives. Heprocel has hemostatic, antibacterial properties and good biocompatibility.

Aim. To evaluate the effectiveness of hemostatic gauze impregnated with oxidized cellulose and carboxymethyl cellulose.

Materials and methods. The hemostatic gauze strips with different concentrations (20 to 70%) of the hemostatic agent were used. In vitro studies were performed using whole blood samples of heart operation patients. Heparin as an anticoagulant was used in preoperative period. Evaluation of hemostasis was carried out using the Lee-White method.

The experimental model in Wistar rat was performed by previous heparin intraperitoneal injection and tail wound. Gauze strips were applied on wound surface and weighed before and after an experiment.

Results. In vitro study results revealed the clotting time of control group – 702,1±3,8 seconds, Heprocel group – 369±37,9 seconds. Clotting time shortening was noted by 52% using Heprocel compared to the control group. In vivo studies results showed shortening bleeding time in the Heprocel group in comparison with the control group.

Conclusion. The new developed hemostatic gauze impregnated with oxidized cellulose and carboxymethylcellulose has a high hemostatic effect. Further study of biocompatibility and toxicity will allow using it for bleeding control for severely injured trauma patients.

ДУПЛЕКСНОЕ СКАНИРОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Отабоев М.Э.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Ультразвуковое флебологическое исследование является основополагающим методом оценки состояния венозной системы и флебогемодинамики. Ультразвуковое дуплексное ангиосканирование в настоящее время по праву считается «золотым стандартом» в диагностике заболеваний вен нижних конечностей. По мере накопления клинического опыта появилась необходимость оценки возможностей метода в сложных диагностических ситуациях и возможных диагностических ошибок. При этом от данных ультразвукового исследования будет зависеть дальнейшая диагностическая и лечебная тактика, в том числе хирургическая.

Цель. Определить возможности дуплексного сканирования в диагностике и лечении больных с тромбозами вен нижних конечностей.

Материал и методы. В сосудистом хирургическом отделении Наманганского филиала РНЦЭМП за последние три года (2013-2015) госпитализировано 163 больных с диагнозом острый венозный тромбоз нижних конечностей различного вида. Среди больных мужчин было 94 (57,7%), женщин – 69 (42,3%). Возраст больных колебался от 18 до 82 лет.

61 (37,4%) пациент обратился в центр в течение суток от начала заболевания, 54 (33,1%) – в течение 2-5 суток, 48 (29,5%) пациентов – после 5 суток. Всем больным с тромбозами глубоких вен нижних конечностей выполняли цветное дуплексное сканирование (ЦДС) на ультразвуковом сканере Toshiba Xario (Япония) с линейным датчиком 8 МГц и конвексным датчиком 3,5 МГц.

При ЦДС мы получали информацию об эхогенности тромба, состоянии тромба, риске эмбологенности тромба, протяженности тромба, состоянии кровоснабжения в дистальном русле, степени реканализации.

Результаты. При дуплексном сканировании у 61 (37%) больного был выявлен сочетанный тотальный тромбоз всей глубокой венозной системы нижних конечностей, у 47 (29%) больных – в подвздошно-бедренном сегменте, у 35 (21%) – в бедренно-подколенном сегменте, у 12 (7%) больных – тромбоз глубоких вен голени.

Все больные получали комплексную консервативную терапию, которая включала в себя строгий постельный режим в течение 7-10 дней, возвышенное положение и эластическое бинтование конечностей, антикоагулянты (Клексан 0,6 п/к) до 10-12 суток, с 5-6 суток больным назначался Варфарин (2,5 мг, per os) от 6 месяцев до 1 года и более (по показаниям), под контролем МНО; дезагреганты (Кардиомагнил 75 мг, per os), препараты, улучшающие реологию крови (Реосорбилакт 200,0 в/в, Тивортин 100,0 в/в), спазмолитики (Но-шпа или Дротаверин 2,0 в/в), флебопротекторы (Детралекс 500 мг, per os) и противовоспалительную терапию (Диклофенак 3,0 в/м).

У 1 больного с тромбозом нижней полой вены при ЦДС тромб имел флотирующий характер, в связи с чем больному в экстренном порядке была выполнена кавапликация на уровне инфраренального отдела нижней полой вены. Также у 1 больного выполнена венапликация левой общей подвздошной вены.

У всех пациентов при контрольном исследовании на 6-8 сутки после выявления венозного тромбоза констатировалась нормализация показателей коагулограммы, улучшение состояния больных, т.е. уменьшение болей и отёчности в нижних конечностях. На фоне консервативной терапии летальность отмечалась у 2 больных, от повторной массивной ТЭЛА, что составило (1,2%) от общего числа тромбозов глубоких вен в системе нижней полой вены.

Через 1,5-2 месяца после консервативной терапии на контрольном ультразвуковом ангиосканировании выявлялась 15-20% реканализация зоны нахождения пристеночных и обтурационных тромбов в илеофеморальном сегменте. Ближайшие результаты лечения показали, что при своевременном комплексном лечении острых венозных тромбозов нижних конечностей у 85% пациентов можно добиться хороших результатов, а в 15% случаев – удовлетворительных.

Вывод. Таким образом, дуплексное сканирование позволяет установить достоверный диагноз, определить распространение патологического процесса, а в случае риска ТЭЛА – выполнить оперативное вмешательство малоинвазивным способом, а также оценить результаты лечения в отдаленном периоде.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ЧРЕЗ- И НАДМЫЩЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Тожибоев Б.А.
Сырдарьинский областной филиал РНЦЭМП

Чрез- и надмыщелковые переломы плечевой кости у детей составляют 69,6% от числа всех переломов костей локтевого сустава. По данным литературы, эти повреждения составляют от 39 до 77,8% всех переломов нижнего отдела плечевой кости у детей, а по числу и тяжести осложнений занимают ведущее место среди всех переломов локтевого сустава. Г.А. Баиров и соавт. (1974) отмечают, что процент отрицательных результатов при лечении переломов области локтевого сустава у детей в 3-9 раз превышает таковой при лечении переломов других локализаций. По мнению Н.Г. Жиля и соавт. (1993), в 67% случаев при этой патологии выявлены серьезные ошибки в диагностике и оказании врачебной помощи. Широкая распространенность переломов, многообразие клинических проявлений, высокая травматичность локтевого сустава, а также сложность анатомического строения дистального отдела плечевой кости, наличие множества ядер окостенения и неравномерность их развития затрудняют своевременную диагностику подобных повреждений.

Цель. Поиск более рациональных методов лечения чрез- и надмыщелковых переломов плечевой кости у детей, обеспечивающих точную репозицию и стабильную фиксацию отломков.

Материал и методы. В 2011-2016 гг. в Сырдарьинском филиале РНЦЭМП на лечении находились 132 ребенка с чрез- и надмыщелковыми переломами плечевой кости в возрасте от 1 года до 18 лет. Мальчиков было 74 (56,0%), девочек – 58 (43,9%). Удельный вес закрытых переломов составил 92,5%, открытых – 7,5%, причем среди открытых переломов чаще наблюдались вторично-открытые переломы. Чрезмыщелковые переломы отмечались у 115 (87,2%) больных, надмыщелковые – у 17 (12,8%), соотношение 9,3:1.

При чрез- и надмыщелковых переломах плечевой кости без смещения костных отломков вполне достаточно фиксации поврежденной руки гипсовой лонгетой в течение 3-4 недель. Таких случаев было 31, что составило 23,4% от общего числа наблюдаемых больных. При смещении костных отломков лечение начинали с закрытой ручной репозиции с наложением гипсовой повязки. После уменьшения отека производили контрольную рентгенографию на 6-7 сутки. Из 91 больного, у которого применяли консервативный метод, в 69,3% случаев исход оказался удачным, а в 30,7% наблюдений отмечались отрицательные исходы. Безуспешные закрытые репозиции и вторичные смещения отломков потребовали применения более рациональных методов лечения. Показанием к оперативному лечению больных были переломы с четкой симптоматикой расстройства функции сосудисто-нервного пучка, первичные и вторичные открытые и многооскольчатые, Т-У-образные переломы с выраженными расхождениями отломков, а также переломы с интерпозицией мягких тканей.

При появлении симптомов повреждения сосудисто-нервного пучка у 4 больных применяли ревизию сосудисто-нервного пучка с открытой репозицией костных отломков и остеосинтез спицами Киршнера. Спицы удаляли через 4-5 недель. В нашей клинике

широко применяется закрытая репозиция костных отломков путем остеосинтеза аппаратом Илизарова по методу клиники НИИТО МЗ РУз. При чрез- и надмыщелковых переломах плечевой кости со смещением отломков под внутривенным наркозом производим закрытую ручную репозицию костных отломков. Под ЭОП контролируем состояние костных отломков, после чего накладываем аппарат Илизарова из двух полуколец. Этот метод применялся у 33 больных. Через 3-4 недели демонтировали аппарат Илизарова, больным рекомендовали ЛФК локтевого сустава.

При чрезмыщелковых переломах легкие парезы срединного и локтевого нерва у 2 больных требовали применения закрытой ручной репозиции костных отломков с фиксацией аппаратом Илизарова. Выполнение дистракции и компрессии во время операции усугубляла тяжесть симптомов повреждения локтевого и лучевого нерва, вплоть до монопареза верхней конечности. У 33 (100%) больных с закрытым остеосинтезом после демонтажа аппарата Илизарова наблюдались контрактуры локтевого сустава, которые устранялись после ЛФК в течение месяца. При открытой репозиции костных отломков у 4 больных развившаяся контрактура локтевого сустава устранялась с применением ЛФК, электрофореза с 0,5% раствором новокаина, а при избыточном разрастании периостальной мозоли рекомендован электрофорез йодистого калия или 10% раствора хлористого натрия. Контрактура локтевого сустава потребовала 3-4 месяца до получения полного физиологического объёма движения в локтевом суставе.

Выводы. 1. Анализ результатов лечения детей с чрез- и надмыщелковыми переломами плечевой кости показал, что применение рациональных методов лечения снижает риск развития вторичных смещений отломков, параартикулярных процессов в мягких тканях, контрактур, тугоподвижности и деформации локтевого сустава. Закрытый остеосинтез аппаратом Илизарова сокращает срок реабилитации на 7-8 недель. 2. Открытая репозиция костных отломков при повреждении сосудисто-нервного пучка дает возможность ревизии и устранения блока сосудисто-нервного пучка на месте перелома, а также позволяет правильно оценить степень послеоперационного восстановления сосудисто-нервного пучка.

ИСХОДЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТАХ У ДЕТЕЙ

Туляганова Н.М.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Одним из показателей, который позволяет комплексно оценить уровень организации специализированной лечебно-диагностической помощи в стационарах, является использование современных медицинских технологий, преемственность в работе на догоспитальном этапе. Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) характеризуются остро возникшими стойкими изменениями общемозговых и очаговых функций головного мозга, иногда приводящими к инвалидизации и даже к летальному исходу. Цереброваскулярные заболевания у детей изучены мало. Необходимость изучения геморрагических инсультов у детей обусловлена высокой распространенностью их в раннем детском возрасте, трудностью идентификации причин и неспецифичностью первых признаков патологии. Заболеваемость детским геморрагическим инсультом составляет от 1,1 до 5,1 случая на 100 тыс. детского населения в год (средняя заболеваемость – 2,9). Инсульт входит в число первых 10 причин смерти детей (Jordan L.C., Hillis A.E., 2007). Смертность при нетравматическом кровоизлиянии в мозг достигает 29-41%. Особенностью геморрагических инсультов у детей первого года жизни является атипичное начало с появлением очаговой неврологической симптоматики, характерны массивные субарахноидальные паренхиматозные кровоизлияния. Обширные кровоизлияния сопровождаются высокой летальностью, а небольшие повторные геморрагии, обусловленные возрастом больных, приводят к глубокой инвалидности.

Цель. Анализ оказания медицинской помощи и исходов геморрагического инсульта у детей.

Материал и методы. В Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи и на базе Городской детской больницы №1 в 2011-2015 гг. в отделении реанимации и интенсивной терапии находились 86 детей в возрасте от 20 дней жизни до 3 месяцев в острейшем и остром периоде геморрагического инсульта. Мальчиков было 59 (69%), девочек – 29 (31%). Характер и объем инсульта оценивали клиническими методами и методами нейровизуализации (НСГ, КТ головного мозга).

Результаты. Пациентам были проведены общий и биохимический анализы крови, коагулограмма, НСГ. Все они получали лечение, которое включало викасол, дицинон, противоанемические препараты, переливание эритроцитарной массы, купирование отека мозга, препараты для поддержания перфузии головного мозга. Из 86 больных умерли 17 (19,7%).

У всех детей отмечались клинические признаки начавшегося ДВС-синдрома, после стабилизации времени свертывания крови больные были переведены на этап оперативного вмешательства.

58 (67%) больных после консультации нейрохирурга были переведены в РНЦЭМП для оперативного лечения. В острейшем периоде 48 (82%) пациентов были прооперированы по поводу опорожнения внутримозговой гематомы в РНЦЭМП. Остальные 10 (18%) детей получали консервативное лечение. Общая летальность среди детей, переведенных в РНЦЭМП, составила 13% (8), из них после проведенного оперативного вмешательства умерли 6 детей, в период консервативного лечения – 2. Летальный

исход заболевания был обусловлен присоединением вторичной инфекции в виде внебольничной пневмонии, энцефалита и менингоэнцефалита. Анализ проведенного лечения по шкале исходов Глазго: летальность – 13% (8), грубая инвалидизация – у 6 (11%), умеренная инвалидизация – у 19 (32%), хорошее восстановление – у 25 (44%). При проведении КТ головного мозга определена локализация кровоизлияния: субдуральное кровоизлияние – у 24 (42%) пациентов, паренхиматозное кровоизлияние – у 14 (25%), субарахноидальное кровоизлияние – у 8 (13%), паренхиматозное с прорывом желудочковой системы – у 7 (12%), внутрижелудочковое кровоизлияние – у 5 (8%).

Таким образом, исходы ОНМК по геморрагическому типу в виде улучшения общего состояния наблюдали у 61 (70,9%) больного, умерли 25 (29,1%). Основной причиной смерти детей с паренхиматозными кровоизлияниями являлись дислокация головного мозга, со смешанными кровоизлияниями – паренхиматозное кровотечение с прорывом в желудочковую систему и гемотампонада желудочков. Основными внечерепными причинами летальных исходов при ГИ были тяжелая пневмония, менингоэнцефалит. Кровоизлияния глубинной локализации (медиальные, смешанные) вызывают грубый неврологический дефицит, высокий процент инвалидизации и плохие функциональные исходы лечения, независимо от вида и сроков оперативного лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ МИКРОХИРУРГИИ АНЕВРИЗМ СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ

Махкамов М.К.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Введение. Артериальные аневризмы (АА) средней мозговой артерии (СМА) составляют от 18% до 40% из числа всех внутричерепных аневризм сосудов головного мозга. Особенностями аневризм данной локализации являются широкая шейка и отхождения артериальных ветвей от ее основания. В 43% случаев их разрыв сопровождается формированием внутримозговых гематом. Микрохирургическое лечение во всем мире считается оптимальным методом лечения по сравнению с эндоваскулярным в виду анатомических особенностей самой СМА и ее аневризм. Аневризмы СМА по классической классификации разделялись на три группы: аневризмы проксимальной части СМА (М1АА), бифуркации СМА (биф.СМА) и АА дистального сегмента СМА (дист.СМА). Однако Elsharkawy с соавторами совершенствовал и разработал более адаптированную классификацию к микрохирургии аневризм СМА и разделил на четыре группы, которые включают в себя следующее: аневризмы М1 сегмента в проекции отхождения лентикулостриарных артерий (М1-ЛСА АА), М1 сегмента в проекции отхождения ранней корковой ветви (М1-РКВ), биф.СМА и аневризмы дист.СМА, так как аневризмы каждой группы имеют свои индивидуальные анатомические особенности и влияют на исход клинических результатов. Внедрение в арсенал методов диагностики мультислайсной компьютерно-томографической ангиографии (МСКТА), совершенствование интраоперационной визуализации и микрохирургического инструментария и модифицированной классификации способствовало максимизации эффективности хирургических манипуляций и снижению травматизации окружающих тканей в хирургическом коридоре.

Цель исследования. Цель нашего исследования – описание ключевых моментов микрохирургии аневризм СМА в зависимости от микроанатомических особенностей и оценка результатов лечения.

Материалы и методы. Наше исследование основано на ретроспективном анализе 282 больных с 431 внутричерепной АА сосудов головного мозга. Из них 170 больных было женского пола и 112 – мужского пола, в возрасте от 19 по 87 лет, средний возраст больных составил 55,4±12,1 года. После изучения анамнеза и физикального исследования всем больным выполнялась мультислайсная компьютерная томография (МСКТ) и МСКТ-ангиография. В нашем исследовании в диагностике артериальных аневризм головного мозга чаще использовалась МСКТА, которая позволила нам визуализировать не только саму аневризму, но и взаимоотношение ее с окружающими анатомическими структурами, определить наличие тромбированных масс в полости аневризмы, выявить шейку и направленность купола, что крайне важно для планирования оперативного вмешательства. Кроме того, трехмерное моделирование внутримозговых сосудов имело решающее значение в предоперационном планировании, которое позволило визуализировать взаимоотношение микроанатомических структур в трехмерном пространстве. С целью выбора места вскрытия Сильвиевой щели и более детального изучения результатов микрохирургического лечения аневризмы СМА были разделены по анатомической классификации Elsharkawy. Оценка результатов микрохирургического лечения проводилась с использованием шкалы исходов Глазго (ШИГ).

Результаты и их обсуждение. Результаты нашего исследования показали, что из 431 аневризмы в 42,2% (n=182) случаев аневризмы располагались в СМА. Из них в 52,2% (n=95) случаев аневризмы диагностировались справа и в 47,8% (n=87) случаев – слева. По сегментарному распределению в 68,2% (n=124) случаев аневризма располагалась биф.СМА, в 4,4% (n=8) случаев в области сегмента М1-ЛСА, в 13,2% (n=24) случаев – в проекции отхождения ранней лобной ветви сегмента М1 (М1-РЛВ), в 12,6% (n=23) случаев – в проекции отхождения ранней височной ветви (М1-РВВ), и в 1,6% (n=3) случаев аневризма диагностировалось в дист.СМА. Оценка результатов хирургического лечения по ШИГ показала, что в 66,5% (n=121) случаев было отмечено хорошее восстановление, в

10,4% (n=19) случаев – умеренная инвалидизация, в 7,7% (n=14) случаев – глубокая инвалидизация, в 6,1% (n=11) случаев – вегетативное состояние и в 9,3% (n=17) случаев был летальный исход.

Выводы. Таким образом, целенаправленное вскрытие Сильвиевой щели в микрохирургии аневризм средней мозговой артерии является альтернативой классическому доступу к СЩ и менее инвазивным по сравнению с классическим доступом. Преимуществом его является минимизация травматизации мозгового вещества и окружающих сосудов в хирургическом коридоре с сохранением его эффективности. Требованием данного доступа является предоперационное планирование, которое основывается на трехмерной реконструктивной анатомии.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Ким Д.Л.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Проблема лечения сочетанных повреждений конечностей в настоящее время стоит достаточно остро. Сочетанные костно-сосудистые поражения составляют в среднем 32,6% от общего количества травм магистральных сосудов. При этом, если в случае внешнего воздействия, т.е. получения ран различного характера, имеет место боковое или полное пересечение сосуда, то при повреждении сосудов отломками костей чаще наблюдается травматический спазм или разрыв интимы сосуда, с последующим его тромбозом. Часто на практике приходится иметь дело с повреждениями тракционного и раздавливающего характера, что значительно осложняет выполнение реконструктивных операций. Тем не менее, применение современных хирургических технологий делает возможным приживление даже полностью отчлененного сегмента, а использование корригирующих ортопедических методик позволяет в последующем восстановить его длину и функцию.

Следует отметить, что при проведении реконструктивных операций на конечностях стремятся прежде всего к функциональному результату, т.е. восстановлению движений и чувствительности.

Цель исследования. Провести анализ к показанию и улучшить тактику для проведения реконструктивных операций при открытых сочетанных травмах конечностей.

Материал и методы исследования. За период с 2001 по 2015 год в РНЦЭМП было пролечено 523 больных с сочетанными повреждениями верхних и нижних конечностей. Больных с травмами крупных сегментов верхних конечностей было 369 (70,5%) (I группа больных), а с травмами нижних конечностей – 154 (29,5%) (II группа). Всем больным проводилось обследование по общепринятой схеме.

У всех 523 пациентов травмы были осложнены повреждениями магистральных сосудов с нарушением кровообращения сегментов, причем при травмах верхних конечностей у 115 (31%) больных были отмечены различного характера повреждения костей, а при травмах нижних конечностей – у 95 (62%).

У 121 (32,8%) повреждения локализовались на уровне плеча, у 219 (59,3%) – на уровне предплечья, а у 29 (7,2%) повреждения были на уровне плеча и предплечья.

При травмах нижних конечностей у 52 (33,7%) повреждения локализовались на уровне бедра, у 3 (2%) имели место одновременные повреждения бедра и голени, у 77 (50%) – голени, у 2 (1,3%) – голени и стопы, у 4 (2,6%) – коленного сустава, у 6 (3,9%) – голеностопного сустава, у 10 (6,5%) – стопы.

У больных с повреждениями верхних конечностей реконструктивные операции на сосудах выполнены в 310 (84%) случаях.

В группе с повреждениями нижних конечностей реконструктивные операции на сосудах выполнены в 99 (64,3%) случаях.

Результаты и обсуждение. Операции при сочетанном костно-сосудистом повреждении конечностей должны выполняться совместными бригадами травматологов и сосудистых хирургов. Причем операция начинается с ревизии сосудисто-нервного пучка, в последующем выполняется стабилизация костных отломков и восстановление магистрального кровотока по артериям.

Операции на нервных пучках и сосудов малого диаметра выполняются под оптическим увеличением с помощью операционного микроскопа или лупы.

Данные мероприятия позволяют сохранить конечность в 95,9% случаев и дают возможность в дальнейшем рассчитывать на восстановление ее функциональных возможностей.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕПЕРФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕНИ ПРОВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Ганиев У.Ш.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель исследования. Изучение эффективности тромболитической терапии по данным коронароангиографии в зависимости от времени «симптом-игла».

Материал и методы. Нами были проанализированы 69 случаев с ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСпST). В зависимости от времени проведения тромболитической терапии больные были разделены на 3 группы. Первую группу составили 40 больных (57,9%), у которых время «симптом-игла» не превышало 2 часов, вторую группу составили 18 больных (26%), у которых время «симптом-игла» составляло 3-4 часа, третью группу составили 11 больных, у которых время «симптом-игла» составляло 5-6 часов. Всем больным была проведена коронароангиогра-

фия в течение суток после успешной ТЛТ и немедленно, если ТЛТ оказывалась неэффективной. Всем больным вводился фибринолитический препарат стрептокиназа по стандартной схеме. Критерием эффективной реперфузии считалось снижение сегмента ST более чем на 50% в отведении с максимальной элевацией в течение 2 часов, с соответствующей клинической картиной.

Результаты и обсуждения. Из 40 больных из первой группы, у которых время «симптом-игла» не превышало 2 часов, у 38 больных (95%) на последующих КАГ отмечалась проходимость инфаркт-связанной КА (ИСКА) на уровне TIMI II-III, у 2 больных отмечалась неэффективная ТЛТ, в связи с чем им немедленно была проведена спасительная ТЛБАП. Из 18 больных, у которых время «симптом-игла» составляло 3-4 часа, восстановление кровотока в ИСКА по TIMI II отмечалось у 11(61%) больных, у 5(27%) больных отмечался субкритический стеноз с кровотоком TIMI I, и у 2 больных (11%) отмечалась неэффективная ТЛТ с последующим проведением спасительной ТЛБАП. В группе больных, у которых «симптом-игла» составляло 5-6 часов, успешная реперфузия наблюдалась лишь у 5 больных (45%), у остальных 6 больных (55%) была проведена спасительная ТЛБАП из-за отсутствия динамики изменения сегмента ST.

Как следует из вышеуказанных данных, временный фактор является определяющим в успешности проведения ТЛТ. Поэтому необходимо внедрять данный метод реперфузии еще на догоспитальном этапе, что, в свою очередь, повышает его эффективность. Проведение ТЛТ в первые часы способствует более высокой вероятности эффективности восстановления кровотока в ИСКА.

СОДЕРЖАНИЕ

I. ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ТРАВМАХ СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Организация экстренной медицинской помощи при острых заболеваниях и травмах сердечно-сосудистой системы в Узбекистане
Хаджибаев А.М., Юлдашев А.А., Алимов Д.А., Шукуров Б.И. 5

Особенности транспортировки пациентов с политравмой в остром периоде на догоспитальном этапе в условиях Ферганского филиала РНЦЭМП
Аббосхонов Г.Х., Давлатёров М.Р. 7

Ошибки на догоспитальном этапе при открытых сочетанных травмах кисти и предплечья
Амонкулов З.К., Умаров О.М., Усманов Б.С., Эркабоев А.К., Хомиджонов И.Б. 8

Структура летальности у детей первого года жизни с хирургической патологией
Артиков Д.Д., Киреева И.В., Марковская Ю.И. 8

Частота тромбоэмболии легочной артерии в многопрофильном стационаре по данным аутопсии
Асамов Р.Э., Шукуров Б.И., Йулдошев А.Х., Асамова А.Р., Вервекина Т.А., Мадиев Р.З. 9

Влияние резкоконтинентального климата и сезона года на частоту обращаемости по поводу инфаркта миокарда
Байкузиев У.К., Маматкулов Х.А., Махмудов Н.И. 10

Тромболитическая терапия на догоспитальном этапе скорой медицинской помощи в Российской Федерации
Барсукова И.М. 10

Острые сосудистые заболевания в структуре вызовов скорой медицинской помощи в Российской Федерации
Барсукова И.М., Бумай А.О. 11

Итоги национального года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями
Барсукова И.М. 12

Clean, fast and preserving normal anatomy: “the Helsinki revolution” in microneurosurgery”
Regards, Danil Kozyrev 13

Гендерные особенности течения ишемической болезни сердца у женщин
Зияев Ю.Н., Сайманов М.С., Мадреймов А.К. 13

Сравнительная характеристика мужчин и женщин с острым коронарным синдромом в Андижане
Каримов У.Б., Эрлих А.Д., Мамасалиев Н.С. 14

Developments and Updates of EMS in Korea
Kang Hyun Lee, M.D. Jung Il Lee, E.M.T. 14

Evaluation of Emergency Medical Service System in Tashkent, Uzbekistan
Tae ho Lim, Junseok Park, Hoon Kim, Chuhyun Kim, Joonbum Park, Juncheol Lee 15

Анализ материнской смертности по данным РНЦЭМП
Магрупов Б.А., Касымова Д.М., Вервекина Т.А., Убайдуллаев В.У., Абдикулов Б.С. 15

Prevention of Vascular diseases by taking the infants medical records in Japan
Shizuko Matsuoka 16

Early diagnosis trumatic shock by algover shock indewx at prehospital stag of medical care
Rustamov A.A., Safarov Z.F., Hakimov D.P. 17

Организация экстренной ангиохирургической помощи в Кашкадарьинской области
Тогаев Ш.Б., Туляков Р.П., Кодиров Б.Р. 17

Повреждение сосудов, связанное с деятельностью врача
Умаров О.М., Усманов Б.С., Насритдинов Ж.А., Исмаилов Ж.Т. 19

Возрастные и гендерные особенности алкоголь-индуцированных кардиоваскулярных патологий среди популяции обратившихся в экстренные стационары
Усмонов Б.У., Мамасалиев Н.С., Курбанова Р.Р. 19

Догоспитальная медицинская помощь при травмах конечностей с повреждением магистральных сосудов
Хаджибаев А.М., Алиджанов Ф.Б., Махамадаминов А.Г., Набиев А.А. 20

Основные направления совершенствования деятельности станции скорой медицинской помощи
Шарипов А.М., Хамзаев К.А., Султанов Д.Т., Ахматалиева М.А. 20

II. НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРАВМАХ И ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОСУДОВ

Опыт хирургического лечения повреждений магистральных сосудов в Хорезмском филиале РНЦЭМП
Абдуллаев Б.П., Кутлиев У.Х., Давлетова Д.Ф. 22

Особенности хирургической тактики при наличии флотирующего тромба глубоких вен нижних конечностей
Абдуллаев Б.П., Кутлиев У.Х., Давлетова Д.Ф. 23

Хирургическое лечение критической ишемии нижних конечностей у больных с сахарным диабетом
Абдуллаев Б.П. 23

К вопросу о хирургическом лечении геморрагических инсультов
Абдуллаев Д.Д., Сафаев М.К., Тожиев М.Т., Бахрамов М.М., Ашуров И.С. 23

Результаты радикального хирургического лечения острого восходящего тромбофлебита большой подкожной вены
Азизов Г.А., Усманов А.К., Орзибоев У.Б., Косимов У.А., Маматкулов У.Э. 24

Оценка результатов сленэктомии с гетеротопической аутотрансплантацией селезеночной ткани у детей с травмами селезенки
Акилов Х.А, Примов Ф.Ш. 25

Современная тактика лечения закрытых повреждений паренхиматозных органов брюшной полости у детей
Акилов Х.А., Примов Ф.Ш., Урманов Н.Т. 25

Операции разобщения у детей с портальной гипертензией
Акилов Х.А., Урманов Н.Т., Примов Ф.Ш. 26

Гастродуоденоскопия в диагностике и лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений у детей
Акилов Х.А., Урмонов Н.Т., Примов Ф.Ш. 27

Оценка воспалительной реакции ткани печени на гемостатический имплантат «Гепроцел»
Алимов М.М., Б.М.Мирзахмедов, Исмаилов Б.А. 28

Изучение острой токсичности гемостатического имплантата «Гепроцел»
Алимов М.М., Махмудов К.О., Исмаилов Б.А......28

Экстренные осложнения при расширении вен семенного канатика
Аллазов С.А., Гафаров Р.Р., Нишанов Н.Н., Искандаров Ю.Н......29

Хирургическое лечение геморрагического инсульта с применением статинов: анализ ранних послеоперационных результатов
Арзикулов Т.Н., Ибрагимов Б.Х., Расулов А.Э. 30

Ранение сердца и перикарда
Атаджанов Ш.К., Рахимий Ш.У., Бекчанов Х.Н...... 30

Опыт лечения детей с внутричерепными кровоизлияниями
Ахмедиев М.М., Югай И.А., Тулаев Н.Б., Ахмедиев Т.М. 31

Антикоагулянтная профилактика ТЭЛА в абдоминальной хирургии
Ахраров Б.М., Махмудов Н.И., Расулов А.Ф., Боборахимов А.А. 31

Хирургическое лечение травматических повреждений сосудов в условиях мирного времени
Бахриддинов Ф.Ш., Зайниддин Норман угли..... 32

Тактика хирургического лечения при повреждении сосудов «трудной» локализации
Бахритдинов Ф.Ш., Суюмов А.С., Норкулов А.А., Юсуббаев А.З., Умаров Ф.Р...... 33

Тактика неотложной хирургической помощи при ранениях сосудов шеи
Бахритдинов Ф.Ш., Норкулов А.А., Мадраимов А.А. 33

Ангиохирургическая помощь больным с повреждением магистральных сосудов верхних и нижних конечностей
Бахритдинов Ф.Ш., Норкулов А.А., Мадраимов А.А., Маткаримов З.Т. 34

Анализ результатов лечения больных с травматическими повреждениями сосудов
Бегалиев С.М., Калмурзаев Е.К., Тлеумуратов Б.Д., Халиллаев У.Н. 34

Тактика лечения тромбозов глубоких вен нижних конечностей у беременных
Бойматов И.И., Усманов Б.С., Бахрамов М.М., Исмаилов Ж.Т., Бойматова Г.Н. 35

Аневризма аорты по результатам аутопсийных исследований
Вервекина Т.А., Убайдуллаева В.У., Магрупов Б.А...... 36

Оценка состояния постоянного сосудистого доступа у больных, находящихся на гемодиализе
Давлетова Д.Ф. 36

Роль хирургического лечения острого тромбофлебита подкожных вен нижних конечностей в профилактике ТЭЛА
Дадабаев Х.Р., Усманов Б.С., Акбарова М.А., Исмаилов Ж.Т...... 37

Комбинированное хирургическое вмешательство с резекцией магистральных сосудов при неорганных опухолях забрюшинного пространства и малого таза
Джураев М. Д., Юсупбеков А.А., Абдужаппаров С.Б., Улмасов Ф.Г. 37

Периоперативное прогнозирование и оценка факторов риска гиперфункции подключично-легочного анастомоза у пациентов с тетрадой Фалло
Жуламанова Д.И., Стрижков Н.А., Абролов Х.К., Ибадов Р.А. 38

Оптимизация хирургического лечения геморрагического инсульта
Жумаев М.Б., Эргашев Р.Х., Хайдаров М.Х., Холикулов А.Х., Шаимов З.С., Хакимов М.Й...... 39

Результаты хирургического лечения пострадавших с острой закрытой позвоночно-спинномозговой травмой с нарушением функции спинного мозга
Жумаев М.Б., Эргашев Р.Х., Хайдаров М.Х., Холикулов А.Х., Шаимов З.С., Хакимов М.Й...... 39

Диагностика и хирургическое лечение травматического артериовенозного свища
Зайниддин Норман угли, Бахриддинов Ф.Ш...... 40

Особенности респираторной терапии после наложения межартериального подключично-лёгочного анастомоза у больных с тетрадой Фалло
Ибадов Р.А., Абралов Х.К., Жуламанова Д.И., Стрижков Н.А...... 40

Применение протокола нейропротекторной терапии в лечении острых церебральных поражений в сердечно-сосудистой хирургии
Ибадов Р.А., Гизатулина Н.Р., Ахмедова Д.Г., Стрижков Н.А...... 41

Течение и исход церебрального ангиоспазма при травматическом субарахноидальном кровоизлиянии
Икрамов А.И., Сейдалиев А.И., Джалалов Ф.З., Дадамянц Н.Г., Махкамов М.К. 42

Особенности тактики лечения и диагностики острых тромбозов мезентериальных сосудов
Имамов А.И., Туйчиев Б.А., Махмудов Н.И., Дадабоев Б.Д. 42

Применение латерального супраорбитального доступа в нейрохирургии аневризм виллизиева круга
Исанов Д.К., Холматов А.А., Джаббаров С.К., Исмоилов О.О., Нурматов И.Р...... 43

Практика применения аутовенозного протезирования при травмах магистральных артерий
Исантурдиев У.И., Яриев А.Р., Джурабаев Н.З., Расулов Ш.А., Расулов З.С. 44

Оценка гемостатической активности имплантата «Гепроцел» в опытах in vitro
Исмаилов Б.А., Садыков Р.А., Хайбулина З.Р., Алимов М.М. 44

Особенности ведения больных с ранениями сердца в послеоперационном периоде
Исонтурдиев У.И., Яриев А.Р., Расулов Ш.А., Кунишев Ш.У., Яриев А.А. 45

Комбинированная профилактика тромбоэмболии легочной артерии при лечении больных с илеофеморальным венозным тромбозом
Йулдошев А.А., Рахимов Б.А., Хожакбаров А.Х., Турдиев Х.А., Отабоев М.Э. 46

Факторы риска и профилактика тромбоэмболии легочной артерии у тяжелообожженных
Карабаев Х.К., Хакимов Э.А., Тагаев К.Р., Карабаев Б.Х., Шакиров Б.М...... 46

Результаты реконструктивных операций на сонных артериях у больных с транзиторными ишемическими атаками
Каримов Ш.И., Суннатов Р.Д., Ирназаров А.А., Юлбарисов А.А., Ахматов А.М., Муминов Р.Т., Ганиев Д.А., Алиджанов Х.К., Асраров У.А. 47

Риск развития тромбоэмболии легочной артерии у больных с травмами нижних конечностей
Кодиров Б.Р., Туляков Р.П., Рузиев О.Н., Махадов Ж.Р...... 48

Манипуляции на верхнем сагиттальном синусе в экстренной и плановой нейрохирургии
Козлов А.В., Кулдашев К.А., Бочаров А.В., Хакимов Д.М., Худайбердиев К.Т., Заболотный Р.В., Кулдашева Г.К. 49

Хирургическое лечение сосудистых осложнений у больных, страдающих наркоманией
Косаев Дж.В., Будагов И.К., Намазов И.Л., Хасаева Н.Р., Магеррамова Г.Р. 50

Поясничная симпатэктомия и реваскуляризирующая остеотрепанация в лечении больных с дистальным поражением артерий с критической ишемией нижних конечностей
Косаев Дж.В., Ахвердиева Т.Г., Тагизаде Г.Т., Хасаева Н.Р..... 51

Прогностические критерии вторичной ишемии головного мозга при травматических субдуральных гематомах
Кузибаев Ж.М., Махкамов К.Э., Юнусов Р.С., Дадаев Х.Х., Исрайилов Д.У., Махкамов М.К...... 52

Оперативная тактика при травматических внутримозговых гематомах
Кулматов А.Х., Сариев А.У...... 52

Сравнительные результаты хирургического и консервативного лечения критического каротидного стеноза
Кутлиев У.Х., Абдуллаев Б.П., Изюмова Г.А., Давлетова Д.Ф. 53

Хирургическое лечение сочетанных повреждений магистральных артерий верхней конечности
Маликов Ю.Р., Хакимов А.Б., Хотамов И.Э., Утаев Л.Х. 53

Оптимизация методов лечения гнойно-некротических осложнений после ампутаций нижних конечностей у больных с ишемической гангреной
Мамадалиев Б.Р., Умаров О.М., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т...... 54

Значение динамического контроля системы гемостаза в инфузионно-трансфузионной терапии кровотечений в гинекологической практике
Маманабиев Ю.Т., Лоикова С.Ж., Махмудов Н.И...... 55

Анализ осложнений и летальности при аденомах гипофиза
Махкамов К.Э., Азизов М.М...... 56

Метод пластики основания черепа после транссфеноидальных операций с использованием аутожировой ткани в комбинации с гемостатическими пластинами
Махкамов К.Э., Азизов М.М...... 56

Результаты лечения аденом гипофиза, осложненных питуитарной апоплексией
Махкамов К.Э., Азизов М.М...... 57

Дисфункция диэнцефальных структур при черепно-мозговой травме
Махкамов К.Э., Азизов М.М...... 57

Острые дистантные ишемические нарушения спинального кровообращения при травмах
Машарипов Б.О. 58

Повреждения плечевой артерии при чрез- и надмыщелковых переломах плечевой кости у детей: показания к хирургической коррекции
Машарипов Ф.А., Мусаев Т.С., Юлдашев А.А., Низов О.Н...... 58

Восстановительные вмешательства при сложных травмах I пальца кисти
Минаев Т.Р., Юлдашев А.А., Низов О.Н., Йулдашев М.Ж., Худайназаров Д.А. 59

К вопросу о технике сосудистого шва
Минаев Т.Р., Юлдашев А.А., Низов О.Н., Йулдашев М.Ж., Юлдашев У.А. 60

Кожная пластика при повреждениях дистальных фаланг пальцев кисти
Минаев Т.Р., Юлдашев А.А., Низов О.Н., Давлатов Ж.Х...... 61

Неотложная хирургическая помощь при тромбозах вен нижних конечностей и таза
Муминов Ш.М., Хамидов Б.П., Ким Д.Л., Султанов Н.М., Дадамьянц Н.Г., Джалалов Ф.З. 61

Лечение больных с острым варикотромбофлебитом
Муминов Ш.М., Ким Д.Л., Хамидов Б.П., Султанов Н.М...... 62

Принципы оказания неотложной медицинской помощи при чрез- и надмыщелковых переломах плечевой кости у детей, осложненных повреждениями сосудисто-нервного пучка
Мусаев Т.С., Машарипов Ф.А., Наврузов С.Ю., Толипов Н.Н. 63

Результаты хирургического лечения травм магистральных сосудов верхних конечностей
Мусоев Т.Я., Аюбов Б.М...... 63

Результаты хирургического лечения повреждений магистральных сосудов нижних конечностей
Мусоев Т.Я., Аюбов Б.М...... 64

Профилактика тромбозов у больных с сочетанной травмой
Мустафакулов И.Б., Карабаев Х.К., Мирзабаев А.М., Марупова А.А., Мусаев У.Т. 65

Профилактика тромбоэмболии легочной артерии в неотложной хирургии
Мустафакулов И.Б., Карабаев Х.К., Кенжемуратова К.С., Насимов А.М., Карабаева Г.Х...... 66

Тракционно-ротационно-раздавливающие повреждения кисти у детей (после электромясорубки)
Наврузов С.Ю., Мусаев Т.С., Низов О.Н., Юлдашев А.А., Минаев Т.Р., Машарипов Ф.А., Толипов Н.Н. 67

Сочетанные костно-сосудистые повреждения при открытых переломах конечностей у детей
Наврузов С.Ю., Мусаев Т.С., Низов О.Н., Юлдашев А.А., Машарипов Ф.А., Толипов Н.Н., Ким Д.Л. 68

Лечебные стандарты тактики при ранениях сердца
Назаров Н.Н., Гафуров З.К., Сиддиков М.П., Меликузиев Э.Б., Косимов Ф.П., Убайдуллаев Ф...... 69

Связь клинико-анамнестических данных и показателей гемостазиограммы у детей раннего возраста, перенесших острый геморрагический инсульт
Насимов С.Т. 70

Результаты консервативного и хирургического лечения детей раннего возраста с нетравматическими внутричерепными кровоизлияниями
Насимов С.Т. 71

Тактика хирургического лечения при травмах магистральных сосудов верхних и нижних конечностей в условиях неотложной медицины
Норкузиев Ф.Н., Парсаханов Р.Г., Нишонов Х.Т., Норкузиев Н.У. 72

Ведение больных с варикотромбофлебитом нижних конечностей
Норкузиев Ф.Н., Тожибоев М.П., Юлдашев М.Х., Ахмедов Х.Э., Даминов Б.Н., Субхонкулов Р.И., Гофуров А.Н., Нахалбаев Р.Т., Холмирзаев Б.Ф., Алимов А.К. 73

Профилактика послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений у больных с ургентной абдоминальной патологией
Норкузиев Ф.Н., Тожибоев М.П., Юлдашев М.Х., Ахмедов Х.Э., Даминов Б.Н., Субхонкулов Р.И., Гофуров А.Н., Нахалбаев Р.Т., Холмирзаев Б.Ф., Алимов А.К. 73

Возможности симультанной операции при сочетанном поражении каротидного и коронарного русла
Обейд М.А., Абдурахманов А.А., Хамидов Б.П., Султанов Н.М., Рахимов Н.М., Дадамянц Н.Г. 74

Мезентериальный тромбоз. Вопросы диагностики и послеоперационного ведения
Отабоев И.Х., Махмудов Н.И., Холматов К.К., Яриев И.А. 75

Результаты микрохирургического лечения аневризм в острейший период субарахноидального кровоизлияния
Пилипенко Ю.В., Элиава Ш.Ш., Белоусова О.Б. 76

Лечение церебральных аневризм у детей: деконструктивные и реконструктивные операции
Пилипенко Ю.В., Элиава Ш.Ш., Яковлев С.Б. 76

Частота встречаемости аневризм головного мозга в зависимости от локализации
Рахматов К.Р. 77

Наш опыт применения сукцинасола при лечении острой ишемии нижних конечностей
Рузиев П.Н., Хамраев И.Ш., Мизамов Ф.О. 77

Микроангиопластика при травме конечностей
Рузиев П.Н., Хамраев И.Ш. 78

Острая сердечно-сосудистая недостаточноть при тяжёлой черепно-мозговой травме
Сабиров Д.М., Баратов Б.И., Расулов У.А., Саттаров А.Э., Сабиров Д.Р., Камалов К.У. 79

Хирургическая тактика при лечении артериовенозных мальформаций головного мозга
Сайдалиев Е.И., Ражабов М.М. 79

Использование односторонней спинальной анестезии у пациентов с острой травмой нижних конечностей
Сафин Р.Р. 80

Сердечно-сосудистые проблемы взрывной травмы
Сорока В.В. 81

Оптимизация волемического статуса после сочетанных операций на клапанах сердца и коронарных сосудах
Стрижков Н.А., Ибадов Р.А. 81

Ближайшие результаты каротидной эндартерэктомии в остром периоде ишемического инсульта
Султанов Н.М., Хамидов Б.П., Дадамьянц Н.Г., Ким Д.Л., Муминов Ш.М., Мубораков Ш.Р. 82

Профилактика тромбозов у больных с нестабильными повреждениями таза
Тиляков А.Б., Каримов Б.Р. 82

Хирургическая тактика при сочетанной травме магистральных сосудов и нервов верхней конечности
Тошев Б.Р., Хамдамов У.Р., Сафаров М.Н. 83

Выбор метода реконструктивной операции при пептической язве гастроэнтероанастомоза, осожненной кровотечением
Туйчиев Б.А., Махмудов Н.И., Низамитдинов А.А. 84

Результаты лечения тромбозов мезентериальных сосудов
Туйчиев Б.А. 85

Эффективность антикоагулянтной терапии в профилактике венозного тромбоэмболизма при тяжелой травме опорно-двигательного аппарата
Туляков Р.П., Эрназаров Х.М., Рузиев О.Н., Кодиров Б.Р., Нуруллаев Д.Я. 86

Алгоритм профилактики ТЭЛА у больных с травмами таза и/или нижних конечностей на госпитальном этапе
Туляков Р.П., Кодиров Б.Р. 87

Случай успешного хирургического лечения юноши с ранением общей сонной артерии
Туляков Р.П., Кодиров Б.Р., Жураев С.Г., Хушвактов А.И. 87

Хирургическая профилактика и лечение тромбоэмболии легочных артерий
Турсунов Б.З., Усманов Х.Х., Темиров С.Н., Абдуллаев Ф.Х., Касымов Э.Т. 89

Сравнительный анализ способов оценки степени стеноза сонных артерий при цветовом дуплексном сканировании
Турсунова О.С., Абдуллаев Б.П., Кутлиев У.Х. 89

Пути профилактики тромбоэмболических осложнений при артроскопических вмешательствах на коленном суставе
Хакимов Р.Н., Убайдуллаев Б.С., Исмаилов А.Д. 90

Острые венозные тромбозы системы нижней полой вены и тромбоэмболия легочной артерии у больных с ОНМК (по данным аутопсий)
Убайдуллаева В.У., Магрупов Б.А., Вервекина Т.А. 91

Оптимизация проведения регионарных анестезий при повреждениях магистральных сосудов верхних конечностей
Узаков Д.К., Хамраев Т.О., Хакимов А.Б., Сайпиев А.А. 91

Пастки ковак венаси системасидаги чуқур веналар қалқиб турувчи тромбозида даволаш усуллари
Умаров О.М., Сувонов Ж.Н., Усманов Б.С., Махмудов Н.И. 92

Беморларнинг тана охирларидаги шикастланган артериялари ташрихидан кейинги эрта асоратлар
Умаров О.М., Сувонов Ж.Н., Усмонов Б.С., Исмоилов Ж.Т. 93

Оптимизация хирургического лечения больных с повреждениями магистральных сосудов нижних конечностей
Умаров О.М., Дадабаев Х.Р., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т. 93

Опыт лечения травм магистральных сосудов шеи
Умаров О.М., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т. 94

Опыт применения вазапростана у больных с тромбозом магистральных артерий нижних конечностей
Умаров О.М., Усманов Б.С., Султанов А.А., Махмудов Н.И. 95

Опыт хирургического лечения острой непроходимости магистральных артерий верхних конечностей
Умаров О.М., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Насритдинов Ж.А. 96

Патогенетическое обоснование реинфузии крови при абдоминальных операциях в условиях филиала РНЦЭМП
Умаров О.М., Маманабиев Ю.Т., Махмудов Н.И., Орипов А.С. 97

Принципы диагностики и лечения каверном больших полушарий головного мозга
Умирсеригов Б.У. 97

Оптимизация профилактики и лечения послеоперационного тромбоза глубоких вен нижних конечностей
Уринов Б.А., Усманов Б.С., Махмудов Н.И., Исмаилов Ж.Т. 98

Практическая значимость двухэтапного остеосинтеза при реплантациях крупных сегментов конечностей
Уринов Б.А., Махмудов Н.И., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т. 99

Реваскуляризация головного мозга у больных с окклюзией артерий каротидного бассейна
Усачев Д.Ю., Лукшин В.А., Пронин И.Н., Шмигельский А.В., Беляев А.Ю., Соснин А.Д., Ахмедов А.Д. 100

Реконструкция магистральных артерий головного мозга как профилактика острого ишемического инсульта
Усачев Д.Ю., Лукшин В.А., Шмигельский А.В., Пронин И.Н., Ахмедов А. Д., Беляев А.Ю., Соснин А.Д., Батищева Е.В. 100

Наш опыт лечения больных с острыми тромбозами бифуркации аорты и магистральных артерий нижних конечностей
Усманов А.К., Азизов Г.А., Орзибоев У.Б., Косимов У.А., Маматкулов У.Э. 101

Осложнения катетеризации подключичной вены и методы их лечения
Усманов Б.С., Насритдинов Ж.А., Исмаилов Ж.Т., Бойматов И.И. 101

Оказание экстренной медицинской помощи при травмах конечностей
Усманов Б.С., Шерматов И.И., Мамадалиев Г.М. 102

Тактика лечения флеботромбозов глубоких вен нижних конечностей
Усманов Б.С., Умаров О.М., Исмаилов Ж.Т. 103

Оптимизация методов лечения открытых сложных повреждений голени
Усманов Б.С., Насритдинов Ж.А., Исмаилов Ж.Т. 103

Лечение осложнений каротидно-кавернозного соустья
Усманов Х.Х., Абдукадиров А.А., Абдуллаев Ф.Х., Исмаилова Д.Б., Поляков Р.Г. 104

Лечение повреждений магистральных сосудов при открытых переломах трубчатых костей
Утаев Л.Х., Сайпиев А.С., Хакимов А.Б., Сайпиев А.А. 105

Современные подходы к лечению острых кровотечений из желудочно-кишечного тракта у тяжелообожженных
Фаязов А.Д., Камилов У.Р., Туляганов Д.Б., Убайдуллаева В.У., Абдуллаев У.Х., Халилов А.С. 106

Пути снижения кровопотери при некрэктомии у обожженных
Фаязов А.Д., Камилов У.Р., Ажиниязов Р.С. 106

Факторы, влияющие на разрыв и рост аневризм сосудов головного мозга
Хаджибаев А.М., Махкамов К.Э., Махкамов М.К. 107

Интраоперационное применение гипертонического раствора в сочетании с гидроксиэтилкрахмалами у больных с политравмой в состоянии геморрагического шока
Хайбабанова Е.О., Шарипова В.Х. 108

Тромбоз глубоких вен нижних конечностей при переломах костей голени
Хайитбоев Б.М., Тухтасинов Х.Т., Мадрахимов Л.Н. 109

Основные аспекты временной остановки кровотечения при повреждениях магистральных артерий на догоспитальном этапе
Хакимов А.Б., Маликов Ю.Р., Хотамов И.Э., Утаев Л.Х. 109

Формирование межкишечного анастомоза при остром мезентериальном тромбозе
Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Тургунов Ш.Ш., Абдуазизов Э.К., Корабоев Б.Б., Касимов Н.А. 110

Отдаленные результаты лечения костно-сосудистых повреждений нижних конечностей
Хаджибаев А.М., Хакимов Р.Н., Юлдашев А.А., Убайдуллаев Б.С., Сайдалиев З.Р. 111

Результаты хирургического лечения травматических повреждений магистральных сосудов
Хамдамов У.Р., Мусоев Т.Я., Халиков Ф., Кенжаев Л. 112

Результаты применения ВАП-20 больным тромбозом магистральных артерий нижних конечностей
Хамдамов У.Р., Ходжаев К.Ш., Мурадов Т.Р. 112

Кроссэктомия как профилактика ТЭЛА при остром восходящем тромбофлебите поверхностных вен нижних конечностей
Ходжаев К.Ш., Хамдамов У.Р., Мурадов Т.Р. 113

Острый мезентериальный тромбоз и хроническая абдоминальная ишемия
Ходжиматов Г.М., Хакимов Д.М., Тургунов Ш.Ш., Ахмедов М.М., Корабоев Б.Б., Касимов Н.А. 114

Тактика лечения и особенности диагностики у больных с пилородуональным язвенным кровотечением
Хожиев Х.М., Туйчиев Б.А. 115

Закрытая абдоминальная травма: тактика хирурга при повреждениях печени и селезенки
Холматов К.К., Махмудов Н.И., Яриев И.А., Низомитдинов А.А. 115

Тактика лечения при острой непроходимости артерий нижних конечностей
Хомиджонов И.Б., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Аманкулов З.К. 116

Оптимизация помощи больным с травмами сосудов верхних конечностей
Хомиджонов И.Б., Султанов А.А., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т. 116

Каротидная эндартерэктомия в хирургическом лечении ишемического инсульта
Хамидов Б.П., Султанов Н.М., Дадамянц Н.Г., Ким Д.Л., Муминов Ш.М. 117

Хирургическое лечение острой артериальной непроходимости
Хамидов Б.П., Ким Д.Л., Султанов Н.М., Дадамьянц Н.Г. 118

Диагностика и лечебная тактика при желудочно-кишечных кровотечениях у детей
Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Юсупов Ш.А., Бургутов М.Д., Атакулов Д.О......119

Роль ультрасонографии при травме селезенки у детей
Шамсиев Ж.А., Бургутов М.Д., Шодиева Н.Э., Давранов Б.Л......119

Уретроррагия у детей
Шамсиев Ж.А., Юсупов Ш.А., Рахимов Ф.Э., Атакулов Д.О......120

Применение пентаглобина в периоперативной интенсивной терапии сердечно-сосудистых заболеваний
Шаниева З.А., Стрижков Н.А., Ибадов Р.А......120

Профилактика тромбозов у больных с переломом бедренной кости
Шермухамедов Д.А., Тиляков А.Б., Ким Д.Л., Исмаилов А.Д. 121

Перевязка внутренних подвздошных артерий как основной хирургический гемостаз при тяжелых акушерских кровотечениях
Эркабоев А.К., Суяркулова М.Э., Усманов Б.С. 122

Хирургическое лечение при сочетанных поражениях бедренной артерии
Эрметов А.Т., Юсупов Ш.И., Рахимов Б.А., Йулдошев А.А., Отабоев М.Э......123

Применение методики транспозиции лучевого лоскута на реверсированном кровотоке при тяжелых открытых сочетанных травмах кисти
Юлдашев А.А., Минаев Т.Р., Низов О.Н., Худайназаров Д.А., Давлатов Ж.Х......123

Хирургическое лечение костно-сосудистых повреждений нижних конечностей
Юлдашев А.А., Минаев Т.Р., Низов О.Н., Хакимов Р.Н......124

Реперфузионная терапия у больных после реплантации крупных сегментов конечностей
Юлдашев А.А., Минаев Т.Р., Низов О.Н., Юлдашев У.А. 126

Наш опыт лечения сочетанных травм верхних конечностей
Юлдашев А.А., Хамидов Б.П., Ахмедов Р.А., Ким Д.Л., Султанов Н.М., Алимухамедов Д.Д., Йулдашев М.Ж. 127

Роль ранней трахеостомии при закрытой травме грудной клетки с ушибом сердца
Юлдашев Ф.А., Мирахмедов Г.М., Дадаев Х.Х. 128

Основные пути улучшение результатов лечения сочетанной травмы магистральных сосудов конечностей
Юлдашев Ш.С., Рузиев П.Н., Карабаев Х.К., Ишанкулов А.М., Аллаев Н.М., Зохидова С.Х. 128

Тромбоз мезентериальных сосудов. Тактика лечения
Юлдашев Ш.С., Карабаев Х.К., Хайдаров Г.А., Бахронов А.А., Зохидова С.Х., Умаров Ш.Б. 129

Лечение артериовенозных мальформаций вены галена у детей
Яковлев С.Б., Хухлаева Е.А., Адаев А.Р., Бочаров А.В., Бухарин Е.Ю., Сорокин В.С., Сельков Д.А. 130

Посткатетеризационные флебиты: причины развития и пути их профилактики
Ярашев А.Р., Эшонов О.Ш., Кучкарова Ф.А., Акрамова Н.А. 131

III. СТАНДАРТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СОСУДИСТЫХ ПАТОЛОГИЙ В НЕВРОЛОГИИ, КАРДИОЛОГИИ И ПЕДИАТРИИ

Терапевтическая коррекция и особенности клинического течения когнитивных нарушений у больных в остром периоде первичных ишемических инсультов
Агзамов Б.Р. 132

Интенсивная и респираторная терапия легочно-гипертензионных кризов в раннем послеоперационном периоде у больных с легочной гипертензией при врожденных пороках сердца
Алимджанова Н.Ю., Абролов Х.К., Ибадов Р.А...... 132

Показатели систолической функции левого желудочка в зависимости от тактики лечения в остром периоде инфаркта миокарда
Алимов Д.А., Кенжаев М.Л., Турсунов Х.М., Рахимова Р.А., Мухамедова Б.Ф. 133

Динамика толерантности к физической нагрузке в зависимости от тактики лечения в остром периоде инфаркта миокарда
Алимов Д.А., Кенжаев М.Л., Турсунов Х.М., Рахимова Р.А., Мухамедова Б.Ф. 134

Неинвазивный метод дифференциальной диагностики синдрома сосудистой вегетативной дисфункции у детей и подростков
Алимова Х.П., Джубатова Р.С., Куртиева Ш.А., Алиева Д.А., Бабаджанова З.У., Сайфуллаева Д.В. 135

Клиника острой сердечной недостаточности при пневмонии у детей
АлимоваХ.П., Джубатова Р.С., Нуралиева Г.С., Алибекова М.Б. 136

Выявление миокардиального станнинга при остром инфаркте миокарда после тромболитической терапии
Аляви А.Л., Кенжаев М.Л., Борисова Е.М., Саттаров Х.И., Кенжаев С.Р. 136

Прогнозирование улучшения региональной систолической функции левого желудочка после стентирования при инфаркте миокарда с зубцом Q
Аляви А.Л., Кенжаев С.Р., Алимов Д.А., Кенжаев М.Л., Рахимова Р.А., Абдужалилова С.И. 137

Взаимосвязь блокады левой ножки пучка Гиса и неблагоприятного исхода при остром коронарном синдроме
Холов Г.А., Джураева Н.О., Алиев Ж.С., Кенжаев С.Р...... 137

Острая безболевая ишемия миокарда у больных с ОКС с подъемом сегмента ST
Ахмедов Л.А., Холов Г.А., Алиев С.Н., Бобоева М.М., Тоиров И.Р., Джураева Н.О. 138

Индивидуальный сердечно-сосудистый риск у пациентов с артериальной гипертонией в амбулаторных условиях
Бабич С.М., Турсунов Х.Х., Турсунов Ж.Х., Тохтасинов А.А., Камолова Н.И., Мамажонов С.К., Валиева З.С., Зухритдинов М.Н., Дадажонов Ф.М., Тожибоев Т.А., Исакова Д.З. 138

Определение факторов риска инфаркта миокарда у мужчин при разных исходах заболевания
Байкузиев У.К., Махмудов Н.И., Бахрамов М.М. 139

Тромбоэмболия легочной артерии: подходы к тромболитической терапии
Байкузиев У.К., Уринов О.Т., Махмудов Х.А., Махмудов Н.И., Усманов Б.С. 139

Анализ результатов лечения детей раннего возраста с поздней формой геморрагической болезни новорожденных
Бегалиев С.М., Торениязова Т.Ж., Уразова Г.Б., Косыбаева Т.К. 140

Осложненные гемангиомы наружной локализации у детей
Бегалиев С.М., Аметов С.Н., Сайфуллаев Р.Н. 141

Оценка эффективности клопидогреля при остром коронарном синдроме
Бегалиев С.М., Сайманов М.С., Ваисова Д.И., Матимова Г.Д. 141

Патогенетический анализ двигательных расстройств в неотложной неврологической практике
Бегалиев С.М., Калмурзаев Е.К., Бекманов А.Т., Азимов Х.А. 142

Особенности течения, ранней диагностики и экстренной терапии преходящих нарушений спинномозгового кровообращения
Джаббарова Н.Ш., Каримходжаева С.А. 142

Взаимосвязь факторов риска и поражения коронарных артерий у больных с острым коронарным синдромом
Жалилов А.О., Абдуллаев А.Х., Ортиков М.М. 143

Взаимосвязь систолической и диастолической функций левого желудочка с показателями электрической нестабильности миокарда при неосложненном инфаркте миокарда и сопутствующих бронхообструктивных заболеваниях
Жалолов Б.З., Мухамедова Б.Ф., Кенжаев М.Л. 143

Нарушения ритма сердца и показатели реполяризации желудочков при гипертонических кризах
Жалолов Б.З., Мухамедова Б.Ф., Кенжаев С.Р. 144

Эффективность применения нимодипина при нетравматических субарахноидальных кровоизлияниях
Жураев С.Г., Хушвактов А.И., Чоршанбиев Х.Ш. 144

Ишемик инсульт ўчоғида эрта геморрагик трансформация асоратининг учраши ва оқибатлари
Жўраев С.Г., Халилов М.М., Тўраев Б.Г. 145

Совершенствование неотложной кардиологической помощи с применением стрептокиназы при остром коронарном синдроме
Зияев Ю.Н., Сайманов М.С., Мадреймов А.К. 145

Особенности нейропсихологических расстройств при остром мозговом инсульте у лиц молодого возраста в приаральском регионе Республики Узбекистан
Изюмов Д.П., Маджидова Ё.Н., Изюмова Г.А. 146

Дифференциальная лучевая диагностика кардиогенного отека легких
Икрамов А.И., Ярмухамедова Д.С., Низамова М.М., Бородавко Т.Г. 146

Возможности применения сорбционных методов при остром нарушении кровообращения печени
Ирматов С.Х., Ким О.В., Садыков Р.А. 147

Применение церетона (холина альфосцерат) у больных с острым ишемическим инсультом
Камчатнов П.Р., Умарова Х.Я. 147

Очаговые расстройства у больных с внутримозговыми геморрагиями подкорковой локализации на фоне комплексного лечения
Каримова Д.Ю. 148

Коррекция систолической дисфункции левого желудочка у больных с острым инфарктом миокарда с элевацией сегмента ST
Кенжаев М.Л., Борисова Е.М., Алимов Д.А., Кенжаев С.Р., Сатторов Х.И., Хаитов С.Ш. 149

Локальная сократимость левого желудочка и изменения сегмента ST и зубца Т при проведении пробы с добутумином у больных с острым инфарктом миокарда
Кенжаев С.Р. 149

Врождённые пороки сердца как причина смерти у детей, по данным аутопсий РНЦЭМП
Кочетов В.Е., Магрупов Б.А., Вервекина Т.А., Убайдуллаева В.У. 150

Связь показателей гемодинамики и функции печени у пациентов с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности
Ляховец Е.Г. 151

Ишемическая болезнь сердца в структуре смертности, по данным ПАО
Магрупов Б.А., Убайдуллаева В.У., Вервекина Т.А. 152

Эффективность антикоагулянтной терапии острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST фраксипарином и нефракционированным гепарином
Мадумаров И., Мирсайдуллаев М.М. (млад.), Мирсайдуллаев М.М., Хамидов Т. 152

Жизнеугрожающие кардиоаритмии у пациентов мужского и женского пола, злоупотребляющих крепкими спиртными напитками
Мамасалиев Н.С., Курбонова Р.Р., Утанов З.У. 153

Intracarotid injection nimodipin at an avte ischemic ailure of the cerebral blood flow
Mahmudov X.A., Abbosxonov G.X. 153

Коррекция анемии при нетравматическом кровоизлиянии в мозг у новорожденных
Мухитдинова Х.Н., Сатвалдиева Э.А. 154

Влияние гематомы на тяжесть состояния у детей с нетравматическим кровоизлиянием в головной мозг
Мухитдинова Х.Н., Сатвалдиева Э.А., Хайрутдинова М.Х., Мамбетова Г.К., Абдуллаев Р.Т. 154

Особенности изменений гемодинамики при нетравматическом кровоизлиянии в мозг у детей
Мухитдинова Х.Н., Сатвалдиева Э.А., Алаутдинова Г.Н., Холбаева Д.С., Хамраева Г.Ш. 155

Динамика тромбоцитарно-сосудистого гемостаза у больных ОКС с подъемом сегмента ST
Набиев А.А., Махаматова Ш.И., Набиев Ж.А., Махамдаминов А.Г. 156

Эффективность применения нитрендинина у больных с артериальной гипертонией при инсультах
Равшанова М.М. 157

Признаки ангиопатии сосудов головного мозга при сахарном диабете 2-го типа
Саруханов Т.М., Гоголева Е.А., Белясник А.С., Полякова А.В., Кашаева Э.Р. 157

Возместительная терапия при острой массивной кровопотере у детей
Сатвалдиева Э.А., Мухитдинова Х.Н., Сабиров Д.С. 157

Скромная причина – тяжелые последствия. (Что ожидает пациентов с инфарктом миокарда на фоне хронической болезни почек)
Скородумова Е.А., Костенко В.А. 158

Особенности течения фатального инфаркта миокарда при сахарном диабете 2 типа
Ташкенбаева Э.Н., Мухиддинов А.И., Ибрагимов И.С., Тогаев Д.Х., Хайдарова Д.Д., Хасанджанова Ф.О., Маджидова Г.Т. 159

Ранняя реабилитация больных с ишемическим инсультом
Туйчиева М.Г. 160

Гипертония ва коронар қон томир касаллардаги фибринолизис жараёнларида ангиотензин айлантирувчи фермент ингибитори ва ангиотензин рецептори блокаторларининг самарадорлиги
Турғунбоев Ш.Б., Мухторов Ш.М., Шерназаров О.Н., Жаҳонова Б.Ю., Холмирзаев С.Б., Нарзиев Б.И. 160

Характеристика осложнений инфаркта миокарда у больных старческого возраста
Турсунов Х.Х., Турсунов Ж.Х., Бабич С.М., Тохтасинов А.А., Камолова Н.И., Мамажонов С.К., Валиева З.С., Зухритдинов М.Н., Дадажонов Ф.М., Даулетбаев Б.К., Нурматов В.У., Исакова Д.З., Тожибоев Т. 160

Отдаленный прогноз у пациентов с желудочковыми нарушениями сердечного ритма в остром периоде инфаркта миокарда
Турсунов Х.Х., Турсунов Ж.Х., Бабич С.М., Тохтасинов А.А., Камолова Н.И., Мамажонов С.К., Валиева З.С., Зухритдинов М.Н., Дадажонов Ф.М., Тожибоев Т., Даулетбаев Б.К., Нурматов В.У., Исакова Д.З. 161

Коронар қон томир хасталиги билан оғриган беморлар оптимал қон босим назорати ҳақида қай даражада билишади
Узоқов Ж.К., Турғунбоев Ш.Б., Мухторов Ш.М., Шерназаров О.Н., Жаҳонова Б.Ю., Холмирзаев С.Б., Нарзиев Б.И. 161

Ассоциация фактора злоупотребления алкоголя у пациентов с неишемической острой коронарной патологией в условиях неотложной клинической практики
Умирзаков О.Т., Мамасалиев Н.С., Сайитжанов Л.С...... 162

Оценка эффективности тромболитической терапии при инфаркте миокарда на госпитальном этапе
Уринов О.Т., Байкузиев У.К. 162

Цереброваскулярные заболевания и их профилактика
Усманов Б.М., Урунов Д.А. 163

Опыт лечения геморрагического синдрома у детей
Файзиева Ш.М., Дадабоева Ё., Эрметов А.Т. 163

Выбор антигипертензивных средств при сочетанных поражениях сосудов сердца и головного мозга у лиц пожилого возраста
Хамроев Э.Э., Закирова Д.Р., Файзуллаева Г.И., Хасанова Н.Н. 164

Ингибиторы АПФ и индапамид в профилактике и лечении сердечной недостаточности у больных с острым инфарктом миокарда
Эшбоев А.Т., Гаффоров Б.Б., Маннонов М.З. 165

Лапароскопия в лечении острого панкреатита
Ризаев К.С., Баймурадов Ш.Э. 165

IV. РОЛЬ МИНИИНВАЗИВНЫХ И ВЫСОКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ И ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Возвратная стенокардия после стентирования ствола левой коронарной артерии у пациентов с многососудистым поражением коронарных сосудов
Абдуллаева С.Я., Якуббеков Н.Т., Хасанов М.С., Никишин А.Г., Юлдашев Н.П., Фозилов Х.Г., Ганиев А.А......166

Преимущества интраартериальной тромболитической терапии в острейшей стадии ишемического инсульта
Алимов Д.А., Мубараков Ш.Р., Арифджанов Ш.Х., Сейдалиев А.И., Джалалов Ф.З......166

Отдаленные результаты эндоваскулярных вмешательств при поражении бедренно-подколенного сегмента
Алимов Д.А., Шиповский В.Н., Маджитов Х.Х., Турсунов С.Б., Салахитдинов Ш.Н. 167

Ангиографическая характеристика больных с нестабильной стенокардией и методы реваскуляризации
Мухамедова Б.Ф., Алимов Д.А., Турсунов Х.М., Жалолов Б.З. 168

Эхокардиографические результаты хирургической реваскуляризации у больных с прогрессирующей стенокардией
Алимов Д.А., Мухамедова Б.Ф., Джамалдинова Р.К., Жалолов Б.З., Рахимова Р.А., Турсунов Х.М. 168

Результаты ангиопластики с использованием баллонов с лекаратсвенным покрытием при поражениях бедренно-подколенного сегмента
Алимов Д.А., Шиповский В.Н., Маджитов Х.Х., Салахитдинов Ш.Н., Турсунов С.Б., Сейдалиев А.И......169

Результаты баллонной вальвулопластики у больных с критическим стенозом митрального отверстия
Маджитов Х.Х., Алимов Д.А., Салахитдинов Ш.Н., Алимханов Б.Ш., Турсунов С.Б. 169

Результаты стентирования при бифуркационных поражениях коронарных артерий у больных с острым коронарным синдромом
Маджитов Х.Х., Алимов Д.А., Салахитдинов Ш.Н., Турсунов С.Б., Алимханов Б.Ш. 170

Фактор времени «симптом-игла» и «симптом-баллон» при различных методах реваскуляризации миокарда у больных с ОКС с подъемом сегмента ST
Кенжаев М.Л., Алимов Д.А., Маджитов Х.Х., Салахитдинов Ш.Н., Ганиев У.Ш. 170

Эндоскопическое лигирование при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода у больных с портальной гипертензией
Алтыев Б.К., Шелаев О.И., Хашимов М.А., Ешмуратов А.Б., Исраилов Т.Т. 171

Клинико-диагностические аспекты артериовенозных мальформаций сосудов головного мозга
Арифджанов Ш.Х., Максудова Л.Б., Дадамьянц Н.Г., Хусанходжаев Ж.У. 172

Эффективность оперативных вмешательств и стентирования коронарных сосудов
Бахронов У.Ш., Эгамова Н.Т., Кузиева Р.М., Нурматов Д.С. 172

Ротационная ангиография с трехмерной реконструкцией сосудов в диагностике артериовенозных мальформаций головного мозга
Икрамов А.И., Джалалов Ф.З., Маджитов Х.Х., Сейдалиев А.И., Махкамов М.К., Юзбашева И.Д. 173

Использование клеевых композиций в эндоваскулярном лечении артериовенозных мальформаций головного мозга
Джалалов Ф.З., Алимов Д.А., Сейдалиев А.И., Исройлов Д.У., Юзбашева И.Д. 174

Предоперационная химиоэмболизация печеночной артерии при гепатоцеллюлярной карциноме, развившейся на фоне цирроза
Джураев М.Д., Нематов О.Н., Максимкулов Д.М., Бобожонов Э.Т., Туйев Х.Н. 174

Операция ТИПС в лечении больных с осложнениями портальной гипертензии
Затевахин И.И., Шиповский В.Н., Цициашвили М.Ш., Монахов Д.В., Турсунов С.Б. 175

Роль компьютерной томографии в диагностике вторичной ишемии головного мозга при травматических внутричерепных гематомах
Кузибаев Ж.М., Махкамов К.Э., Юнусов Р.С., Дадаев Х.Х., Исрайилов Д.У., Махкамов М.К. 176

Роль размеров и локализации артериальных аневризм в этиологии разрыва
Махкамов К.Э., Махкамов М.К., Хернесниеми Ю., Гулямов Б.Т. 176

The effectiveness of the three-dimensional reconstruction of computed tomography angiography in microsurgery of intracranial aneurysms
Makhkamov M., J. Hernesniemi. 177

Эндоваскулярное лечение аневризм у больных в остром периоде субарахноидального кровоизлияния
Микеладзе К.Г., Бочаров А.В., Дорохов П.С., Арустамян С.Р., Яковлев С.Б. 178

Диагностические аспекты компьютерной томографии у больных с сочетанной травмой, осложненной легочной формой жировой эмболии
Мирджалилов Ф.Х., Хакимов Р.Н., Утешев М.Ш., Садиллаев Г.Ж. 178

12 бармоқ ичак ярасини қон кетишида эндоскопик диатермокаогуляция усулини қўллаш
Мирзакаримов А.А., Махмудов Н.И., Вахобов А.А. 179

Малоинвазивная ангиография в диагностике сосудистых поражений головного мозга
Муминов М.Д., Мустафоев Н.К. 180

Оценка результатов хирургического лечения опухолей головного мозга с использованием новых технологий
Муродова Д.С., Ахмедиев М.М., Холиков Н.Х. 180

Перспективные аспекты и применение новых технологий в периоперативной интенсивной терапии сердечно-сосудистых заболеваний
Назыров Ф.Г., Ибадов Р.А., Назырова Л.А. 181

Эндоскопическая склеротерапия при синдроме портальной гипертензии
Нарзуллаев С.И., Отабабаев Ш.П., Хайдаров Г.А., Сувонов М.Т., Парманова Ш.Б. 181

Клиническая эффективность стентирования коронарных сосудов у больных с ИБС по результатам 6-месячного наблюдения
Никишин А.Г., Абдуллаева С.Я., Якуббеков Н.Т., Хасанов М.С., Юлдашев Н.П., Фозилов Х.Г., Ганиев А.А. 182

Aortic surgery – a never-ending challenge
Paul R. Vogt 182

Коронароангиографическая характеристика поражения коронарных сосудов у пациентов с нестабильной стенокардией
Рахимов Б.А., Жалилов А.О., Расулов А.А., Соткинов Т.Х., Мирсайдуллаев М.М. (млад.) 183

Прогностическая значимость объема поражения коронарного русла по данным коронароангиографии у пациентов с острым коронарным синдромом
Рахимов Б.А., Мирзаев М.О., Абдуллаев А.А. 183

Применения аппликационных гемостатических материалов в лапароскопической хирургии
Садыков Р.А., Исмаилов Б.А. 184

Методы нейровизуализации при нетравматических субарахноидальных кровоизлияниях
Сариев А.У., Бурнашев М.И. 184

Результаты эндоваскулярных вмешательств у больных с критической ишемией нижних конечностей
Темиров С.Н., Абдуллаев Ф.Х., Махмудов О.А. 185

Роль компьютерно-томографической ангиографии в диагностике артериальных аневризм сосудов головного мозга
Хаджибаев А.М., Махкамов М.К., Саттарова Ф.К. 186

Результаты микрохирургии аневризм супраклиноидного сегмента внутренней сонной артерии
Хаджибаев А.М., Махкамов К.Э., Махкамов М.К., Хернесниеми Ю., Юнусов Р.С. 187

Возможности достижения эндоскопического гемостаза при гастродуоденальных язвенных кровотечениях у больных старших возрастных групп
Хаджибаев А.М., Ешмуратов А.Б., Хашимов М.А., Джамалдинов И.М., Мирахмедов Н.Н. 188

Диагностика мезентериального тромбоза
Ходжиматов Г.М., Хакимов Д.М., Тургунов Ш.Ш., Хамдамов Х.Х., Мамадиев А.М., Корабоев Б.Б., Касимов Н.А. 188

Результаты трехлетнего использования ультразвуковой навигации при катетеризации внутренней яремной вены
Шарипова В.Х., Фокин И.В. 189

Эндоваскулярные методы профилактики тромбоэмболии легочной артерии
Шукуров Б.И., Йулдошев А.Х., Асамова А.Р., Мадиев Р.З., Джалолов Ф.З., Мамбетов Д.И. 190

Эндоваскулярная реканализация артериальных окклюзионно-стенотических поражений бедренной артерии
Юсупов Ш.И., Рахимов Б.А., Бахритдинов Н.Ш., Жалилов А.О., Абдуллаев А.Х., Камолидинов Б.З., Турдиев Х.А. 191

Динамика фракции выброса после стентирования у больных с ишемической кардиомиопатией
Якуббеков Н.Т., Никишин А.Г., Абдуллаева С.Я., Хасанов М.С., Юлдашев Н.П., Фозилов Х.Г., Ганиев А.А. 191

V. ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Латерализация очага поражения мозга при инсульте и эффективность реабилитации
Абдуллаева У.А., Каримов А., Матхаликова У.А. 192

Опыт применения эндоскопического лигирования варикозно расширеннных вен пищевода в лечении осложнений портальной гипертензии
Абидов У.У., Хайдаров А.А., Бафоев З.П., Эгамов У.М., Рузиев У.У., Болтаев Н.Р. 192

Сравнительная оценка гемодинамики в условиях комбинированной эпидуральной анестезии при экстренных операциях в брюшной полости у детей
Агзамходжаев Т.С., Юсупов А.С., Файзиев О.Я., Маматкулов И.А. 193

Изменение показателей интеллекта и вегетативной нервной системы у больных с острыми отравлениями алкоголем
Акалаев Р.Н., Стопницкий А.А., Ишбаев Н.А., Хожиев Х.Ш., Сабиров Д.Х. 194

Значение метода компьютерной томографии в диагностике мозговых инсультов
Акбарова М.А., Боборахимов А.А., Кушаков Н.Н., Махмудов Н.И. 194

Клеточная гель при лечении обширных ожогов IIIБ–IV степени
Алексеев А.А., Салахиддинов К.З. 195

Влияние гемодилюции на клеточное звено системы гемокоагуляции (in vitro исследование)
Афончиков В.С., Михеева А.В., Лазуткина Е.А., Петрова А.А. 195

Оценка завершающей фазы гемокоагуляции у пострадавших с сочетанной шокогенной травмой
Афончиков В.С., Каськов А.Ю., Грицай А.Н., Соколова Е.С. 196

Применение Нимотопа в комплексном лечении геморрагического инсульта
Бадалов Р.Т., Искандаров Э.Р., Дусалов И.Б., Алимарданова К.П. 197

Особенности факторов риска инфаркта миокарда у мужчин среднего и пожилого возраста
Байкузиев У.К. 197

Тромболитическая терапия и реперфузионные аритмии у больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST
Байкузиев У.К., Умаров О.М., Маматкулов Х.А. 198

Тромболитическая терапия у больных старшей возрастной группы при инфаркте миокарда
Байкузиев У.К., Уринов О.Т., Туйчиев А.Х. 198

Осложнения острого коронарного синдрома у больных с нормальным и нарушенным углеводным обменом (регистр острого коронарногосиндрома)
Байкузиев У.К., Уринов О.Т., Нишанбаева С.М. 199

Отличительные характеристики клинических проявлений артериовенозных мальформаций головного мозга у детей
Бурнашев М.И., Рахматов К.Р. 199

The simultaneous bilateral hip arthroplasty by A.M.I.S. anterior approach
P.G. Vasina, P. Palumbi, I. Frakulli 200

When a partial and when a total hip replacement? Our experience with revision prosthesis and with primary stem
P.G. Vasina, P. Palumbi, Ravenna, Bologna 200

Этиологические факторы развития длительных фебрильных лихорадок у детей
Джубатова Р.С., Ахматалиева М.А., Олимов А.Р., Шукуров Б.И. 200

Экстренная лечебно-диагностическая эндоскопия при кровотечениях портального генеза
Кадыров Р.Н., Шоназаров И.Ш., Сувонов М.Т. 201

Профилактика тромбоэмболических осложнений у больных пожилого и старческого возраста до и после аутодермопластики
Карабаев Б.Х., Фаязов А.Д., Тагаев К.Р., Хакимов Э.А., Нурбаев Э.О., Юнусов О.Т. 202

Диагностика жировой эмболии у тяжелообожженных
Карабаев Х.К., Карабаев Б.Х., Хакимов Э.А., Саидов Ш.А., Карабаев Ж.Ш., Ахмедов Р.Ф. 202

Активность плазменного антитромбина и тромбоцитопения у пациентов с тяжелым сепсисом
Каськов А.Ю., Грицай А.Н., Афончиков В.С., Михеева А.В. 203

Применение ларингеальной маски на догоспитальным этапе
Койиров А.К., Сатаров Х.И., Ибрагимов М.Н., Болтаев Э.Б 204

Морфологическая характеристика опухолей плаценты по результатам гистологических исследований операционного и биопсийного материала
Магрупов Б.А., Киреева И.В., Исламов Х.Т., Артиков Д.Д. 205

Эволюция основных факторов риска ИБС в исследовании популяций по данным эпидмониторирования
Мамажонов Б.С. 206

Ис газидан ўткир заҳарланиш, эрта оксигенация
Махмудов А.Ф., Тўйчиев И.Б., Неровная Н.Б. 206

Опыт профилактики и лечения синдрома Мендельсона
Махмудов А.Ф. 207

Применение ранней ИВЛ при сочетанных травмах для профилактики синдрома «шокового легкого» в условиях Ферганского филиала РНЦЭМП
Махмудов Х.О., Махмудов А.Ф., Усмонов Х.А. 208

Фракция выброса и ремоделирование левого желудочка у пациентов с острым коронарным синдромом
Мирсайдуллаев М.М. (млад), Мирсайдуллаев М.М......208

Опыт применения эпидуральной анестезии при операциях в брюшной полости
Мустафокулов Б.А., Шахзадаев Н.Ш., Жуманазаров Г.С., Очилов Ф.А...... 209

Двугорбые лоскуты в лечении рубцовых микростомий
Орипов Д.У., Исаков Н.Н., Ёриев А. 209

Особенности течения госпитального периода пациентов с острым коронарным синдромом
Ортиков М.М., Соткинов Т.Х., Эргашев А.А., Кучкаров А.М. 210

Применение L-Лизина эсцината у больных с ЧМТ и ОНМК
Сайдалиев Д.А., Тиллакориев Т.К., Надёжкин А.Н., Разаков В.В...... 210

Раневые покрытия в лечении обширных поверхностных ожоговых ран
Салахиддинов К.З., Алексеев А.А., Джумабаев Э.С...... 211

Особенности стресс-ответа в раннем послеоперационном периоде у больных, перенесших резекционные операции на толстой кишке по поводу злокачественных новообразований в условиях неглубокой симпатической блокады
Соловьёв А.О., Долгих В.Т., Новичкова О.Н. 211

Ранняя профилактика поздних пищеводно-желудочных кровотечений у больных с острыми отравлениями уксусной кислотой тяжелой степени
Стопницкий А.А., Акалаев Р.Н...... 212

Устранение рубцовых деформаций нижней трети лица и выворотов губ мобилизованными тканями подбородка и шеи
Тешабоев М.Г., Умаров О.М., Орипов Д.У., Бегматов А.А...... 213

Малоинвазивное хирургическое лечение диафизарных переломов костей предплечья у детей
Тожибоев Б.А., Суяров М.Т., Косимов М.А., Муссавий Б.Д., Маманазаров А.Х., Жуманов З.Ш...... 213

Оптимизация хирургического лечения больных с диафизарными переломами бедренной кости при сочетанных травмах
Тожибоев Б.А., Суяров М.Т., Косимов М.А., Муссавий Б.Д., Маманазаров А.Х., Жуманов З.Ш...... 214

Сравнительная оценка результатов лечения повреждений вертлужной впадины
Тожибоев Б.А., Суяров М.Т., Тапканов Р.Х., Жуманов З.Ш., Бегмуродов Н. 215

Эффективность системного тромболизиса в условиях отделения экстренной кардиологии ФФ РНЦЭМП
Туйчиев А.Х., Нишонов У.А., Ниматов Ш.М...... 216

Ранная реабилитация больных с ишемическим инсультом
Туйчиева М.Г. 216

Тактика лечения сочетанной краниофациальной травмы в условиях РНЦЭМП
Умаров О.М., Махмудбеков Б.О. 217

Регистр пациентов с инфарктом миокарда в условиях ФФРНЦЭМП
Уринов О.Т., Байкузиев У.К., Туйчиев А.Х., Нишонов У. 217

Особенности неотложной помощи пострадавшим с электротермическими поражениями
Фаязов А.Д., Камилов У.Р., Туляганов Д.Б., Шукуров С.И. 218

Опасности развития ДВС-синдрома при ожоговом шоке в пожилом и старческом возрасте
Хакимов Э.А., Карабаев Б.Х., Карабаев Х.К., Шакиров Б.М., Некбаев Х.С., Сатторов Б.С. 218

Выбор метода анестезии при ущемлённых гигантских вентральных грыжах
Халматов У.Э., Шахзадаев Н.Ш., Жуманазаров Г.С., Очилов Ф.А., Мустафакулов Б.А......219

Роль сосудисто-эндотелиального фактора роста (СЭФР) при эктопической беременности
Шадмонова Д.С., Ропиева Ш.М., Носирова Ш.С., Камарин А.С......220

Профилактика особенностей осложнений, связанных с внутривенным катетером у больных с обширной ожоговой травмой
Шакиров Б.М......221

Сравнение методов локализации нервов при блокаде плечевого сплетения
Шарипова В.Х., Фокин И.В., Махмудов М.А......222

Результаты продленной регионарной аналгезии после травматологических операций на верхних конечностях
Шарипова В.Х., Фокин И.В., Махмудов М.А......223

Коррекции интраоперационной гипертензии во время анестезиологического пособия препаратом тахибен (уропидил) при экстренных оперативных вмешательствах
Шарипова В.Х......223

Опыт лечения открытых переломов длинных трубчатых костей конечностей при сочетанной и множественной травме
Шодмонов Б.Р., Нуруллаев Д.Я., Рузиев О., Нодиров Б.О., Каххоров Х.К......224

Апоплексия яичника в клинике неотложной гинекологии
Шодмонова Д.С., Ропиева Ш.М., Худаёрова З.Г., Носирова Ш.С., Сафарова Х.А......225

Клинические факторы, обусловливающие развитие отёка головного мозга при дегидратации у детей раннего возраста
Шукуров Б.И., Хамзаев К.А., Хакимов Д.П., Ахматалиева М.А., Абдурашидов В.Ш. 226

Критик ҳолатда туғилган чақалоқларнинг постнатал ўлими сабаблари
Шукуров Б.И., Абдуллаева Б.С., Ҳамзаев К.А., Шоикрамов Ш.Ш., Сафаров З.Ф...... 227

The study of new hemostatic material for bleeding control
Mirzakhmatova D.R......227

Множественные переломы при дорожно-транспортной травме
Эргашев Р.Х., Соатмуродов Ш.Н., Тожибоев Б.А., Суяров М.Т., Косимов М.А., Муссавий Б.Д., Жуманов З.Ш...... 228

Эффективность имплантации электрокардиостимулятора у больных с нарушениями проводимости ритма сердца с осложненными атриовентрикулярными блокадами
Эрметов А.Т., Рахимов Б.А., Бахритдинов Н.Ш., Йулдошев А.А., Жалилов А.О., Абдуллаев А.Х., Камолидинов Б.З...... 228

Эффективность анестезии пропофолом при экстренных урологических операциях у детей
Юсупов А.С., Файзиев О.Я., Маматкулов И.А., Бекназаров А.Б. 229

Лечение огнестрельных ран конечностей в условиях военно-городской хирургии
Джумабаев Э.С., Мирзаев К.К., Джумабаева С.Э., Саидходжаева Д.Г., Суюнов Д. 229

Токсические поражения печени и центральной нервной системы алкогольной этиологии и пути их коррекции
Акалаев Р.Н., Стопницкий А.А., Собиров Д.Х. 230

Методы оптимизации диагностики и лечения острого панкреатита
Ризаев К.С., Алтыев Б.К., Баймурадов Ш.Э. 231

VI. КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

Мультимодальный подход в оценке неврологического дефицита и нейропротекции у пациентов, перенесших сердечно-лёгочную реанимацию
Ахмедова Д.Г. 232

Лапароскопические вмешательства при панкреаонекрозе
Бабаджанов А.У. 232

Параметры вариабельности ритма сердца у детей с гипертрофической кардиомиопатией при барорефлекторной регуляции
Голубина И.В. 233

Этапное хирургическое лечение артериовенозных мальформаций головного мозга в сочетании с аневризмами
Дмитриев А.В., Элиава Ш.Ш., Шехтман О.Д. 234

In vitro study of plasma purification for posttraumatic hepatorenal failure treatment
Kim O.V. 235

Результаты оперативного лечения пациентов с аневризмами в области интракраниального сегмента позвоночной артерии
Кисарьев С. А., Элиава Ш.Ш., Пилипенко Ю.В., Шехтман О.Д., Окишев Д.Н. 235

Декомпрессивная трепанация черепа у больных с субарахноидальным кровоизлиянием аневризматического генеза
Коновалов А.Н., Пилипенко Ю.В., Элиава Ш.Ш. 235

Преимущество применения микрохирургической техники при открытых повреждениях сосудов
Маматкулов У.Э. 236

The study of new hemostatic material for bleeding control
Mirzakhmatova D.R. 237

Дуплексное сканирование в диагностике и лечении острых венозных тромбозов нижних конечностей
Отабоев М.Э. 237

Оптимизация лечения чрез- и надмыщелковых переломов плечевой кости у детей
Тожибоев Б.А. 238

Исходы оказания медицинской помощи при острых геморрагических инсультах у детей
Туляганова Н.М. 239

Результаты микрохирургии аневризм средней мозговой артерии
Махкамов М.К. 240

Наш опыт лечения сочетанных травм верхних и нижних конечностей
Ким Д.Л. 241

Эффективность реперфузионной терапии в зависимости от времени проведения тромболитической терапии у больных ОКС с подъемом сегмента ST
Ганиев У.Ш. 241

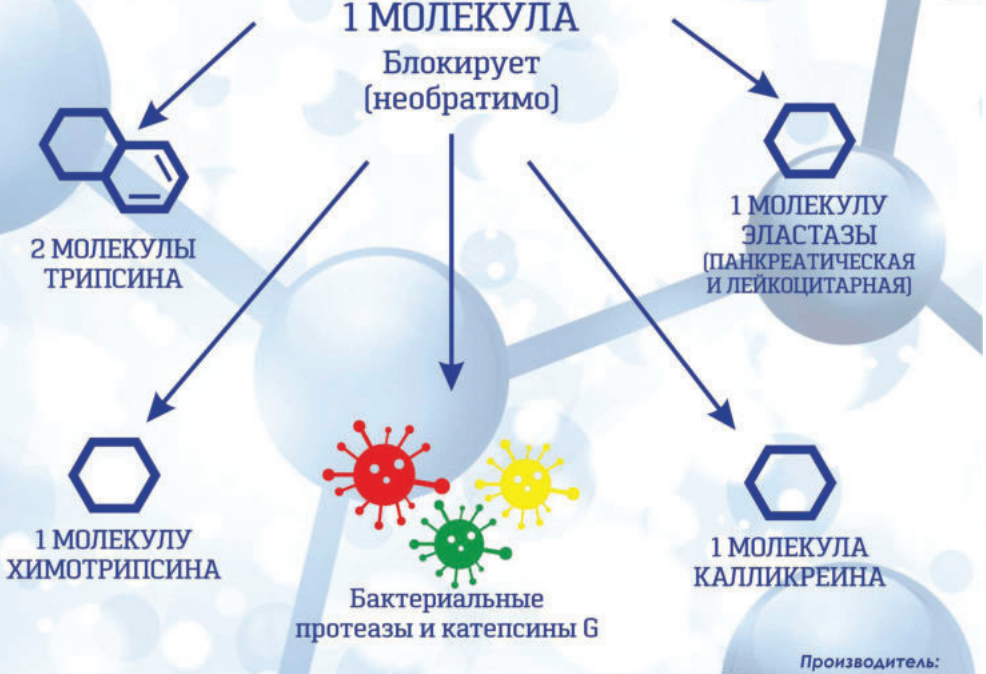
ОВОМИН®

300 000 АТЕ

- Высокая эффективность: *блокирование всех патологических протеаз.*
- Белковосохраняющая способность
- Единственный препарат блокирующий эластазу обоих видов
- Способность оказывать своё антипротеолитическое действие не только в сыворотке и плазме крови, но и в клетках и межклеточном пространстве
- Длительный период полувыведения препарата - 6 часов
- Ингибирование бактериальных и вирусных токсинов и катепсинов
- Безопасность. Наименьшее количество побочных эффектов
- Доступная цена!

УНИВЕРСАЛЬНЫЙ ИНГИБИТОР ПРОТЕОЛИЗА

- Хирургия
- Реанимация
- Гастроэнтерология
- Дерматология
- Кардиология и сосудистая хирургия
- Ревматология и травматология
- Пульмонология и фтизиатрия
- Эндокринология и нефрология
- Вирусология
- Гематология
- Гинекология
- Офтальмология
- Токсикология
- Неврология
- Комбустиология
- Нейрохирургия
- Онкология



Состав на одну ампулу:
Активное вещество-овомин-60000 АТЕ;
Вспомогательные вещества-натрия хлорид, нипагин.

Производитель:
РУП «Белмедпрепараты»
Республика Беларусь, 220007,
г.Минск, ул.Фабрициуса, 30
Тел.: (+375 17) 220 37 16
E-mail: medic@belmedpreparaty.com

LIGHT MED

комплексная автоматизация управления медицинскими учреждениями

www.light-med.uz

- информационная база о пациентах (ФИО, место жительства, паспортные данные и т.д.);
- электронная медицинская карта пациента;
- учет пациентов, материальных ценностей, медикаментов и персонала;
- электронная база историй болезни и модуль патологии;

- автоматизированная система объединения в единую информационную систему рабочие места врачей, регистратуры, лабораторий;
- база электронных форм для документооборота, распечатка счетов и других документов;
- архивация устаревших медицинских и прочих документов.

- быстрый поиск любого документа или данных о пациентах, который, сокращает потери времени и расход бумаг, а своевременное получение достоверной информации о пациенте способствует принятия оптимального решения;
- аналитика и статистика по принятым пациентам, загруженности медицинского персонала и прочим показателям;
- безопасность системы, сохранность и достоверность данных;

ООО «PHOENIX SYSTEMS»

г. Ташкент, ул. Буюк Турон, 42
+99871 200-9777 +998 94 660-9777
info@light.uz www.light.uz

Light Solutions

Светлые решения

Разработка:
- Веб сайты под ключ;
- Программные обеспечения;
- Мобильные приложения;
- Политика информационной безопасности;
- Электронные библиотеки и каталоги.

Дизайн:
- Сайты;
- Веб и мобильные приложения;
- Корпоративный стиль;
- Баннеры и мультимедиа.

ИТ аутсорсинг:
- Техническая и информационная поддержка сайтов;
- Настройка локальных сетей;
- Установка ПО и оборудований;
- Комплексное обслуживание ИТ инфраструктуры.

Продвижение:
- Продвижение веб сайта, бренда на поисковиках (Google, Yandex), в социальных сетях (Facebook, Linkedin, Instagram);
- Корпоративные видеоролики и презентации.