

SHOSHILINCH TIBBIYOT AXBOROTNOMASI

Ilmiy-amaliy jurnal

2012, № 2

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

Ежеквартальный научно-практический журнал

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

Главный редактор А.М.ХАДЖИБАЕВ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

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

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

Адрес редакции: 100107, Узбекистан, Ташкент, ул.Фархадская, 2.
Тел.: (99871)-1504600, 1504600, (99897)-1043463. E-mail: uzmedicine@mail.ru

ISSN 2010-9881

Индекс подписки 1214

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

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

Ислам Каримов

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

СОДЕРЖАНИЕ

**Материалы 10-й Республиканской научно-практической конференции
"АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:
Вопросы профилактики, диагностики и лечения
послеоперационных осложнений в экстренной хирургии"
(г. Наманган, 28 мая 2012 г.)**

I. Профилактика, диагностика и лечение осложнений в экстренной хирургии органов грудной и брюшной полостей	6
II. Осложнения при травмах, ожогах и отравлениях: профилактика и лечение	129
III. Профилактика, диагностика и лечение осложнений в ургентной хирургии детского возраста	213
IV. Вопросы профилактики осложнений при анестезиологическом и реанимационном пособиях	239
V. Конкурс молодых ученых	264
Указатель тезисов	269

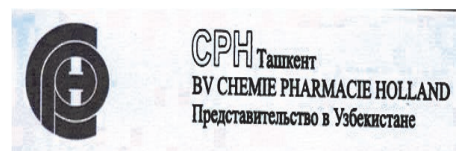
Юбилей

Профессор Ғайбуллаев Асилбек Асадович (таваллудининг 60 йиллигига)	284
---	------------

Генеральный спонсор:



Спонсоры:



OSTEOSINTEZ-CHM

**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 ХИРУРГИЯДА
ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАРНИНГ
ПРОФИЛАКТИКАСИ, ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ»**

илмий-амалий анжуманнинг материаллари

(Наманган, 2012 й. 28 май)

**Материалы научно-практической конференции
«ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ И
ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ»**

(Наманган, 28 мая 2012 г.)



1. Профилактика, диагностика и лечение осложнений в экстренной хирургии органов грудной и брюшной полостей

Начальный опыт селективной интраартериальной химиоангиопластики у больных с травматическим субарахноидальным кровоизлиянием

Икрамов А.И., Махкамов К.Э., Сейдалиев А.И., Мухамедов Н.Х., Джалалов Ф.З.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
Ташкентский институт усовершенствования врачей

Субарахноидальное кровоизлияние – мультифакторный неврологический синдром, отличающийся общепринятой нозологической самостоятельностью. Он обусловлен попаданием крови в субарахноидальное пространство вследствие разрыва сосудов головного мозга или его оболочек. Имеет характерную клиническую картину, особенности которой определяются этиологическим фактором. Среди этиологических факторов субарахноидального кровоизлияния доминирует черепно-мозговая травма (более 65%). Одной из наиболее важных причин ухудшения состояния больного, а также неблагоприятного прогноза при субарахноидальном кровоизлиянии является развитие вазоспазма, который обуславливает развитие вторичных ишемических изменений головного мозга.

При черепно-мозговой травме средней и тяжелой степени тяжести вазоспазм наблюдается в 40-75% случаев, что требует проведения специальных мер профилактики и лечения.

Цель исследования – оценка клинической эффективности селективной интраартериальной химиоангиопластики при сосудистом спазме у больных с травматическим субарахноидальным кровоизлиянием.

В период с января 2008 по март 2012 гг. были обследованы 32 больных с травматическим субарахноидальным кровоизлиянием. Церебральный вазоспазм выявлен у 28 (87,5%). Возраст пациентов варьировал от 19 до 59 лет, мужчин было 17, женщин – 11.

Каждому пациенту, помимо общеклинического и неврологического обследования, выполнялась компьютерная томография головного мозга, электроэнцефалография, транскраниальная доплерография, тотальная селективная церебральная ангиография в стандартных проекциях.

Эндоваскулярное вмешательство проводилось в асептических условиях рентгеноперационной (ангиографический сканер PHILIPS ALLURA XPER FD20),

в большинстве случаев под местной инфильтрационной анестезией, трансформальным доступом. Использовался интервенционный инструментарий различных фирм-производителей (Cordis, Balton и EV3). Неионный рентеноконтрастный препарат омнипак 300-350 (фирма Nycomed) вводился с помощью автоматического инжектора Medrad Mark V ProVis, в некоторых случаях при контрастировании позвоночных артерий мануальным способом.

При проведении селективной интраартериальной химиоангиопластики нимодипином, выполненной у 22 больных, проводниковый катетер устанавливался в проксимальный отдел внутренней сонной артерии. Далее микрокатетер под контролем функции Roadmapping позиционировался в зону сосудистого спазма, и осуществлялась инфузия раствора нимодипина от 1.5 до 2 мг в течение 30-45 мин. Проводилась контрольная ангиография в стандартных проекциях, после чего инструментарий удалялся из сосудистого русла.

У 18 (82%) больных отмечалось улучшение мозгового кровотока и перфузии по данным контрольной ангиографии и транскраниальной доплерографии, у 4 (18%) изменений не зарегистрировано. Значимых осложнений после проведения селективной интраартериальной химиоангиопластики не отмечалось. У 5 пациентов наблюдались небольшие подкожные гематомы в месте пункции, которые не требовали каких-либо специальных мероприятий.

Таким образом, селективная интраартериальная химиоангиопластика является эффективным интервенционным методом лечения сосудистого спазма у больных с травматическим субарахноидальным кровоизлиянием, проведение которого осуществимо в условиях специализированного стационара, с наличием высокотехнологичного оборудования и подготовленного штата специалистов.

МСКТ-диагностика вторичной ишемии мозга при субарахноидальном кровоизлиянии

Икрамов А.И., Хусанходжаев Ж.У.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Субарахноидальное кровоизлияние (САК) характеризуется высоким уровнем смертности и инвалидизации. Около 15% больных погибают до поступления в стационар, 25% – в первые сутки от начала заболевания. Уровень смертности в конце первой недели достигает до 40%, а в первые полгода умирают около 50 – 60% больных. Церебральный ангиоспазм на 3–5-е сутки после субарахноидального кровоизлияния развивается в 100% случаев (по данным транскраниальной доплерографии), но клинически проявляется у 30-70% больных. Ангиоспазм достигает максимума выраженности на 7-14-е сутки заболевания, а затем регрессирует в течение 3-4-х недель. Как правило,

развивается ангиоспазм тех сосудов, которые непосредственно контактировали с излившейся кровью. Ангиоспазм может осложняться развитием транзиторных ишемических атак или формированием инфарктов мозга в бассейнах спазмированных артерий, подобно ишемическим инфарктам, сопровождающимся стойким вазоспазмом и присоединением вторичной ишемии мозга в бассейне разорвавшегося мозгового сосуда.

Материал и методы. В последние годы после внедрения в клиническую практику методики многослойного спирального сканирования, использования протоколов с низкими скоростями введения контрастных

веществ (КВ) и внедрения более совершенных программ обработки получило развитие динамическое отображение перфузии мозга при помощи КТ (ПКТ - перфузионная КТ, РСТ- perfusion computed tomography). Методика позволяет проводить количественную оценку церебрального кровотока, выполняется быстро, является экономически эффективной и нетравматичной для пациентов. Для получения функциональной информации о церебральном кровотоке при МСКТ перфузии вводится кратковременный болюс КВ, во время прохождения которого можно получать повторяющийся через одинаковый промежуток времени один или несколько (при МСКТ) срезов. Например, обычно вводится 50 мл КВ при длительности сканирования 60 с и частоте 4 изображения в секунду. Исследование базируется на теории разведения индикатора: после внутривенного введения болюса КВ денситометрические показатели головного мозга временно увеличиваются. Информацию о состоянии церебрального кровотока можно получить путем изучения распространённости и изменений плотности головного мозга со временем. Параметры церебральной перфузии определяются с помощью различных математических алгоритмов и предоставляются в виде изображений с кодированными цветом параметрами. Основными параметрами являются: церебральный кровоток (ЦК), объем церебрального кровотока (ОЦК), среднее время транзита (СВТ) и время до максимума (ВМ).

КТ-исследование проведено у 36 больных, перенесших САК, с применением программы Brain Perfusion на МСКТ оборудовании фирмы Филипс «Brilliance 40» для изучения перфузии мозговой ткани.

Результаты. У 2/3 больных на 4-6-е сутки от начала эпизода субарахноидального кровоизлияния определено снижение перфузии преимущественно в бассейнах артерии, где произошло разрыв аневризмы.

У 7 больных имело место формирование очага вторичной ишемии за счет длительного вазоспазма. У 1/3 больных из-за небольшого количества излившейся крови в субарахноидальное пространство вазоспазм не был выраженным, в связи с чем перфузия мозга оставалась в пределах нормы, и очаг ишемии не сформировался. Эти данные подтверждались при динамическом нативном КТ-исследовании.

У остальных больных выявлено формирование очага ишемии в виде лакунарных зон, хотя перфузия была снижена в больших пределах. У 3 пациентов очаги ишемии формировались в обоих полушариях большого мозга, что было обусловлено массивным кровоизлиянием в базальные цистерны и желудочковым кровоизлиянием. Оценка перфузии даёт два неоспоримых преимущества при диагностике инсультов: 1) области мозга с нарушением перфузии могут обнаруживаться сразу же после появления клинической симптоматики; 2) данные о состоянии кровотока в тканях по результатам МСКТ дают возможность врачу отличить необратимо повреждённые инфарктом ткани головного мозга и потенциально обратимые изменения, располагающиеся в области так называемой пенумбры или полутени.

Таким образом, применение метода МСКТ перфузии дает возможность ранней диагностики вторичной ишемии, являющейся осложнением субарахноидального кровоизлияния.

Меры профилактики интра- и послеоперационных осложнений при проведении консервативной миомэктомии

Абдикулов Б.С.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель исследования — оценка структуры и причин интра- и послеоперационных осложнений консервативной миомэктомии, разработка мер их профилактики.

В 2001-2010 гг. в отделении неотложной гинекологии РНЦЭМП МЗ РУз прооперирована 121 женщина репродуктивного возраста с нереализованной генеративной функцией с интраорганными миомами матки (ММ). Возраст пациенток — от 18 до 45 лет (средний возраст 34,6±5,0 года). 1-ю группу составили 109 женщин, подвергшиеся КМ абдоминальным путем, 12 женщин с запланированной, но не реализованной КМ по клиническим причинам, составили 2-ю группу. По поводу нарушения питания миоматозного узла (МУ) оперированы 17 (15,6%) больных. Всем 109 женщинам произведена классическая интракапсулярная КМ.

Объем интраоперационной кровопотери у всех больных зависел от массы удаленного миоматозного узла и глубины его залегания, у колебался от 100,0 до 1500,0 мл, (в среднем 260,0±8,0 мл). Единственный случай большой кровопотери (1500,0 мл) был у женщины с моноузловой ММ 20 недель, страдающей первичным бесплодием. У 17 (15,6%) больных 1-й группы при очевидном риске большой интраоперационной кровопотери производилась предварительная двусторонняя перевязка восходящих ветвей маточных артерий. Среди этих женщин кровопотеря колебалась от

200,0 до 600,0 мл (в среднем 330,0±15,0 мл.). У 10 (9,2%) больных применяли интраоперационную трансфузию аутокрови в объеме 400,0 мл, заготовленной за 3-4 дня до операции. Интраоперационная плазмотрансфузия проведена у 1 (0,9%) из 109 женщин, плазмо- и гемотрансфузия донорской крови — у 4 (3,7%). У 1 больной ММ 17 недель беременности была незапланированная гистерэктомия. Установлено 16 МУ с преимущественной интрамурально-субмукозной локализацией. После удаления узлов и восстановления матки состояние органа вызывало серьезные опасения: миометрий дряблый, не формировал нормальной структуры и конфигурации матки, из области швов отмечалось подтекание крови. Из-за высокого риска послеоперационных осложнений (кровотечение, инфекционные осложнения) операция завершена в объеме надвлагалищной ампутации матки с правыми придатками. Интраоперационная кровопотеря составила 600,0 мл. Раннее послеоперационное кровотечение отмечалось у 6 (5,5%) пациенток, 1 (0,9%) из них потребовалась релапаротомия, гистерэктомия в 1-е сутки послеоперационного периода. Релапаротомия, вынужденная гистерэктомия в послеоперационном периоде была обусловлена выраженным крупноочаговым аденомиозом, неэффективностью хирургического гемостаза. Гнойно-воспалительных осложнений после КМ, вклю-

чая нарушения питания МУ, не было. Летальных случаев не было. Больным 2-й группы произведена вынужденная гистерэктомия, из-заочагового аденомиоза, (10 женщин) и мелкомультиузловатого характера ММ (11 женщин). Однако не только наличие аденомиоза повлияло на вынужденный характер гистерэктомии. Главным фактором, из-за которого была проведена радикальная операция, был мелко-мультиузловатый рост ММ с невозможностью подсчета числа узлов и потери границ между здоровым миометрием и опухолевой массой. У всех 12 женщин этой группы гистологически выявлен активный пролиферативный тип ММ.

Роль малоинвазивных вмешательств при лечении осложненных форм уролитиаза

Абдуллажанов М.М., Ахмедов Р.Н., Рашидов М.М., Рахимов М.Р., Максумов К.Д., Халилов М.Л.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Мочекаменная болезнь, которая является одним из самых распространенных урологических заболеваний, занимает второе место в мире после воспалительных неспецифических заболеваний почек и мочевых путей. Встречается не менее чем у 3% людей. Эта нозология — самая распространенная патология среди населения нашего региона. Заболеваемость сильно варьирует в различных странах мира, составляя в среднем в Азии 1-5%, в Европе 5-9%, в Северной Америке 13%, в Саудовской Аравии 20%. В развитых странах мира из 10 млн населения мочекаменной болезнью страдают 400 тыс. человек. Мочекаменная болезнь выявляется в любом возрасте. Соотношение больных мужчин и женщин составляет 52,8 и 47,2%.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты лечения 382 больных с осложненными формами нефролитиаза находившиеся на лечении с января 2011 г по январь 2012 г., из них 226 мужчин и 156 женщин. В возрасте до 18 лет было соответственно 28 и 17 больных, 19-44 лет — 83 и 78, 45-49 лет — 55 и 48, 60-74 лет — 42 и 11, 75 и старше — 18 и 2.

Результаты. После проведения клинко-диагностических мероприятий, больные были разделены на две группы: в 1-й группе (58,4%) больным проводилась консервативная терапия, 159 (41,6%) пациентов 2-й группы были подвергнуты хирургическому лечению. Больные 2-й группы в свою очередь были разделены на две группы в зависимости от вида вмешательства: 1-я — традиционные, 2-я — эндоурологические вмешательства. Из 40 (25,1%) оперированных традиционно уретеролитотомия выполнена у 18

Таким образом, кровотечение является ведущим интра- и послеоперационным осложнением, связанным с проведением консервативной миомэктомии. Обширный аденомиоз — основная причина этого осложнения. Наиболее надежным и простым способом хирургической профилактики является двусторонняя перевязка восходящих стволов маточных сосудов. Предоперационное назначение агонистов рилизинг-гормонов показано больным с сопутствующим аденомиозом. При других формах эндометриозной болезни назначение этих препаратов целесообразно в реабилитационный период после операции.

(35,2%), пиелолитостомия — у 16 (34%), нефрэктомия — у 5 (14,7%) по поводу нефункционирующей почки на фоне МКБ, эпицистолитостомия — у 1 (2,9%). Эндоурологические вмешательства произведены у 119 (74,8%) больных, из них перкутанная нефростомия — у 59 (49,5%), перкутанная нефролитэкстракция — у 2 (1,9%), трансуретральная уретероскопия со стентированием мочеточника — у 11 (10,5%), уретерореноскопия диагностическая — у 2 (1,9%), трансуретральная уретеролитэкстракция — у 19 (18,2%), лапароскопическая уретеролитотомия — у 2 (1,9%), трансуретральная цистолитотрипсия — у 4 (3,8%), перкутанная цистолитэкстракция — у 1 (2,9%), перкутанная цистостомия — у 1 (2,9%), удаления мочеточникового стента — у 15 (14,4%), антеградная катетеризация мочеточника — у 1 (1,9%), перкутанная ренфростомия — у 1 (2,9%), замена нефротомы — у 6 (5,7%). Больных, оперированных эндоурологически, находившихся в стационаре 6,4, традиционно — 15,4 койко-дня. Из осложнений в послеоперационном периоде у 1 больного наблюдался мочевиный свищ после лапароскопической уретеролитотомии, у 1 — выпадение нефростомического дренажа, еще у 1 — и нагноение послеоперационной раны после традиционного вмешательства.

Выводы. Строгое определение показаний к выбору метода оперативного лечения в зависимости от размера, плотности и локализации конкремента, степени выраженности воспалительного процесса в почке и окружающих тканях является основой минимизации количества послеоперационных осложнений и улучшения отдаленных результатов лечения МКБ.

Диагностика и лечение сочетанных травм почек

Абдуллажанов М.М., Ахмедов Р.Н., Рашидов М.М., Рахимов М.Р., Максумов К.Д., Халилов М.Л.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Диагностика и лечение сочетанных травм почек остается одной из наиболее сложных проблем в ургентной урологии. За последние 10 лет рост числа дорожно-транспортных происшествий, кататравм и бытового травматизма привели к увеличению числа сочетанных травм. В общей структуре травматизма сочетанные повреждения почек в мирное время составляют 3-8%. Частота осложнений у пострадавших с травмами почек достигает 12-84%.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 67 больных, с сочетанными повреждениями почек, которые находились в урологических и в

хирургических отделениях Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в 2001-2010 гг. Больные были в возрасте от 17 до 86 лет (средний возраст 31,6). При анализе результатов лечения учитывали возраст, пол, время обращения больного в стационар, механизм травмы, наличие гематурии, сторону поврежденной почки, находки лучевой диагностики, показания к проведению гемотрансфузии, особенности консервативного и хирургического лечения, количество койко-дней, урологические осложнения, возникшие после проведенных мероприятий, смертность.

Результаты. В результате дорожно-транспортного

происшествия (ДТП) пострадали 10 (14,9%), падения с высоты — 41 (31,3%), получили удар в поясничную область — 14 (20,8%), колото-резаное ранение в поясничную область — 3 (4,4%) пациентов. Макрогематурия при поступлении наблюдалась у 43 (64,1%), микрогематурия — у 18 (26,2%) больных. Больные были разделены на две группы. 1-я группа — 45 (67,1%) больных, у которых проводилась консервативная терапия. Из них 2 (4,4%) пациентов госпитализированы с сочетанными травмами: закрытая черепно-мозговая травма и повреждение грудной клетки без плевральных осложнений. Закрытые черепно-мозговые травмы наблюдались у 19 (42,2%), открытая — у 1. С ушибом головного мозга — 7 (15,5%) больных. Травма опорно-двигательной системы имела место у 15 (33,3%) больных, повреждение грудной клетки — у 2 (4,4%). Всем больным этой группы назначался строгий постельный режим вплоть до исчезновения гематурии, назначались цефалоспорины III поколения (цефтриаксон или цефотаксим), парентерально коллоидные, кристаллоидные растворы. Проводился мониторинг УЗИ и показателей красной части крови: эритроцитов, гемогло-

бина, гематокрита. Сроки пребывания в стационаре в среднем 6,6 дня 22 (32,8%) больным 2-й группы проводилось хирургическое лечение почек. 9 (40,9%) пациентам произведена диагностическая лапароскопия, у 5 из них выявлены повреждения органов брюшной полости. Нефрэктомия выполнена 12 (54,4%) пострадавшим. Органосохраняющие операции на почке выполнены 7 (31,8%) больным. 1 пациенту с повреждением селезенки произведена спленэктомия + органосохраняющая операция на почке лапаротомным доступом. ПХО поясничной области осуществлена 1 больному колотым ранением. У 2 пациентов произведено перкутанное дренирование забрюшинной гематомы. Сроки пребывания больных этой группы — в среднем 13,0 койко-дня.

Выводы. Среди пострадавших с сочетанными повреждениями следует выделять группу с подозрением на травму почек. Выбор оперативного вмешательства, выполняемого на почках у пострадавших с сочетанной травмой, должен определяться исходя из характера выявленного повреждения других органов с учетом доминирующей патологии.

Результаты лечения острого калькулезного холецистита и его осложнений

Абидов У.У., Нажмиддинов Л.М., Арабов Х.У., Рузиев У.У.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в лечении острого холецистита в последние десятилетия, эта проблема не теряет своей актуальности. Широкое внедрение в клиническую практику малоинвазивных методов лечения позволяет пересмотреть тактические подходы в лечении осложненных форм острого холецистита.

Цель исследования — изучение эффективности поэтапного подхода в хирургическом лечении острого калькулезного холецистита и его осложнений.

Материал и методы. В работе представлены результаты лечения 566 пациентов, которым выполнены оперативные вмешательства по поводу острого калькулезного холецистита (ОКХ) в Бухарском филиале РНЦЭМП в 2009 – 2011 гг. Из них женщин было 383 (67,7%), мужчин 39 (32,3%), в возрасте от 22 до 78 лет.

У 155 (27,4%) имели место деструкция желчного пузыря (74, 13%), деструкция желчного пузыря с перитонитом (34, 6%), с холедохолитиазом и механической желтухой (35, 6,2%), с гнойным холангитом (12, 2,2%).

64 (11,3%) больных были старше 60 лет. У 48 (75%) из них ОКХ носил деструктивный характер.

Результаты и обсуждение. На первом этапе у пациентов с ОКХ проводилась традиционная консервативная терапия с целью купирования воспалительного процесса в желчном пузыре. В дальнейшем, не выписывая больных, было произведено 422 (74,5%) лапароскопических холецистэктомии (ЛХЭ), из них с кон-

версией 13 (3%). 144 (25,4%) пациентам выполнены традиционная холецистэктомия (ТХЭ), в том числе у 7 (1,2%) больных по Прибраму. У 9 (1,6%) пациентов ТХЭ завершена дренированием общего желчного протока по Вишневскому, у 14 (2,5%) — по Керу.

У пациентов старше 60 лет ОКХ носил деструктивный (гангрена пузыря) характер (48), причем с перитонитом у 14 (2,4%) и без перитонита у 34 (6%). Всем им выполнена экстренная ТХЭ.

У пациентов с ОКХ с механической желтухой (35) на первом этапе было осуществлено 28 ЭРПХГ с ЭПСТ, в том числе с литоэкстракцией у 18. У 10 из них выполнение первого этапа оказалось успешным с купированием острого воспаления в желчном пузыре и ликвидацией причин механической желтухи. Далее в холодном периоде им выполнена ЛХЭ. При неэффективности первого этапа лечения (при парапапилярном дивертикуле, конкременте более 1,5 – 2 см и т.д.) выполнялась ТХЭ с вмешательствами в общем желчном протоке в экстренном или отсроченном порядке. Летальных исходов не отмечалось.

Закключение. Успешное выполнение первого этапа лечения у пациентов с осложненными формами холецистита дает возможность в последующем оперировать этих пациентов в холодном периоде с использованием малоинвазивных технологий, что более предпочтительно у данного контингента больных, особенно у лиц старше 60 лет.

Осложнения лапароскопической холецистэктомии при остром калькулезном холецистите

Азимов А.А., Маликов Ю.Р., Янгиев Б.А., Юсупов У.У.

Навоийский филиал РНЦЭМП.

В Навоийском филиале РНЦЭМП за последние пять лет (2007-2011 гг.) по поводу острого калькулезного холецистита операции выполнены 353 больным в возрасте от 17 до 75 лет, из них 61 (17,3%) мужчин и 292 (82,7%) женщины. 72,2% операций выполнен с помо-

щью лапароскопии.

Хирургическая тактика в отношении больных острым холециститом зависела от давности заболевания, выявленных осложнений, возраста пациентов, сопутствующей патологии, эффективности проводимой кон-

сервативной терапии. У 107 (42,3%) больных приступ острого холецистита удалось купировать, им выполнено лапароскопическая холецистэктомия в плановом порядке. Экстренные вмешательства произведены у 148 (58,1%) пациентов, причем у 49,1% морфологические изменения носили флегмонозный, у 9% — гангренозный характер. Именно в группе больных с деструктивными формами и наблюдались различного рода осложнения.

В первую очередь следует отметить, что у 21 (8,2%) пациента потребовался переход к традиционной холецистэктомии, причинами которого стали выраженный спаечный процесс в брюшной полости, инфильтрация тканей вокруг желчного пузыря и холедоходуоденальной зоны, а также гангренозные формы острого холецистита с формированием околопузырных абсцессов.

При проведении лапароскопической холецистэктомии осложнения наблюдались у (1,2%) больных де-

структивным острым калькулёзным холециститом. У одного из них возникло кровотечение из ложа желчного пузыря, остановленное путем прошивания ложа через минилапаротомный доступ. У второго больного наблюдалось соскальзывание клипсы из культи коротко иссеченного желчного пузыря. Это осложнение также было устранено во время операции с наружным дренированием холедоха. У одной больной в послеоперационном периоде развилась невыраженная механическая желтуха, по поводу которой больная была направлена в РНЦЭМП, где ей выполнено повторное вмешательство. Во время операции оказалось, что клипсой частично захвачена стенка холедоха. Клипса удалена, наложен гепатикоюноанастомоз по Шалимову с благоприятным исходом.

Таким образом, частота осложнений после лапароскопической холецистэктомии составляет 1,2%. Предупредить неблагоприятный исход может своевременная диагностика и устранение осложнений.

Осложнения после оперативных вмешательств по поводу внематочной беременности

Азимова Л.М., Юлдашев Т.Н., Тураева Ш.А.

Навоийский филиал РНЦЭМП

По данным разных авторов частота послеоперационных осложнений, возникающих после операций по поводу внематочной беременности, колеблется от 2 до 10%.

Цель исследования — анализ и лечение осложнений после оперативных вмешательств по поводу внематочной беременности.

В 2009-2011 гг. в Навоийском филиале РНЦЭМП проведено 198 операций по поводу внематочной беременности, выполненных традиционным методом. В возрасте от 20 до 29 лет было 52 (26%), 30-40 лет — 90 (50%), 41-45 лет — 47 (23%) пациенток.

112 больных в анамнезе имели 1-2 родов, 40 — 1-3 искусственных аборта, у 26 был отягощенный акушерский анамнез (наличие ранее перенесенных операций на органах малого таза), у 20 — первичное или вторичное бесплодие.

Признаки геморрагического шока I и II ст. отмечались у 92 (46%) больных. Кровопотеря от 500 до 1000 мл наблюдалась у 60 женщин (65%), более 1000 мл — у 32 (16%).

Из 198 больных, перенесших оперативное вмешательство путем чревосечения, у 2 на 4-5-е сутки разви-

лась послеоперационная ранняя кишечная непроходимость. У 10 (5,5%) больных наблюдалось нагноение в области раны передней брюшной стенки на 5-6-е сутки после операции, у 2 на 2-е сутки образовалась подпапневротическая гематома в результате недостаточного гемостаза мышц при поперечном надлобковом разрезе.

Ранняя послеоперационная спаечная кишечная непроходимость потребовала повторной хирургической коррекции (иссечение спаек, восстановление проходимости кишечника). При нагноении послеоперационной раны производилась широкая раскрывающая раны, что обеспечивало отток содержимого и в дальнейшем вторичное заживление раны. При подпапневротической гематоме швы на ране распущены, сгустки крови удалены, наложены вторичные швы.

Таким образом, частота послеоперационных осложнений после операций выполненных по поводу внематочной беременности, составила 5%. Причины их технические погрешности во время операции, недостаточная санация брюшной полости и инфицирование операционной раны.

Ретроспективные данные о частоте, характере и тяжести интраоперационных осложнений при эндоскопической хирургии нефролитиаза

Акилов Ф.А., Мухтаров Ш.Т., Гиясов Ш.И., Насыров Ф.Р., Мирхамидов Д.Х., Закиров Х.К.

Республиканский специализированный центр урологии

Эндоскопическое удаление камней из мочевых путей, как правило, позволяет получить те же результаты, что и при выполнении открытых операций, но с меньшей степенью травматизма и риска для пациента. Анализ литературы показывает, что при внедрении новой технологии, особенно эндоскопических вмешательств, частота интра- и послеоперационных осложнений на этапе освоения метода всегда выше, чем в период рутинного их применения.

Цель исследования — ретроспективное изучение на большом клиническом материале частоты, характера и причин интраоперационных осложнений при эндоско-

пической хирургии нефролитиаза и сравнение их с данными периода освоения метода.

Изучены истории болезни 1027 пациентов из них 597 (58,1% мужчин и 430 (41,9%) женщин, оперированных эндоскопическим способом в РСЦУ в период 2008-2010 гг. Средний возраст больных $38,9 \pm 15,6$ (от 4 до 84 лет). У 446 пациентов имелись одиночные камни (43,4%), у 384 (37,4%) — два и более, коралловидные и коралловидные в сочетании с множественными камнями обнаружены у 197 (19,2%). Камни были расположены в ЧЛС у 765 (74,5%) больных, в ЧЛС и мочеточнике — у 262 (25,5%), из них только в мочеточнике — у 202

(19,7%). Размер камней составил $30,3 \pm 0,6$ (от 3 до 150) мм, в том числе расположенных в мочеточнике — $14,4 \pm 0,5$ (от 3 до 55) мм.

У 14 (1,4%) пациентов интраоперационно наблюдали 22 (2,1%) осложнения. У 8 (0,8%) было двойное осложнение. Наряду с повреждением шейки чашечки и внутрипочечных структур, у них отмечалась значимая кровопотеря в объеме от 500 до 1130 мл, 6 (0,6%) больным потребовалось возмещение крови. У остальных 6 пациентов отмечалась перфорация мочеточника (у 1 — верхней трети, у 5 — средней трети). Во всех случаях операция завершена установкой мочеточникового стента.

Анализ осложнений показал, что из 8 (0,8%) пациентов со значимой кровопотерей у 7 были коралловидный нефролитиаз. Перфорацию мочеточника наблюдали только при дроблении камня на месте.

Таким образом, с повышением опыта хирургов-

эндоскопистов (стаж составляет более 20 лет) наблюдается снижение частоты осложнений и необходимости переливания эритроцитарной массы соответственно с 36,4% и 21,2% (до 1997 г.) до 2,1% и 0,6% (к 2010 г.).

Выводы. Частота повреждения внутрипочечных структур и кровотечений, требующих возмещения крови, выше у пациентов с коралловидными и/или множественными камнями почек. Это и обусловлено некорректностью техники выбора зоны доступа к камню через паренхиму почки, особенностями конфигурации камней и продолжительностью вмешательства. Перфорация мочеточника чаще всего происходит при дроблении камня мочеточника в месте его расположения. В настоящее время в РСЦУ частота и тяжесть интраоперационных осложнений наблюдаются достоверно реже, чем в период освоения и внедрения лечебных технологий.

Эндоскопическое лечение ипсилатеральных камней почек и мочеточников

Акилов Ф.А., Мухтаров Ш.Т., Насиров Ф.Р., Закиров Х.К., Гиясов Ш.И., Мирхамидов Д.Х.

Республиканский специализированный центр урологии

Цель — оценка эффективности и безопасности симультанной бездренажной перкутанной нефролитотрипсии в лечении ипсилатеральных камней почек и мочеточников.

Материал и методы. В период с августа 2008 по май 2011 гг. 71 больному выполнена симультанная бездренажная ПKNЛТ ипсилатеральных (расположенных на одной стороне) камней мочеточников и почек. Этот объем вмешательства использовался только у пациентов не имеющих ИМТ, на фоне сохраненной функции почки.

Методика одномоментного удаления камней из почки и мочеточника состояла из 2-х этапов: I этап — удаление камня из мочеточника или перемещение камня из мочеточника в почку, II этап — удаление камня или камней почки через нефростомический доступ.

У 43 (60,7%) больных камни располагались в одной чашечке и мочеточнике, у 24 (33,8%) — в лоханке и мочеточнике, у 4 (5,5%) — в лоханке, в одной чашечке и в мочеточнике. Размеры камней почек (чашечек и лоханке) колебались от 2,0 до 2,8 см ($2,4 \pm 0,6$ см), размеры камней мочеточника — от 0,8 до 1,4 см ($1,0 \pm 0,5$ см).

Результаты лечения оценивали по полноте избавления, продолжительности операции, длительность пребывания больного в стационаре, частоте осложнений, потере крови, потребности в переливании крови и необходимости дополнительных вмешательств.

Результаты. Всех больные были полностью избавлены от камней. Средняя продолжительность операции составила $76,3 \pm 6,5$ мин. Среднее пребывание больного в стационаре $2,1 \pm 0,8$ койко-дня (от 1 до 5 дней). Осложнения в виде пролонгированной гематурии наблюдались у 2 (2,8) пациентов. Объем кровопотери при этом не превышала 100 мл. Потребности в возмещении кровопотери не было. Из-за отсутствия резидуальных камней и других грозных осложнений никто из пациентов не нуждался в дополнительных вмешательствах.

Выводы. Симультанная бездренажная перкутанная нефролитотрипсия является доступным и эффективным методом лечения ипсилатеральных камней почек и мочеточников, который позволяет полностью избавить пациента от камней, исключает необходимость повторной анестезии, психологического стресса, связанного с неоднократным вмешательством.

Проблемы диагностики и лечения хронического колостаз у детей

Акилов Х.А., Ходжимухамедова Н.А., Саидов Ф.Х.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

По данным американской академии педиатрии, запоры с каломазанием или без него наблюдаются у 3% дошкольников и у 1-2% школьников (Arbog A., 1997). По мнению L.Dito (2002), жалобы на запоры предъявляют 3% детей обратившихся к врачу педиатру, и 25% — к гастроэнтерологу. A.K.Leung и соавт. (1996) оценивают частоту запоров среди всего детского населения в 5-10%.

В подавляющем большинстве случаев, а это десятки тысяч больных, причина нарушения дефекации не может быть установлена определенно, так как этого не позволяет сделать уровень современных знаний об этой проблеме, поэтому обычно ставится диагноз функционального или идиопатического запора.

Долихосигма — одно из наиболее часто встречающихся заболеваний толстой кишки у детей — пограничное состояние между нормой и патологией толстой кишки. Частота встречаемости ее колеблется от 1:500 до 1:2000. Однако, по данным литературы, данная аномалия встречается чаще, достигая в популяции 27,6%.

В РНЦЭМП в 2006-2012 гг. на лечении находились 35 детей в возрасте от 6 месяцев до 12 лет с хроническим колостазом, из них 16 девочек и 19 мальчиков. Все пациенты поступили с клиникой острого живота: острая кишечная непроходимость, заворот толстой кишки, перфорация толстой кишки, кишечная колика. В возрасте до 1 года было 2 ребенка, от 1 до 7 лет — 21, старше 7 лет — 12.

Все больные обследованы согласно стандартам экстренной медицины. У 23 (65,7%) ребенка диагностирована долихосигма, у 9 (25,7%) – долихоколон, у 3 (8,6%) – болезнь Гиршпрунга.

9 (25,7%) детей были оперированы по экстренным показаниям: с заворотом толстой кишки – 7, с болезнью Гиршпрунга, осложненной перфорацией толстой кишки и разлитым каловым перитонитом – 1, с болезнью Гиршпрунга, осложненной острой кишечной непроходимостью, – 1. Двум пациентам наложена одностольная колостома. У 1 ребенка через 6 месяцев после операции брюшно-анальной резекции толстой кишки по поводу болезни Гиршпрунга ректальной формы наступил стеноз области анастомоза (рецидив). У остальных 26 больных удалось консервативным путем разрешить клинику острой кишечной непроходимости или кишечной колики. Дети были

выписаны на дальнейшее лечение в плановом порядке у хирурга или гастроэнтеролога в зависимости от тяжести и компенсации хронического колостаз.

Необходимо отметить, что до обращения в РНЦЭМП ни у одного из этих детей ранее не было диагностировано заболевание толстой кишки. Они от нескольких месяцев до нескольких лет они наблюдались в поликлиниках у гастроэнтеролога, принимали слабительные средства, применяли очистительные клизмы. В детской хирургии необходимость лечения хронических запоров продолжает вызывать споры. До настоящего времени не разработаны четкие показания к оперативному лечению. Не выбран оптимальный его метод, позволяющий исключить неудовлетворительные результаты. Поэтому в хирургические стационары чаще попадают дети с осложненными формами заболевания.

Видеолапароскопия при дислокациях ВМС в брюшную полость

Акопджанов Н.С., Олимова Х.О., Тожидинова К.А., Холдорова З.М., Жураева Х.Ю.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Сегодня с целью профилактики нежелательной беременности у женщин фертильного возраста используется множество методов контрацепции, начиная от различных спермацидов и введения внутриматочных спиралей (ВМС) и заканчивая хирургической стерилизацией. Использование ВМС иногда может привести к усилению менструальных болей и выделений, развитию воспалительных процессов в эндометрии, перфорации матки.

Перфорация матки – потенциально опасное, но редкое осложнение. Его частота при использовании современных ВМС составляет от 0.04 до 1.2% и в значительной степени зависит от типа и формы ВМС, техники введения, положения, анатомических особенностей матки, а также от опыта врача.

Материал и методы. В отделении экстренной гинекологии ФФ РНЦЭМП в 2009 – 2011 гг. оперированы 25 женщины с частичной или полной дислокацией ВМС в брюшную полость, при чем у 23 (92%) из них операция начиналась с диагностической лапароскопии, а у 2 (8%) больных сразу была проведена лапаротомия. Сроки обращения в центр – от 1 недели до 3-4-х месяцев с момента введения ВМС. Основными клиническими жалобами были боли в нижних отделах живота, кровянистые выделения из половых путей, повышение температуры тела до субфебрильных цифр.

Для удаления ВМС из брюшной полости использовали малотравматичный лапароскопический метод. Вмешательство начинали с диагностической лапароскопии, оценивали в каждом случае локализацию ВМС, состояние матки, диаметр перфорационного отверстия, наличие продолжающегося кровотечения, наличие или отсутствие повреждений близлежащих органов, в частности петель кишечника, мочевого пузыря. Все оперированные больные, поступившие с перфорацией матки были разделены на две группы: 1-я – 19 (76%) больных, у которых операция проводилась только лапароскопическим путем; 2-я – 6 (24%) больных, у которых при диагностической лапароскопии выявлены участки повреждения петель кишечника, массивный спаечный процесс органов малого таза с вовлечением петель кишечника, что затрудняло дальнейшую ревизию органов брюшной полости и

малого таза и потребовало перехода на конверсию, а также больные, которым сразу производилась лапаротомия. В 1-й группы при проведения диагностической лапароскопии у 7 (36,8%) пациенток выявлена частичная, у 12 (63,2%) – полная дислокация ВМС в брюшную полость. В случаях частичной миграции ВМС само перфоративное отверстие стенки матки в диаметре не превышало 3-5 мм, в связи с чем его ушивание и пластика не производились, а операция заканчивалась только удалением ВМС из стенки матки. После этого с целью предупреждения кровотечения внутривенно вводились утеротоники, при необходимости данный этап дополнялся диатермокоагуляцией места перфорации. В случаях полной дислокации ВМС в брюшную полость имело место образование инфильтрата с вовлечением петель кишечника, стенки мочевого пузыря, жировых подвесок сигмовидной кишки с образованием абсцессов брюшной полости. При этом выполнялась мобилизация инфильтрата, разделение спаек, вскрытие и санация полости абсцесса, удаление ВМС, тщательной санацией малого таза и брюшной полости антисептиками с последующим дренированием малого таза. У 1 (16,6%) больной 2-й группы во время проведения лапароскопии выявлен более обширный дефект стенки матки с признаками продолжающегося кровотечения, в результате этап операции завершился лапаротомией и ампутацией матки. У 2 (33,3%) женщин обнаружена перфорация петель тонкого и толстого кишечника, в результате чего произведена лапаротомия, ушивание дефектов кишечника по общехирургической методике. У 1 (16,6%) больной выявлен массивный спаечный процесс органов малого таза. 2 (33,3%) пациенткам произведена лапаротомия, при этом повреждений органов брюшной полости не выявлено, операция завершена удалением ВМС с последующей санацией брюшной полости и малого таза.

Всем больным до и после операции назначалась комплексная антибактериальная, противовоспалительная терапия, санация малого таза антисептиками через контрольный дренаж. Послеоперационный период у всех больных протекал гладко, больные 1-й группы оставались в стационаре 4,0, 2-й – 6,0 дней.

Накопленный опыт показал, что использование лапароскопического способа имеет высокую диагностическую ценность, приводит к значительному снижению количества интра- и послеоперационных

осложнений, позволяет избежать напрасных лапаротомий, облегчает состояние больных в послеоперационном периоде, существенно сокращает сроки реабилитации.

Наш опыт применения видеолапароскопии в условиях экстренной гинекологии

Акопджанов Н.С., Олимова Х.О., Жураева Х.Ю., Холдорова З.М.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Развитие диагностической и оперативной лапароскопии в гинекологической практике привело к тому, что в настоящее время лапароскопическим методом проводятся практически все известные гинекологические операции. Внедрение лапароскопических технологий позволило существенно изменить лечебную и диагностическую тактику при многих видах экстренной гинекологической патологии.

В 2009-2011 гг. в отделении экстренной гинекологии ФФ РНЦЭМП оперированы 1063 больных с внутрибрюшной патологией. 261 (24,5%) из них произведены лапароскопические операции, 53 (4,9%) — диагностические лапароскопии и 749 (70,5%) — лапаротомные операции.

Лапароскопические вмешательства в большинстве случаев выполнялись как в связи с наличием внутрибрюшного кровотечения в результате прервавшейся эктопической беременности, апоплексии яичника, перфорации кист яичника, так и с наличием пельвиоперитонита в результате гнойных воспалительных заболеваний придатков. Диагностическая лапароскопия проводилась в случаях трудности дифференциальной диагностики между острыми хирургическими и острыми гинекологическими заболеваниями. Лапаротомным доступом оперированы больные, поступающие в состоянии геморрагического шока с выраженными нарушениями гемодинамических показателей, с массивным спаечным процессом на фоне острых гнойных заболеваний органов малого таза, выявленных при диагностической лапароскопии.

По поводу прервавшейся эктопической беременности произведена 361 (34%) операция, лапароскопия применялась у 92 (25,5%) больных. Объем оперативного вмешательства решался во время проведения лапароскопии и зависел от состояния маточной трубы. В ситуациях, когда плодное яйцо расположено в ампулярном отделе маточной трубы, размер плодного яйца не превышал 15-20 мм, при отсутствии имбибиции тканей и надежде и необходимости сохранения генеративной функции, производилась сальпингэктомия с удалением плодного яйца, санация и гемостаз маточной трубы — 10 (1,1%). В противном случае производилась сальпингэктомия — 82 (89,1%) больным.

По поводу апоплексии яичника произведена 31 (2,9%) операция, лапароскопическим способом оперированы 15 (48,4%) больных. Объем оперативного вме-

шательства в основном ограничивался гемостазом перфорационного отверстия.

При кистах яичников, осложненных перфорацией, перекутом произведено 339 (32%) операций, лапароскопия применена у 117 (34,5%) больных. При перфорациях кист яичника объем оперативного вмешательства заключался либо в кистэктомии — 24 (20,5%), либо резекции кистозно измененного яичника в пределах здоровой ткани с полной энуклеацией кистозной оболочки — 46 (39,3%).

При перекуте ножки кисты или кистомы яичника объем оперативного вмешательства заключался в сальпингоовариоэктомии — 47 (40,2%). Значительное место занимают операции, выполняемые при гнойных воспалительных заболеваниях придатков, осложнившихся развитием пельвиоперитонита. Всего оперирована 101 (9,5 %) больная, лапароскопия применена у 18 (17,8%) больных. При гнойном сальпингите объем лапароскопического вмешательства у 11 (61%) пациенток ограничивался рассечением спаек, санацией и дренированием малого таза. При наличии перфоративных пиосальпингсов или пиовара, производилась лапароскопическая сальпингэктомия — 5 (27,8%) случаях или овариоэктомия — 2 (11,1%). При дислокациях ВМС в брюшную полость произведено 28 (2,6%) операций, из них лапароскопическое удаление ВМС у 19 (67,9%) без повреждения органов брюшной полости, в противном случае производилась конверсия.

Низкий удельный вес таких операций обусловлен экстренным профилем работы нашего центра. Послеоперационный период у всех больных, перенесших лапароскопическую операцию протекал гладко, количество койко-дней в среднем составил 4,2.

Выводы. 1. Видеолапароскопия в условиях экстренной гинекологии у большинства больных дает возможность осуществить операцию в полном объеме эндохирургическим методом. 2. Применение оперативной и диагностической лапароскопии в условиях экстренной гинекологии имеет высокую диагностическую и лечебную ценность, приводит к значительному снижению количества интра- и послеоперационных осложнений, облегчает состояние больных в послеоперационном периоде, существенно снижает сроки реабилитации. 3. Диагностическая и оперативная лапароскопия позволяет избежать напрасных лапаротомий, особенно у женщин репродуктивного возраста.

Профилактика мочевого перитонита при внутрибрюшинных повреждениях мочевыделительных органов

Аллазов С.А., Ахмедов Ю.М., Ишанкулов А.М., Абдуллаев Б.А., Кодиров С.К., Останакулов И.Н.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Неотложная диагностика и оказание своевременной помощи при внутрибрюшинных повреждениях органов мочеполовой системы имеют свои особенности.

Под нашим наблюдением в экстренном урологическом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП за последние 20 лет были 38 больных с внутрибрюшин-

ными повреждениями внутренних органов, из них 24 женщины и 14 мужчин в возрасте от 14 до 76 лет.

У 9 женщин повреждение мочеточников на уровне нижней трети произошло во время гинекологических операций, у 4-при акушерских вмешательствах. У 1 больного повреждение мочевого пузыря произошло во время хирургической операции по поводу опухоли кишечника, а у 4-женщин при гинекологических и у 3 – во время акушерских операций. Закрытые внутрибрюшинные повреждения мочевого пузыря у 9 больных отмечались вследствие тупой травмы.

Внутрибрюшинные повреждения мочеточников обычно являются ятрогенными и чаще всего происходили при экстирпации матки (3), надвлагалищной ампутации матки (4), удалении матки больших размеров (2) и кесаревым сечении (2).

По литературным данным (Кан Д.В., 1986), повреждение мочеточников при кесаревом сечении происходит редко и может случиться во время извлечения плода после разреза в нижнем маточном сегменте, что имело место у 2 наших пациенток. У 3 больных имелось сочетание перевязки мочеточника на одной стороне и внутрибрюшинное повреждение – на другой.

Внутрибрюшинные повреждения мочевого пузыря обычно происходят вследствие закрытой травмы при переполненном мочевом пузыре. У 5 из 9 больных они сопровождались переломами тазовых костей. У 1 нашего больного 74 лет спонтанный внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря произошел дважды с интервалом в один год после падения в состоянии алкогольного опьянения при переполненном мочевом пузыре, обусловленном аденомой предстательной железы.

Повреждения мочеточника или мочевого пузыря установлены в первые часы после повреждения у 18 больных, через 24-48 — у 12. Диагностика осуществлялась обычными клиническими, инструментальными (катетеризация мочевого пузыря, мочеточника, цистоскопия), рентгенологическими (экскреторная пиелоуретрография, ретроградная уретеропиелография, компьютерная томография) исследованиями. На наш взгляд, много достоверных и точных сведений можно получить с помощью неинвазивного ультразвукового метода исследования.

В клинической картине у больных доминировали явления перитонита.

Лечение наших больных в основном было оперативным (26) и состояло из лапаротомии, ушивания и восстановления целостности органов мочевых путей с их дренированием, а также брюшной полости.

В последнее время с успехом начали применять озонотерапию во время операции и в послеоперационном периоде.

3 пациенток с внутрибрюшинным пристеночным повреждением мочеточника во время акушерско-гинекологической операции и ограниченным перитонитом (моча из брюшной полости выделялась через дренажную трубку), лечили консервативно путём катетеризации повреждённого мочеточника выше травмированной части. Больные выздоровели.

Таким образом, своевременная диагностика и активное дифференцированное хирургическое, а также инструментально-консервативное вмешательство и применение интра- и послеоперационной озонотерапии обеспечивает благоприятный исход внутрибрюшинных повреждений верхних и нижних мочевых путей.

Профилактика нарушений азотовыделительной функции почек при ожоговой болезни

Аллазов С.А., Шокиров Б., Шодмонова З.Б., Бобокулов Н.А.

Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самаркандский государственный медицинский институт

Нарушение азотовыделительной функции почек определяет тяжесть состояния больных и течение у них ожоговой болезни.

Работа основана на лечении 66 обожженных больных с различной степени тяжести в ожоговом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП за последние 3 года. В возрасте от 14 до 20 лет было 12 больных, от 21 до 30 лет – 13, от 31 до 40 лет – 21, от 41-50 лет - 16, от 51 – 60 лет - 8, старше 60 лет – 6. Женщин было – 36, мужчин – 30. У больных с глубокими ожогами более 10% поверхности тела в различные стадии ожоговой болезни изучены азотистый баланс, общий азот мочи, мочевины и аминный азот мочи, азот раневого отделяемого, остаточный азот и мочевины сыворотки крови.

Для ожогового шока характерна выраженная каталитическая реакция с одновременным резким снижением выделительной функции почек. Это проявлялось снижением общего азота мочи, увеличением остаточного азота сыворотки крови. Азотистый баланс в этом периоде был отрицательным.

В стадии ожоговой токсемии происходит уменьшение периферического спазма капилляров, что обуславливает увеличение всасываемости продуктов распада из места поражения и является одной из причин нарастания интоксикации. Большая нагрузка ложится

на почки, особенно в случае струпообразования, когда основным местом экскреции продуктов метаболизма является выделительная система организма, поэтому не случайно отрицательный азотистый баланс достигает максимума именно в этой стадии ожоговой болезни, а азотемия имеет тенденцию к снижению.

Период ожоговой септикотоксемии сопровождается расплавлением струпов и появлением гранулирующих гнойных ран. В этих условиях происходит быстрое истощение больного в результате нерегулируемых потерь белка и других азотистых веществ с поверхности ран. Отмечается снижение экскреции общего азота мочи, за счёт чего азотистый баланс нередко становится положительным.

Длительное течение раневого процесса, отсутствие полноценного адекватного питания могут повлечь за собой развитие ожогового истощения, которое, наряду с другими изменениями, сопровождается глубоким угнетением ферментных систем. Признаками этого являются снижение мочевинообразования и повышение экскреции аминного азота с мочой.

Выводы. Выявлены закономерности в изменении некоторых показателей азотистого обмена при ожоговой болезни, коррелирующие с ее стадиями. Это позволяет дифференцировать показания к парентеральному питанию и его объём: в стадии ожогового шока

оно не показано, в стадии токсемии количество пластических материалов обратно пропорционально уровню остаточного азота сыворотки крови и должно

включать преимущественно растворы кристаллических аминокислот, в стадии септикотоксемии парентеральное питание должно быть максимально активным.

Влияние отравления пестицидами на течение острых мочеполовых инфекций

Аллазов С.А.

Самаркандский государственный медицинский институт

Согласно последним научным данным, репродуктивная функция и половое развитие мужчин резко ухудшается под воздействием агрессивных факторов внешней среды, особенно в условиях аридной зоны (Каримов Х.Я. и др., 2007).

Исследования, проведенные в рамках программы Государственного мониторинга окружающей природной среды в Узбекистане, показали, что загрязнение подземных вод в низовьях рек Амударья и Заравшана носит региональный характер и зависит от воздействия химических факторов внешней среды (Мониторинг окружающей природной среды. Ташкент, 2005.; Абдуалиев А.А. и др., 2011.; Нурузова З.А., Ёдгорова Н.Т., 2011). Очень показательны следующие данные: в 60-е годы XX столетия, согласно нормам ВОЗ, нижняя граница нормальной концентрации сперматозоидов в 1 мл семенной жидкости составляла 60 млн, в 1983 году — 40 млн, к 1992 году этот показатель снизился до 20 млн/мл. По единому мнению одним из факторов, оказывающих повреждающее действие на показатели спермограммы, являются химические вещества, которые стали интенсивно применяться в народном хозяйстве для борьбы с вредителями сельскохозяйственных культур (Каримов Х.Я. и др., 2007).

В условиях Самаркандского региона с аридным климатом, как и в республике, вместо таких хлор- и фосфорорганических пестицидов, как гексахлоран, метилмеркаптофос и бутифос, в последнее время чаще стали применять менее токсичные цимбуш, морел, хлорат магния энтостар и др. (Исламов Ш.Э., 1999; Янкина Н.А., 2000; Бойко К.Б. и др., 2011). Остатки этих пестицидов в малых дозах в природных условиях нашего региона сохраняются до сих пор (Егорычев В.Е., 2000; Камилов Х.П. и др., 2011).

Цель работы — изучение частоты инфекционно-воспалительных заболеваний мочеполовых органов среди населения Самаркандского региона в условиях применения пестицидов.

Медицинскому осмотру были подвергнуты 1270 человек. Установлена более частая заболеваемость этой патологией людей, имеющих контакт с пестицидами (7,9-12,5%), что было подтверждено в экспериментах на 182 кроликах и 55 крысах. Было изучено распространение инфекционно — воспалительных заболеваний яичек и их придатков (орхит, орхоэпидидимит, эпидидимоорхит, эпидидимит) у 205 больных в условиях применения пестицидов. Из районов с высоким риском воздействия на организм пестицидов

наблюдали большую обращаемость, причем среди обратившихся преобладали лица с тяжёлыми формами. Так, 46 (22,4%) из них являются жителями районов, где население не о контакта с пестицидами (жители города и животноводческих районов — 1-я гр.). 63 (30,7%) пациента поступили из районов, где население имело не прямой контакт (жители хлопководческих и овощеводческих районов — 2-я гр.) и 96 (46,8%) — из районов, где население имело прямой контакт с пестицидами при работе в сельском хозяйстве — 3-я гр. Самые резкие изменения количества и состояния сперматозоидов на спермограммах имели больные 2-й и 3-й групп.

Из 205 больных с воспалительными заболеваниями яичек 24 страдали одновременно хроническим алкоголизмом. Именно в группе больных с хроническим алкоголизмом отмечалось тяжёлое течение воспалительного процесса в яичках с частыми осложнениями (нагноение, сморщивание и др.) (34%) чем. В группах алкоголиков и курящих при гистологическом исследовании яичка определялась атрофия клеток Лейдига и извитых семенных канальцев, уменьшалось содержание зрелых, подвижных и нормальных форм сперматозоидов.

При обнаружении во внутренней среде больных (кровь, моча, сок простаты и семенная жидкость) пестицидов и иммунодефицита в комплекс лечения основной патологии включали антитоксические и иммуностимуляторы. Были разработаны оптимальные схемы антитоксической и иммунологической коррекции: при хронической интоксикации хлорорганическими пестицидами: фосфобион (5 мг/кг в/м), хромосмон (0,25 мг/кг, в/в), иммуностимулятор (продигиозан 0,005%-0,2 мл, в/м); при хроническом воздействии фосфорорганическими ядохимикатами: атропин (2 мг/кг, в/м), оксимы (дипироксим-5 мг/кг, в/м), иммуностимулятор (продигиозан 0,005% -0,2 мл, в/м). Апробация указанных схем в эксперименте на 34 кроликах и 16 крысах показала, что даже при отравлении их десятикратно предельно допустимой дозой ядохимикатами основной патологический процесс в яичках протекал в более легкой форме, отмечалась более быстрая утилизация яда из организма.

Вывод. Анализ литературных и собственных данных свидетельствует о токсическом действии химических факторов и вредных привычек на состояние репродуктивных органов, что отрицательно отражается на половом развитии человека.

Результаты хирургического лечения внутрибрюшных осложнений после холецистэктомии

Алтыев Б.К., Хаджибаев Ф.А., Атаджанов Ш.К., Рахимов О.У.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В РНЦЭМП в 2001-2011 гг. произведено 8458 холецистэктомий. В послеоперационном периоде у 61 (0,7%) больного отмечались различные внутрибрюш-

ные осложнения. За изучаемый период на лечении находились всего 158 больных с различными внутрибрюшными осложнениями после холецистэктомии, из

них 97 ранее были оперированы в разных стационарах нашей республики. Традиционная холецистэктомия была выполнена у 103 (65,2%) больных, холецистэктомия из минилапаротомного доступа – у 9 (5,7%), лапароскопическая холецистэктомия – у 46 (29,1%).

В послеоперационном периоде желчеистечения по дренажу из брюшной полости наблюдались у 42 (26,6%) пациентов, внутрибрюшные кровотечения – у 8 (5%), подпеченочные абсцессы – у 22 (14%), интраоперационное повреждение внепеченочных желчных протоков – у 86 (54,4%).

У 42 из 51 больного, которым в послеоперационном периоде произведены миниинвазивные вмешательства (МИВ) с желчеистечением в раннем послеоперационном периоде была выполнена ЭРПХГ. У 22 (52,4%) пациентов причиной желчеистечения явилась желчная гипертензия, обусловленная наличием конкрементов (блока) в холедохе. У этих больных после ЭПСТ с литоэкстракцией желчные свищи закрылись самостоятельно. У 8 (19%) больных выявлена недостаточность культы пузырного протока, после консервативной терапии желчеистечение прекратилось самостоятельно. У 7 (16,7%) больных после РПХГ и ЭПСТ произведена релапароскопия и дополнительное клипирование культы пузырного протока с санацией и дренированием брюшной полости. У 6 больных с подпеченочным абсцессом и у 2 - с гематомой ложа желчного пузыря произведена лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости. 6 больным выполнены повторное дренирование полости абсцесса под контролем УЗИ (4) и КТ (2).

Всего у 107 больных выполнены повторные операции. В 5 случаях оперированы по поводу желчеистече-

ния, в 10 случаях по поводу абсцесса подпеченочной области, в 6 случаях по поводу внутрибрюшного кровотечения и у 86 больных с интраоперационными повреждениями внепеченочных желчных протоков. Из оперированных по поводу интраоперационных повреждений внепеченочных желчных протоков пассаж желчи в кишечник был восстановлен швом на Т-образном дренаже между поврежденными концами гепатикохоледоха у 9 (10,5%) больных. У остальных 77 (89,5%) пациентов выполнены различные варианты билиодигестивных анастомозов: холедоходуоденоанастомоз применен у 16 пациентов, гепатикодуоденоанастомоз – у 13, гепатикоэнтеро- и бигепатикоэнтероанастомоз на выключенной петле по Ру – у 22, гепатикоэнтероанастомоз с межкишечным Брауновским анастомозом – у 26.

Летальный исход отмечен у 11 (10,3%) больных. Причиной смерти были несостоятельность швов анастомоза и перитонит (5), кровотечение из острых язв желудка (1), печеночно-почечная недостаточность на фоне тяжелой интоксикации при гнойном холангите (4) и истощение при дуоденальном свище (1).

Таким образом, выбор способа хирургической коррекции послеоперационных осложнений после холецистэктомии определяется в зависимости от вида осложнения, уровня и протяженности поражения внепеченочных желчных протоков. У 51 (32,3%) больных с внутрибрюшными осложнениями после холецистэктомии выполнены миниинвазивные вмешательства, а у 107 (67,7%) больных выполнены релапаротомии, реконструктивные и восстановительные операции. Послеоперационная летальность составила 10,3%.

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия при дивертикулах папиллярной области двенадцатиперстной кишки

Алтыев Б.К., Хакимов Б.Б., Хожибоев А.М., Хашимов М.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Исследование проведено у 1678 больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), осложненной холедохолитиазом (ХЛ) и механической желтухой (МХ), находившихся на лечении в отделе экстренной хирургии РНЦЭМП в 2002-2011 гг.

При проведении гастродуоденоскопии у 165 (9,8%) больных обнаружены дивертикулы в области большого дуоденального сосочка (БДС). Мужчин было 68 (41,2%), женщин – 97 (58,8%), средней возраст 62,3 года. Парафатеральные дивертикулы БДС (располагавшиеся вблизи БДС) обнаружены у 39 (25,5%) больных, перипапиллярные (локализованные в самом дивертикуле) – у 114 (74,5%). У 112 пациентов БДС определялся глубоко в полости дивертикула, у 2 больных – между двумя дивертикулами.

Признаки дивертикулита в виде гиперемии слизистой, наложений фибрина и наличия отделяемого наблюдались у 65 (42,5%) пациентов.

При эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ) холедохолитиаз диагностирован у 108 (65,6%) больных, стеноз БДС – у 25 (15,1%), сочетание холедохолитиаза и стеноза БДС – у 11 (6,6%). У 5 (3,0%) пациентов патологии со стороны желчевыводящих путей не выявлено. У 15 (9,7%) больных из-за невозможности канюляции БДС и холедоха ЭРПХГ провести не удалось.

У 122 больных (81,9%) выполнили одномоментную эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) с одновременной стандартной литоэкстракцией (СЛЭ). У 20 (13,5%) больных ЭПСТ осуществили в 2 этапа с интервалами в 3-4 дня с последующей СЛЭ. У 7 (4,6%) пациентов с расположением БДС глубоко в полости дивертикула ЭПСТ не проводили. У этих больных в дальнейшем патологию холедоха корректировали открытой лапаротомией.

Различные осложнения при ЭПСТ отмечались у 16 (10,4%) пациентов: кровотечение из края папиллотомического разреза у 4, острый панкреатит у 5, тяжелое течение холангита у 6, у 1 больного литотрипсия осложнилась вклиниванием корзинки литотриптора с захваченным камнем в терминальном отделе холедоха.

Хирургическому лечению подвергли 7 больных без ЭПСТ из-за высокого риска перфорации двенадцатиперстной кишки и 1 вклинивания корзинки Dormia с захваченным камнем.

Таким образом, дивертикулы папиллярной области двенадцатиперстной кишки встречаются у 10,9% больных с ЖКБ, осложненной ХЛ и МХ. У пациентов с высокой вероятностью осложнений наиболее рациональным эндоскопическим вмешательством на БДС оказалось применение парциального ЭПСТ с стандартной литоэкстракцией.

Открытые и закрытые повреждения кишечника при сочетанной абдоминальной травме

Аминов У.Х., Карабаев Х.К., Мустафакулов И.Б., Тагаев К.Р., Махмудов Ф.Ч., Норов М.Ч.
Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самаркандский государственный медицинский институт

Травмы живота с повреждением кишечника сопровождается летальностью в 20 - 70% (Урман М.Г., 2003). Диагностика проникающих колото-резаных и огнестрельных ранений живота обычно не вызывает затруднений. При закрытых повреждениях органов брюшной полости и особенно сочетанной травме постановка правильного диагноза представляет значительные трудности.

Цель работы – разработка оптимальной тактики диагностики и лечения повреждений кишечника.

Материал и методы. В 2001 – 2011 гг. в Самаркандском филиале РНЦЭМП оперированы 265 больных с различными повреждениями кишечника. Мужчин было 207 (78,1%), женщин – 58 (21,9%). У 145 (54,7%) больных имелось повреждение тонкой и толстой кишки, у 120 (45,3%) повреждения кишечника сочетались с травмой других органов брюшной полости.

Результаты. Правильный дооперационный диагноз повреждения кишечника или сочетанных повреждений кишечника и других органов брюшной полости был установлен у 207 (78,1%) пациентов. В сомнительных случаях широко пользовались лапароцентезом и лапароскопией, чувствительность которой составила 95-97%. Всех больных с повреждениями живота обязательно госпитализировали.

Предоперационная подготовка должна быть кратковременной (не более 1-2 ч) и интенсивной. У тяжелых больных с разлитым перитонитом она может продолжаться до 4-6 часов и должна быть направлена на восстановление макро- и микрогемодинамики. Однако при сочетанных повреждениях кишечника и печени или селезенки операция оказывается наиболее эффективной.

методом борьбы с шоком и перитонитом. Оперировали под комбинированной анестезией с искусственной вентиляцией легких. Методом выбора считаем срединную лапаротомию. После лапаротомии особое внимание уделяем исследованию органов брюшной полости проводя его в определенной последовательности. При наличии крови в брюшной полости в первую очередь находили источник кровотечения и останавливали его. Чаще всего повреждение кишки обнаруживали сразу. У 147 (55,5%) больных повреждения тонкой кишки были множественными, поэтому хирурги не должны удовлетворяться находкой одного повреждения и тщательно осмотреть весь кишечник.

Ушивание места разрыва тонкой кишки выполнено у 236 (89,1%) пациентов. Резекция поврежденного участка кишечника протяженностью от 30 см до 90 см осуществлена у 29 (10,9%) пострадавших. На заключительном этапе операции проводили тщательный туалет брюшной полости и назоинтестинальную интубацию кишечника. Дренажи оставляли по показаниям. В послеоперационном периоде основное внимание уделяли профилактике и лечению перитонита.

Летальность составила 10,9% (29 б-х). Причиной смерти были множественные и сочетанные повреждения (черепа, груди), прогрессирующий перитонит в связи с поздним обращением и поздно начатым лечением, а также пневмония.

Выводы. Постоянный ретроспективный анализ результатов лечения, аутопсии и судебно-медицинских экспертиз позволит снизить летальность при травмах живота с повреждением кишечника.

Травматические повреждения двенадцатиперстной кишки

Аминов У.Х., Носиров А.Б., Жулбеков К.И., Карабаев Х.К.,
Мустафакулов И.Б., Аллабердиев Н.А., Карабаев Б.Х.

Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самаркандский государственный медицинский институт

Диагностика и лечение повреждений двенадцатиперстной кишки (ДПК) остаётся одной из наиболее сложных, до конца нерешенных проблем неотложной хирургии. При изолированных травмах ДПК летальность составляет 11,8-30,5%, а при сочетанных 46,6-80,0% (Климович В.В. и др., 2005). В случаях развития забрюшинной флегмоны летальность может достигать 100%. Наибольшие затруднения при своевременной постановке диагноза отмечаются при повреждениях забрюшинной части ДПК, которые не диагностируются у 10-30% пострадавших (Криворучко И.А. и др., 2003).

Цель исследования — улучшение результатов лечения повреждений двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы. Под наблюдением были 26 больных с закрытыми повреждениями (87,5%) и ранениями (12,5%) ДПК, находившиеся на лечении в Самаркандском филиале РНЦЭМП в 2000 - 2011 гг.

В первые 6 часов с момента травмы в стационар поступил 21 (80,7%) пациент, позже 24 часов - 2 (11,1%). Изолированной травма оказалась у 6 (23,0%). На долю сочетанных и множественных травм, которые чаще выявлялись при ранениях ДПК, что влияло

на степень тяжести данного вида повреждений, пришлось 77%. Повреждения ДПК сочетались с травмой поджелудочной железы у 6 (23,3%), печени — у 7 (26,9%), желчного пузыря — у 4 (15,4%), тонкого кишечника — у 2 (7,7%), желудка — у 1 (3,8%). Повреждения нисходящего отдела ДПК выявлены у 19 (73,0%), нижнегоризонтальной части — у 5 (19,2%) случаях, верхнегоризонтальной части ДПК — у 2 (7,7%) больных.

В состоянии шока поступили 11 (42,5%) пациентов, из них I степени у 3, II степени — у 5, III степени — у 2, в терминальном состоянии был доставлен 1 пострадавший.

Результаты. У 6 пациентов с травмой и ранениями ДПК ограничились наложением первичного шва. У 8 пациентов первичный шов ДПК дополняли холецистостомией и дренированием сальниковой сумки, трансназально устанавливали декомпрессивный зонд в ДПК для активной аспирации и проводили за связку Трейтца интестинальный зонд для питания. При повреждениях более половины окружности ДПК у 2 больных первичный шов дополнялся простой дивертикулизацией ДПК, у 4 — дивертикулизация ДПК произведена по Доновану-Хагену (антрумэктомия, стро-

ловая ваготомия, гастроэнтероанастомоз на длинной петле, холецистостома). При гематомах ДПК (2) ограничивались эвакуацией гематомы с последующим дренированием забрюшинной клетчатки. У 6 больных на поврежденный участок ДПК был наложен дуодено-юноанастомоз на длинной петле с браунским соустьем с использованием проленовых атравматических нитей, трансназально установлен декомпрессивный зонд в ДПК для активной аспирации.

В послеоперационном периоде назначали гастроцепин, циметидин, ранитидин, квамател, омез, цефепим+метронидазол, меропем, цефоперазон/сульбактам.

Осложнения после хирургического лечения возникли у 16 (61,5%) пациентов. Посттравматический

панкреатит наблюдался у 12 (46,2%), несостоятельность дуоденальных швов – у 4 (15,4%) пострадавших с последующим формированием дуоденального свища. Летальный исход наступил у 7 пациентов, летальность составила 26,9%.

Выводы. 1. Повреждения ДПК являются сложной патологией с высокой летальностью (до 26,9%) и большим числом послеоперационных осложнений (до 61,5%). 2. Метод оперативного вмешательства выбирается индивидуально интраоперационно для каждого больного. 3. В послеоперационном периоде обязательно медикаментозное подавление секреции желудочно-кишечного тракта и назначение антибиотиков широкого спектра действия.

Применение эндовизуальных технологий в диагностике и лечении фасциолеза печени, осложненного механической желтухой и холангитом

Анваров Х.Э., Хашимов М.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Возбудителями фасциолезов являются два вида трематод рода *Fasciola*: *Fasciola hepatica* L. и *Fasciola gigantica*. Продолжительность жизни фасциол в организме человека 3-5 лет. Это трематодозы с преимущественным поражением желчевыводящей системы. Механическая желтуха вследствие обтурации желчевыводящих путей взрослыми особями – редкое осложнение этого зооноза, встречающееся в среднем у 0,008-0,01% хирургических больных (Мачулин Е.Г., 2000). В европейской периодике за последнее десятилетие было описано всего 19 подобных случаев (Kiladze et al., 2001, Paola Caprino et al., 2004), в то время как всего трематодозами печени страдают около 17 млн, а риску заражения подвержены около 350 млн человек.

Цель исследования — изучение возможностей применения эндовизуальных технологий в диагностике и лечении фасциолеза печени, осложненного механической желтухой.

Материал и методы. Нами за период с 2001 по 2011 гг. наблюдались 14 пациентов с обструкцией желчевыводящих путей взрослыми формами *F. hepatica* и клиникой холангита, или 31,6% от всех пациентов с паразитарными обструкциями желчевыводящих путей, наблюдаемых в клинике. Мужчин было 9 (64,3%), женщин — 5 (35,2%), средний возраст 41,3±1,4 года. Всем больным были проведены лабораторные и инструментальные методы исследования по стандарту клиники, включающие, наряду с общеклиническими и биохимическими исследованиями, УЗИ и КТ. Для исключения эхинококкового поражения больным проводился также иммуноферментный анализ с использованием человеческого IgG. В последующем всем больным в первые сутки (в зависимости от тяжести состояния) была произведена ретроградная панкреатохолангиография (РПХГ), не только подтверждающая диагноз, но и явившаяся окончательной лечебной манипуляцией. У 3 (21,4%) больных при ультразвуковом исследовании печени и желчевы-

водящих путей единственной находкой было расширение холедоха до 8-12 мм, у 2 больных УЗИ печени не выявило патологии. У 9 (64,3%) пациентов также были обнаружены конкременты в желчном пузыре.

Всем пациентам было произведено успешное удаление червя, явившегося причиной обструкции, причем у 2 было одномоментное удаление двух червей из холедоха. У 11 (78,6%) пациентов отмечались не протяженные стриктуры терминальных отделов холедоха на фоне общего расширения последнего до 8-12 мм. В последующем все больные были выписаны в удовлетворительном состоянии, число койко-дней в среднем составило 5,1±0,9.

Персистируя на протяжении ряда лет в организме человека и не вызывая острых негативных ощущений, *F. hepatica* редко выявляется целенаправленно, и только возникновение каких-либо серьезных осложнений заставляет пациента обратиться к врачу. Однако отсутствие так называемой «паразитарной настороженности» у врача приводит к тому, что нередко диагноз выставляется только интраоперационно.

Выводы. Целенаправленное проведение ретроградного исследования желчных путей не только высокоспецифичный диагностический, но и терапевтический метод, позволяющий устранить причину механической желтухи, адекватно санировать билиарное дерево и уменьшить риск послеоперационных осложнений. Полное рутинное обследование пациента с механической желтухой по стандарту позволяет своевременно выявить причину механической желтухи даже при отсутствии патологии при УЗИ. Внедрение малоинвазивных вмешательств в ежедневную практику привело к повышению профессионального уровня специалистов. Выбор тактики комплексной диагностики и лечения больных фасциолезом печени позволяет адекватно и своевременно оказать экстренную помощь и уменьшить расходы на послеоперационную реабилитацию.

Наш опыт лечения закрытой травмы груди, осложненной эмпиемой плевры

Арзиев Ш.Н., Кулиев Й.У.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Травма грудной клетки и органов груди составляет в мирное время 6-8% всех механических повреждений и относится к категории наиболее тяжелых и опасных для жизни. Смертность остаётся самой высокой – 30-40% (Шарипов И.А., 2008).

Материал и методы. В Самаркандском филиале РНЦЭМП в 1999-2011 гг. проведено обследование и лечение 62 пациентов с распространенной и тотальной посттравматической закрытой эмпиемой плевры в фибринозно-гнойной стадии. Все больные поступили из других лечебных учреждений (обл. и горбольниц и субфилиалов). Мужчин было 58, женщин – 4. Возраст колебался от 17 до 65 лет (средний – 33 года), 52 пациента были трудоспособного возраста от 17 до 50 лет. У 38 больных имелась острая, у 24 – хроническая эмпиема плевры. Срок от момента травмы до поступления в центр для лечения эмпиемы в среднем составлял 55,4 дня. Более половины (38) больных поступили в состоянии тяжелом и средней степени тяжести.

Основными патогенетическими факторами эмпиемы плевры были инфицированный свернувшийся гемоторакс (у 39), гемопневмоторакс (у 12), травматический плеврит (у 7), пневмоторакс (у 4).

Диагноз эмпиемы плевры установили на основании клинических проявлений и результатов рентгенологического, УЗИ и КТ-исследования. При бактериологическом исследовании содержимого эмпиемной полости рост микрофлоры получен в 75,9% посевов, в основном в виде монокультуры (70,8%), причем наиболее часто высевался стафилококк (47,5%).

Результаты и обсуждение. При поступлении в центр с диагностической и лечебной целью у 20 человек выполнялись плевральные пункции, у 12 проводилось закрытое дренирование полости для её санации. Назначались общеукрепляющая и дезинтоксикационная терапия, десенсибилизирующие и иммунные препараты. Плевральными пункциями с внутриспиральными введениями терридеказы и антибиотиков удалось

вылечить 3 больных с инфицированным свернувшимся гемотораксом и травматическим гнойным плевритом, у которых длительность заболевания не превышала 1-3 недель.

У 59 (95,2%) больных предпринято оперативное вмешательство. Показанием к хирургическому лечению посттравматической эмпиемы плевры были инфицированный свернувшийся гемоторакс, стойкий коллапс легкого, фибринозный многокамерный плеврит, стабильная эмпиемная полость, множественные абсцессы легкого и легочное кровотечение.

У 57 больных выполнена операция плеврэктоми и декорткация легкого, которая у 2 сочеталась с краевой резекцией легкого. Показанием к резекции доли был её фиброз с выраженными цилиндрическими бронхоэктазами.

Осложнения возникли у 15 (25,5%) больных: нагноение раны – у 4 (6,8%), остаточная полость – у 4 (6,8%), лигатурные свищи – у 2 (3,4%), рецидив эмпиемы – у 2 (3,4%), свернувшийся гемоторакс – у 2 (3,4%), внутриплевральное кровотечение – у 1 (1,7%).

Выполнено 3 реторакотомии по поводу послеоперационного внутриплеврального кровотечения и свернувшегося гемоторакса. 2 больных выписаны на амбулаторное лечение с дренажем. Летальных исходов не было. Полное выздоровление наступило в обычные сроки у 54 (91,5%) оперированных. У 2 больных остаточная плевральная полость ликвидировалась самостоятельно в течение 1-3 месяцев после выписки. 3 больным выполнены дополнительные оперативные вмешательства (повторная декорткация – у 2, иссечение лигатурных свищей – у 1. 2 из них выздоровели.

В отдаленные сроки хронической эмпиемы отмечена у 1 больного, остальные выздоровели.

Вывод. Плеврэктоми и декорткация легкого является операцией выбора при эмпиеме плевры. Эмпиема плевры после травмы груди должна рассматриваться как показание к ранней операции.

Алгоритмы антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии у больных с острым панкреатитом

Арифджанов А.Ш., Ибадов Р.А., Шаниева З.А., Гизатулина Н.Р., Стрижков Н.А.

Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В.Вахидова

Неуклонно увеличивающееся число больных деструктивным панкреатитом, высокая частота разнообразных внутрибрюшинных и экстрабрюшинных гнойно-септических осложнений определяют актуальность проблемы выбора антибактериальной профилактики и терапии при панкреонекрозе. Применение современной интенсивной терапии позволило снизить летальность в острую фазу панкреатита, однако при этом возросла возможность формирования различных гнойно-септических постнекротических осложнений.

Цель исследования — попытка оптимизировать методы профилактики и мониторинга эффективности антибиотикотерапии при остром деструктивном панкреатите.

В ОРИТ в РСЦХ им. акад. В.Вахидова в течение 2009-2010 гг. на лечение находился 131 больной с острым деструктивным панкреатитом. Материалом для анализа служило отделяемое из дренажей. Использова-

ны традиционные методы выделения и идентификации микроорганизмов, определения их чувствительности к антибиотикам и динамический контроль содержания С-реактивного белка (СРБ).

Частота гнойно-септических осложнений в 2009 г. составила 18,2%, в 2010 г. – 13,8%. Выделенная микрофлора была представлена грамотрицательными (77,2%) и грамположительными микроорганизмами (18,2%), грибами рода *Candida* (4,6%). Среди грамотрицательных микроорганизмов чаще изолированы *E.coli* (46,4%), *K.pneumoniae* (21,3%); среди грамположительных — *Staphylococcus* spp. (11,3%), *Enterococcus* spp. (9,8%), *Staphylococcus aureus* (3,4%). Резистентность грамотрицательной микрофлоры: имипенем (3,0% резистентных штаммов), меропенем (10,0%), полимиксин В (11,0%), цефоперазон/сульбактам (33,0%), амикацин (12,0%), офлоксацин (44,0%).

Наиболее активными в отношении грамположительной микрофлоры препаратами оказались ванкомицин (0% резистентных штаммов), амикацин (9,0%), цефоперазон/сульбактам (17,0%), офлоксацин (21,0%), цефтриаксон (35,0%), цефотаксим (45,0%). При показателях СРБ более 70 мг/л проводилась дезэскалационная антибактериальная терапия. Использование метода прогнозирования и определение исходной концентрации СРБ способствовало выделению группы риска

и более целенаправленной антибиотикопрофилактики гнойно-септических осложнений, что позволило существенно снизить частоту последних.

Таким образом, профилактика и рациональная антибиотикотерапия путем учета прогностических факторов и антибиотикочувствительности ведущих штаммов возбудителей при остром панкреатите позволяет существенно снизить частоту гнойно-септических осложнений у данных больных.

Лечебно-диагностические возможности лапароскопии в диагностике и лечении внутрибрюшных осложнений после операций на желчевыводящих путях

Асомов Х.Х., Хаджибаев Ф.А., Рискиев У.Р., Рахимов О.У.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель работы — улучшение результатов хирургического лечения больных холелитиазом путем оптимизации выбора миниинвазивных методов диагностики и лечения послеоперационных интраабдоминальных осложнений.

Изучены результаты хирургического лечения 6436 больных с желчнокаменной болезнью, оперированных в РНЦЭМП в 2003-2010 гг. Холецистэктомия выполнена у 1847, холецистэктомия и один из видов вмешательств на желчных протоках — у 321 пациента с холедохолитотомией и у 74 с билиодигестивными анастомозами. Средний возраст пациентов во всех группах — 52,3 ± 11,9 года. Соотношение мужчин и женщин 1:6, что отражает структуру заболеваемости желчнокаменной болезнью. Группы были сопоставимы по полу, возрасту и характеру сопутствующей патологии ($p > 0,05$). Сопутствующие заболевания выявлены у 1709 (26,6%) пациентов.

Осложнения раннего послеоперационного периода развились у 189 (2,9%) пациентов. Общехирургические осложнения наблюдались у 57 (30,2%), специфические интраабдоминальные — у 132 (69,8%). Среди общехирургических осложнений преобладали раневые: нагноение кожной раны — у 6 (10,5%) эвентрация — у 3 (5,3%) больных. Тромбоз эмболия легочной артерии осложнила течение послеоперационного периода у 2 (3,5%) пациентов, острая недостаточность мозгового кровообращения — у 1 (1,8%), пневмония — у 3 (5,3%), острый инфаркт миокарда — у 2 (3,5%). Умерли 4 (7,0%) пациента с общехирургическими осложнениями послеоперационного периода. Нами проанализированы результаты лечения 132 пациентов с послеоперационными интраабдоминальными осложнениями. Желчеистечение возникло у 45 (0,70%) из них, абсцессы брюшной полости — у 52 (0,81%), внутрибрюшное кровотечение — у 12 (0,15%), острый послеоперационный панкреатит — у 18 (0,28%), желудочно-кишечное кровотечение из зоны трансдуоденальной эндоскопической папиллосфинктеротомии — у 5 (0,08%).

Всего 132 больным с интраабдоминальными осложнениями после операций на желчных путях было выполнено 157 различных лечебно-диагностических манипуляций, среди них чрескожные вмешательства под контролем ультразвука (пункционных, пункционно-дренажных и комбиниро-

ванных) — у 22 (14,0%), эндоскопические (внутрипросветная эндоскопия и лапароскопия) — у 92 (58,6%), лапаротомные — у 43 (27,4%). В послеоперационном периоде выполнили 37 лапароскопии при клинко-инструментальных признаках желчеистечения ($n=23$), внутрибрюшного кровотечения ($n=6$), острого послеоперационного панкреатита ($n=7$), интраабдоминальных абсцессов ($n=1$).

Показаниями к лапароскопии у пациентов с интраабдоминальными осложнениями после операций на желчных путях считали: 1) истечение более 150 мл крови — по улавливающему дренажу из брюшной полости в течение 2 часов с момента завершения операции (6, 26,1%); 2) желчеистечение по улавливающему дренажу из брюшной полости более 200 мл в сутки (11, 47,8%); 3) скопление экссудата в проекции малого сальника и сальниковой сумки, увеличение размеров и плотности поджелудочной железы (4, 17,4%). 4) наличие интраабдоминальных абсцессов при неэффективности пункционно-дренажного метода коррекции (2, 8,7%). 5) Ультразвуковая картина наличия свободной жидкости в брюшной полости при клинических признаках внутрибрюшного кровотечения или появлении перитонеальных симптомов.

Противопоказаниями к выполнению лапароскопии являлись: 1) крайне тяжелое состояние больного; 2) гемодинамическая нестабильность пациента ($АД < 100$ мм рт. ст., пульс > 110 в мин). В подобных клинических ситуациях дальнейшую тактику определяли после стабилизации состояния пациента, достигаемой мероприятиями интенсивной терапии.

Показаниями к конверсии лапароскопии в релапаротомию мы считали: 1) невозможность верифицировать осложнение во время диагностической лапароскопии; 2) неэффективность малоинвазивных методов лечения послеоперационных осложнений; 3) возникновение в ходе лапароскопии осложнений, устранение которых эндохирургическими методами невозможно.

Таким образом, сравнительный анализ лечебно-диагностических возможностей лапароскопии свидетельствует о ее высокой эффективности в диагностике патологических внеорганных ограниченных жидкостных скоплений и лечебно-санационной лапароскопии у пациентов после операций на желчевыводящих путях, что позволяет в показанных клинических ситуациях рассматривать ее как альтернативу релапаротомии.

Ультразвуковой метод выявления послеоперационных внутрибрюшных осложнений

Асомов Х.Х., Рискиев У.Р., Дадамьянц Н.Г., Алиев Б.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель – повышение эффективности ультразвуковой диагностики и хирургического лечения больных с послеоперационными внутрибрюшными осложнениями.

В РНЦЭМП в 2007-2011 гг. под наблюдением было 186 больных, оперированные по поводу хирургических заболеваний органов брюшной полости. Контрольную группу составили 104 больных с неосложненным течением раннего послеоперационного периода, основную — 82 пациента с осложнениями раннего послеоперационного периода. Группы были сопоставимы по нозологическим формам, возрасту, полу и видам выполненных хирургических вмешательств. После аппендэктомии были соответственно 36 и 28 больных, холецистэктомий — 28 и 26, после абдоминальных травм — 12 и 13, острой кишечной непроходимости — 18 и 8, перфоративных гастродуоденальных язв — 10 и 7.

Ультразвуковое исследование выполнялось на 2-, 4- и 6-е сутки послеоперационного периода, т.е. каждые вторые сутки в течение первой недели. Начиная со второй недели кратность исследования составляла каждые пять суток. В дальнейшем ультразвуковой контроль выполнялся перед выпиской больного из стационара. Показаниями к выполнению ультразвукового исследования в экстренном порядке в раннем послеоперационном периоде были: клинические признаки неблагоприятного течения послеоперационного периода (нестабильная гемодинамика, ухудшение общего состояния больного); нарастание лейкоцитоза; желтуха неясного генеза; лихорадка неясного генеза; болевой синдром в животе (локализованная или разлитая боль); пальпируемые образования брюшной полости и области послеоперационного рубца; нарушение пассажа по желудочно-кишечному тракту; наличие патологического отделяемого по дренажам и через швы послеоперационной раны (желчи, крови, кишечного отделяемого). Дальнейшая тактика ведения больного определялась при выявлении эхографических признаков послеоперационного осложнения. При наличии показаний выполнялись малоинвазивные или открытые хирургические вмешательства, либо осуществлялся динамический ультразвуковой мониторинг в зависимости от характера патологического процесса и клинической картины заболевания.

У 104 (55,9%) больных при осмотре перитонеального пространства с помощью УЗИ нами свободной жидкости и газа не обнаружено. У 12 (11,5%) пациентов в брюшной полости выявлена свободная жидкость и (или) газ. Так, свободная жидкость в виде анэхогенных линейных структур между париетальной и висцеральной листками брюшины в зоне оперативного вмешательства и ограниченная одной или двумя анатомическими областями, толщиной слоя не более 5 мм, однородной эхоструктуры визуализировалась у 7 (6,7%) больных до 3-х суток. У 4 (3,8%) больных, перенесших обширные вмешательства, в течение длительного времени (более 6 суток) после операции наблюдалась свободная жидкость в двух и более анатомических областях брюшной полости, с толщиной слоя более 5 мм. Наибольшее количество ее обнаружено в

малом тазу, в правой и левой подвздошных ямках. При УЗИ перитонеального пространства у 2 (в 1,9%) больных отмечалось наличие свободного газа в течение 3-4-х суток, что было расценено нами как вариант нормы. Происхождение газа в брюшной полости объяснялось сообщением перитонеального пространства с окружающей средой посредством операционных доступов, дренажных систем, тампонов и созданием карбоксиперитонеума во время лапароскопических вмешательств. Спустя 5 суток наблюдалось полное его исчезновение. У всех больных при исследовании в положении лежа на спине свободный газ определялся в верхнем этаже брюшной полости под передней брюшной стенкой в виде гиперэхогенной линейной структуры с акустической тенью и характерным эффектом реверберации — множественного отражения.

Анализ результатов УЗИ у 18 пациентов, которым выполнены оперативные вмешательства на тонкой и толстой кишке, показал следующее. В результате развития послеоперационного пареза, большой подвижности тонкой кишки и наличия перистальтики крайне сложно было дифференцировать локализацию тонкокишечных анастомозов после резекции различных отделов тонкой кишки. В процессе исследования был отмечен ряд эхографических признаков кишечного анастомоза, которые разделили на прямые и косвенные. К прямым ультразвуковым признакам межкишечного анастомоза мы отнесли те, которые выявляются непосредственно в области межкишечного соустья. Это — визуализация утолщенной (более 5 мм) кишечной стенки, отсутствие нарушения целостности стенки кишки, нечеткость и неровность внешнего и внутреннего контуров стенки кишки, снижение эхогенности и отсутствие дифференцировки на слои стенки вследствие отека зоны анастомоза. При компрессии датчиком ригидность исследуемой зоны анастомоза не отмечалась, перистальтика восстанавливается в течение 48 часов, дилатация кишки не определялась. К косвенным ультразвуковым признакам мы отнесли изменения в области предполагаемого расположения анастомоза, характеризующие прилегающие к анастомозу структуры: участки брыжейки кишки, фрагменты лигированных сосудов, пряди большого сальника, забрюшинное клетчаточное пространство. Эхографически — это гиперэхогенные зоны с выраженной неоднородной эхоструктурой. Вместе с тем отсутствовали такие параорганные структуры как инфальтраты, ограниченные жидкостные скопления, затеки кишечного содержимого в брюшную полость.

Таким образом, ультразвуковой метод оказался высокоэффективным в выявлении послеоперационных осложнений: чувствительность метода составила 88,6%, специфичность — 77,1%, точность — 84,3%. Комплексное ультразвуковое исследование брюшной полости в раннем послеоперационном периоде позволило объективно оценить состояние брюшной полости, своевременно диагностировать возникшее внутрибрюшное осложнение и эффективно проводить малоинвазивные вмешательства.

Нозокомиальная пневмония у пациентов после хирургических операций

Атажанова Н.М.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Цель исследования – ретроспективный анализ случаев нозокомиальной пневмонии (НП) развившейся у пациентов после хирургических операций.

Материал и методы. Проанализированы истории болезни 166 больных, пролеченных в отделении хирургии в 2000-2010 гг., у которых послеоперационное течение осложнилось нозокомиальной пневмонией, из них 112 (67,5%) мужчины и 54 (32,4%) женщины. В возрасте <19 лет было 14 (8,4%) больных, 20-44 лет – 89 (53,3%), 45-64 лет – 40 (24%), 65 и старше – 24 (14,4%). 69 пациентам во время оперативного вмешательства была произведена ИВЛ. Имеются многочисленные доказательства 6-21 кратного возрастания риска развития НП у пациентов, находившихся на ИВЛ. Это связано с тем, что нахождение эндотрахеальной трубки в дыхательных путях нарушает многие защитные механизмы, затрудняет или полностью исключает выделение бронхиального секрета посредством мукоцилиарного клиренса и кашля, нарушает целостность эпителиальной выстилки трахеи. Эндотрахеальная трубка представляет собой своеобразную ловушку для секрета, локализуя его выше раздуваемой манжеты, т. е. проксимальнее трахеи, что в свою очередь может привести к колонизации бактерий в ротоглотке, способствуя проникновению контаминированного секрета между раздутой манжетой и стенкой трахеи в легкие.

Диагноз нозокомиальной пневмонии был подтвержден рентгенологически и аускультативно. По срокам выявления НП больные были разделены следующим образом: в течение первых 5 дней после операции – 90 (54%), спустя 6 дней с момента операции и позже – 76 (45,9%). У этих больных были сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь – 2 (4,8%), ИБС, ПИКС – 6 (1,5%), сахарный диабет – 2 (0,6%), бронхиальная астма – 1 (0,3%), ожирение – 15 (8,9%), последствие перенесенного мозгового инсульта – 1 (0,2%).

Заболевание начиналось остро с повышением температуры до 38,6°-39° и выше. У 6 (3,3%) пациентов были выраженные симптомы интоксикации (головная боль, вялость), которые возникли после кратковременного улучшения общего состояния. У 8 (4,6%) больных

отмечались такие симптомы как безучастность к окружающему, у 45 (26,9%) были тошнота и рвота.

Вследствие дыхательной недостаточности у всех пациентов имела место одышка. В отдельные периоды частота дыхания у них достигала 30-40 в минуту. Цианоз слизистых оболочек и акроцианоз наблюдались у 41,3% обследованных. В разгар заболевания у 142 (85,4%) пациентов отмечался приступообразный кашель, начало отхождения мокроты совпадало с улучшением состояния больных.

Боли в грудной клетке, усиливающиеся при дыхании, испытывали 138 (82,9%) больных затрудненное дыхание отмечали 146 (87,8%). Укорочение перкуторного звука регистрировалось у 142 (85%) больных, у которых на фоне жесткого дыхания выслушивались мелкопузырчатые хрипы, а на высоте вдоха – крепитация. Бронхиальное дыхание выслушивалось у 68 (40,9%) больных. Чаще всего пневмония была двусторонней – у 101 (60,7%) пациента. У 33 (20%) больных была левосторонняя нижнедолевая, у 22 (13%) – правосторонняя пневмония.

Всем пациентам выполнена рентгенография органов грудной клетки в заднепередней и боковых проекциях, которая позволяла не только выявить очаговую инфильтрацию легочной ткани и определить её локализацию, но и оценить степень тяжести НП (мультилобарная инфильтрация, быстрое прогрессирование пневмонической инфильтрации).

Выводы. 1. Принимая во внимание факторы риска и патогенез НП, очевидно, что ее профилактика должна включать комплекс взаимосвязанных мероприятий организационного, технического и медицинского характера, усиливающих антиинфекционную защиту самого пациента и снижающих вероятность контаминации и инфицирования. 2. Строгое выполнение мероприятий по инфекционному контролю, обучение персонала и соблюдение правил дезинфекции, использование спиртосодержащих антисептиков для уменьшения риска перекрестного инфицирования. 3. Исключить случаи необоснованной интубации, уменьшить ее длительность.

Межмышечный щадящий минидоступ в хирургии острого холецистита

Аталиев А.Е., Худайберганаева Н.Ш., Юнусов И.И., Мадаминов Р.М., Шотемиров В.Х., Арифджанова З.Ш.

Ташкентская медицинская академия

Большое число раневых осложнений (инфильтраты, воспаления, эвентрации), вентральных грыж, многократные вмешательства заставили нас пересмотреть свое отношение к срединным разрезам, тем более, что современные возможности дооперационной коррекции патологии желчевыводящей системы ограничивают вмешательство лишь холецистэктомией.

В последние годы активно разрабатываются и внедряются различные минидоступы (Аталиев А.Е. и др., 2001; Нишанов Ф.Н., 2002; Алиджанов Ф.Б., Арипова Н.У., Мирзаев О., 1997; Шамирзаев Н.Х., Шамирзаев Б.Н., Назаров С.Х., 2006; Эргашев У.Ю., Прохорова И.П., Атаджанов Ж.Х., 2007) для холецистэктомии.

Межмышечный щадящий минидоступ в правом подреберье (косой или поперечный разрез длиной до 6-8 см), центром которого будет УЗИ маркированная на коже точка наименьшего залегания шейки желчного пузыря, обеспечивает свободное манипулирование без дополнительных инструментов. Рассекается кожа, подкожная клетчатка, тупо отодвигается сосудисто-нервные пучки, вскрывается апоневроз наружной косой мышцы, а внутренняя косая и поперечная мышцы расслаиваются по ходу волокон. При необходимости частично рассекаются передние и задние листки влагалища прямой мышцы живота.

При изучении 5 морфометрических критериев

(глубина и длина раны, ее индекс, угол операционного действия, угол наклона оси операционного действия) у больных и на 20 трупах предложенный доступ по большинству топографо-анатомических параметров показал преимущества перед срединными и «кохеровскими» разрезами.

Разработанным межмышечным мигрирующим щадящим минилапаротомным доступом оперированы 450 больных острым калькулезным холециститом.

Особенностями техники выполнения является то, что, отграничивая операционное поле 1-2 марлевыми салфетками и пользуясь обычными печеночными крючками, отпунктировав желчный пузырь у дна, мы отодвигаем его латерально, выходим на шейку и свободно манипулируем в этой зоне, выделяя и перевязывая (или клипирюя) пузырные артерию и проток. Затем удаляем желчный пузырь от шейки.

Имея опыт традиционной открытой, лапароскопической (ЛХЭ) и холецистэктомии минилапаротомным доступом, мы, как и ряд других авторов (Sarakos T., et al., 2004), считаем, что последние значительно дешевле

и экономичнее и при этом по всем параметрам не уступают ЛХЭ, а число интраоперационных, ближайших и послеоперационных осложнений меньше, чем при ЛХЭ, срединном и косом кохеровском доступах.

Таким образом, минилапаротомный межмышечный доступ в правом подреберье при остром холецистите отличается малой травматичностью, достаточно прост, позволяет сохранить сосудисто-нервные пучки и мышечные волокна, уменьшает время проведения операции, сокращает сроки пребывания больных в стационаре, резко снижает частоту интра-, ранних и послеоперационных осложнений (вентральных грыж), улучшает качество жизни.

Срединный доступ показан при симультанных вмешательствах, наличии дефектов средней линии живота, требующих хирургической коррекции (грыжи, диастаз). Особо хотелось бы отметить, что при сопутствующих пупочных грыжах мы проводим холецистэктомию минидоступом, а грыжесечение с аллопластикой — поперечным отдельным разрезом.

Осложненные формы инфравезикальной обструкции: роль малоинвазивных вмешательств

Ахмедов Р.Н., Абдуллажанов М.М., Рашидов М.М., Рахимов М.Р., Максумов К.Д., Халилов М.Л.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Инфравезикальная обструкция (ИВО) и ее осложнения — частая патология, особенно у мужчин пожилого возраста. К этой патологии относятся доброкачественная гиперплазия простаты (ДГПЖ), склероз шейки мочевого пузыря, стриктура уретры, нейрогенное нарушение мочеиспускания.

Материал методы. В течение 2011 г. под наблюдением находились 160 больных с ИВО, с осложненной острой задержкой мочеиспускания. В возрасте до 18 лет был 1 больной, 19-44 лет — 11, 45-49 лет — 0, 60-74 лет — 94, 75 и старше — 45. 120 (75,0%) больных подвергнуты хирургическому лечению, 40 (25,0%) проводилась консервативная терапия, в том числе 17 (32,6%) — замена цистостомического дренажа по поводу нефункционирования. С нейрогенное нарушение мочеиспускания, осложненное острой задержкой мочеиспускания, диагностировано у 2 больных. Больные были распределены по возрасту на 4-е группы

Результаты. Показание к госпитализации в клинику служило наличие у больных клиники острой задержки мочеиспускания. В приемно-диагностическом отделении всем поступившим проводился физикальный осмотр, клиничко-лабораторные исследования, а также ультразвуковое исследование мочевых путей. 104 (65,0%) больным проведено хирургическое лечение:

традиционные вмешательства — у 24 (24,0%), эпицистостомии — у 17 (68,0%), трансвезикальная аденомэктомия — у 2 (8,0%), реэпицистостомия — у 11 (24,0%). Эндоурологические операции произведены у 80 (76,9%), из них перкутанная цистостомия — у 74 (92,5%), трансуретральная резекция простаты — у 4 (5,0%) уретроскопия, бужирование уретры — у 2 (2,5%). Консервативное лечение заключалось в однократной катетеризации мочевого пузыря, назначении противовоспалительной и антибактериальной терапии. Время пребывания больного в стационаре в среднем составило 4,7 дня, оперированных традиционно — 6,6, эндоурологически — 3,9.

Обсуждение. Чаще всего, особенно у мужчин пожилого возраста, причиной острой задержки мочи является аденома предстательной железы. Неотложные лечебные мероприятия при острой задержке мочи заключаются в срочном опорожнении мочевого пузыря, которое можно осуществить катетеризацией мочевого пузыря, надлобковой пункцией и наложением эпицистостомии.

Выводы. Применение у больных с осложненными формами ИВО эндоурологических вмешательств дает хороший эффект и позволяет сократить сроки пребывания в стационаре.

Тактика лечения забрюшинных гематом при сочетанных травмах органов живота

Ахмедов Ю.М., Карабаев Х.К., Рузибоев С.А., Мустафакулов И.Б., Жулбеков К.И., Карабаев Б.Х.

Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования — улучшение результатов диагностики и определение тактики лечения забрюшинных гематом при травмах органов живота.

Материал и методы. В 1999-2011 гг. в хирургических отделениях Самаркандского филиала РНЦЭМП прооперированы 2329 пострадавших с закрытыми (1389) и открытыми (940) травмами живота. Повреждения внутрибрюшинных органов сочетались с забрюшинными гематомами и травмами забрюшинных

органов у 185 больных (у 101 при закрытых травмах, у 84 при открытых ранениях).

Результаты и обсуждение. При ультразвуковом исследовании, выполненном при поступлении 45 больным, свободная жидкость в брюшной полости обнаружена у 37 при 3 ложноотрицательных и 5 ложноположительных результатах. Таким образом, чувствительность УЗИ составила 91,9%, специфичность — 100%. Забрюшинная клетчатка и органы брюшной

полости и забрюшинного пространства осмотрены у 34 из 45 пострадавших. Забрюшинная гематома (ЗГ) визуализирована только у 6 (13,3%), у всех это были паранефральные ЗГ. Обнаружить паравазальные ЗГ не удалось ни разу. Чувствительность УЗИ в выявлении ЗГ оказалась невысокой (15,1%), оценить специфичность метода не удалось из-за отсутствия истинно- и ложно-отрицательных результатов.

Как показали наши наблюдения, клиника забрюшинной гематомы зависит от количества излившейся крови и характера повреждения костей и внутренних органов. При небольших гематомах (у 17 больных) на первое место выступают симптомы поражения внутренних органов, при больших — картина шока, внутреннего кровотечения, симптомы раздражения брюшины и парез кишечника (у 85). Истинная причина тяжелого состояния пострадавших иногда остается длительное время (до 48-72 ч) нераспознанной и нередко приводит к неоправданному оперативному вмешательству (у 11). Поэтому установление диагноза забрюшинного кровоизлияния обязывает отказаться от лапаротомии. С другой стороны, отказ или промедление с операцией при наличии подозрений на повреждение внутрибрюшинных органов с продолжающимся кровотечением, исключить которое на фоне забрюшинного кровоизлияния чрезвычайно трудно, может оказаться для пострадавшего роковым.

Из 908 наблюдаемых нами пострадавших с сочетанной травмой живота течение и исход ЗГ проанализированы у 125 (13,8%). У подавляющего большинства больных причиной забрюшинного кровоизлияния были переломы костей таза (80), значительно реже повреждения позвоночника (21), почек (19), крупных сосудов брюшной полости и забрюшинного простран-

ства (5). При колото-резанных ранениях массивные ЗГ были верифицированы у 46 раненых. Мы наблюдали 22 пострадавших с разрывами забрюшинного отдела двенадцатиперстной кишки с одновременным повреждением поджелудочной железы (15), печени (5) и тонкой кишки и брыжейки (17). Эти травмы отличались наибольшей тяжестью, множественными разрывами кишечника, брыжейки, других органов, сопровождались костными повреждениями (таза, конечности, черепа, позвоночника).

Лечение зависит от причины: при переломе костей таза и ушибах поясничной области — борьба с шоком и кровопотерей; при верификации повреждения внутреннего органа — лапаротомия и ревизия забрюшинного пространства. В 9 трудных клинических случаях мы проводили диагностическую лапароскопию, что позволило избежать диагностических ошибок, распознать разрыв печени (5) и селезенки (4) и своевременно выполнить операцию.

Как показал наш опыт, неосложненные забрюшинные гематомы вскрывать нецелесообразно, потому что устранить кровотечение из костей таза невозможно. Нарастание забрюшинной гематомы при повреждениях почек (4) и магистральных сосудов (3) требовало ревизии забрюшинного пространства, что позволило успешно ликвидировать источника кровотечения.

Таким образом, ретроперитонеальные гематомы сопровождают наиболее тяжелые сочетанные травмы внутрибрюшинных и забрюшинных органов. Из 1185 оперированных по поводу травм органов брюшной полости больных умер 101 (8,5%), а из 185 пострадавших с множественными повреждениями внутри- и забрюшинных органов, сопровождавшимися ретроперитонеальными гематомами — 42 (22,7%).

Видеолапароскопия в диагностике и лечении острых абдоминальных процессов у детей

Ахмедов Ю.М., Мирзаев З.Х., Улугмуратов А.А., Маматов С.О., Баширов А.С.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Высокую эффективность неотложной видеолапароскопии в детской практике подчеркивают Ю.Ф.Исаков и соавт. (1994). В.Аверин и соавт. (1995) у 33,3% пострадавших с закрытой травмой живота выявили повреждения внутренних органов, потребовавших оперативного лечения. У 66,7% детей обнаружены гематома большого сальника, передней брюшной стенки и забрюшинного пространства, посттравматический панкреатит, разрыв селезенки с прекратившимся внутрибрюшным кровотечением. Это позволило воздержаться от лапаротомии, которая стала бы дополнительной травмой для маленьких пациентов.

Цель исследования — обобщение и оценка результатов неотложной видеолапароскопии при диагностике и лечении абдоминальной патологии у детей.

Материал и методы. В отделении экстренной детской хирургии Самаркандского филиала РНЦЭМП за последние 2 года видеолапароскопия произведена у 60 детей с подозрением на хирургическую патологию органов брюшной полости. Возраст больных варьировал от 5 мес. до 15 лет, мальчиков было 39 (65%).

Результаты и обсуждение. С подозрением на острый аппендицит видеолапароскопия произведена 28 больным. Деструктивный аппендицит обнаружен у 15 (53,6%), неспецифический мезаденит — у 8 (28,6%),

пельвиоперитонит — у 5 (17,8%). В результате лапароскопии хирургическая патология исключена у 13 (46,4%) детей. 15 детям произведена аппендэктомия.

При лапароскопии у 8 больных выявлен неспецифический мезаденит, обнаружено увеличение брыжечных лимфатических узлов размерами от 1х1 до 2,5х2 см, расположенных пакетами, наличие свободного клейкового желтоватого выпота и гиперемия висцеральной брюшины над лимфоузлами. Во всех случаях червеобразный отросток был вторично измененным. Лапароскопическая тактика при мезаденитах заключалась в эвакуации выпота с введением суточной дозы антибиотика широкого спектра действия в забрюшинное пространство с последующей антибактериальной, по показаниям инфузионно-трансфузионной терапии в течение 6-7 дней. Все дети выздоровели и в оперативном лечении не нуждались.

У 5 больных, поступивших с подозрением на острый аппендицит, обнаружен пельвиоперитонит. Эндоскопическая картина характеризовалась наличием свободного гноя в полости малого таза от 50 до 100 мл, отеком, инфильтрацией и гиперемией придатков матки с наличием налетов фибрина, отеком и гиперемией париетальной брюшины. Тактика при пельвиоперитонитах заключалась в эвакуации гноя, санации

полости малого таза антисептическими растворами хлоргексидина и введением в полость малого таза 10 мл 1% раствора диоксида.

У 18 детей диагностировано повреждение селезенки, причем у 10 с продолжающимся кровотечением, что потребовало электрокоагуляции, а у 3 — перехода на лапаротомию, в связи с размождением паренхимы селезенки. У 5 пациентов отмечался самостоятельный гемостаз, после аспирации крови признаки продолжающегося кровотечения отсутствовали.

У 4 детей выявлено повреждение печени в виде линейных разрывов как по диафрагмальной поверхности (2), так и по нижнему краю печени (2). Гемостаз осуществлялся при помощи биинструментальной коагуляции.

При подозрении на спаечную кишечную непроходимость видеолапароскопия произведена 10 детям. При этом кишечная непроходимость была обусловлена рубцовыми тяжами, которые подтягивали петли

кишки, создавая полную непроходимость. Выше препятствия кишечник был раздутым, отечным, с мелкими кровоизлияниями, а ниже препятствия кишки были спавшимися, нередко отмечался геморрагический выпот в брюшной полости. Рубцовые тяжи во время видеолапароскопии были пересечены электрокоагулятором, непроходимость кишечника ликвидирована.

Таким образом, из 60 проведенных видеолапароскопических исследований потребность в выполнении лапаротомии возникла лишь у 3 (5,0%) больных. Послеоперационных осложнений и случаев вторичного кровотечения после видеолапароскопических методов не было.

Выводы. Видеолапароскопия как метод диагностики позволяет выявить те или иные повреждения органов брюшной полости и определить дальнейшую тактику лечения, избежать выполнения неоправданных лапаротомий и свести к минимуму вероятность послеоперационных осложнений.

О принципах диагностики и тактики в неотложной хирургии закрытых повреждений груди

Ахмедов Ю.М., Карабаев Х.К., Захидова С.Х., Кулиев Й.У., Арзиев Ш.Н.

Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самаркандский Государственный медицинский институт

Цель исследования — подытожить некоторые принципы диагностики и лечебной тактики при повреждениях груди с учетом основных патогенетических закономерностей данного вида травмы.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов лечения 778 пострадавших с закрытыми повреждениями грудной клетки. Невнорефлекторная форма была у 361 (46,4%), геморрагическая форма — у 180 (23,1%), легочно-гипоксическая форма — у 178 (22,9%), кардиальная форма — у 59 (7,6%) пациентов. Наблюдения проводили в 1999-2011 гг. в отделении торакоабдоминальной хирургии Самаркандского филиала РНЦЭМП.

Результаты и обсуждение. С целью более ясного понимания всего многообразия патологоанатомических и патофизиологических нарушений при повреждениях груди условно их разделили на четыре основные клинические формы: 1) невнорефлекторная; 2) легочно-гипоксическая; 3) геморрагическая, 4) кардиальная (псевдоинфарктная). Разумеется, эти формы у одного пострадавшего могут сочетаться, но, как правило, удается выявить одну ведущую.

Необходимо подчеркнуть, что динамика изменений артериального давления, частоты пульса и дыхания у больных с травмой грудной клетки зависит от формы повреждения и бывают различными.

В начале диагностического процесса необходима максимальная адекватная всем возможным формам повреждения дивергентность (своевременность) мышления врача. Это способствует наиболее полному охвату патологического состояния. После дивергентного представления о том, какие осложнения присущи данному виду травмы, необходимо логический подход к конвергентному типу диагностики, чтобы в конце этой мыслительной операции, построенной на фактическом материале, на знании патогенеза, получить однознач-

ный ответ, в нашем случае — правильный диагноз. Наилучшим вариантом конвергентности диагностики, как показывает практический опыт, является последовательное исключение клинических форм, указанных в схеме, начиная с более опасных и быстротекущих. К этому следует добавить, что истинная конвергентность диагностического процесса в неотложной хирургии должна заключаться в постановке диагноза, диктующего правильную лечебную тактику.

Независимости от вида травмы и варианта хирургической тактики при лечении пострадавших следует соблюдать лечебно-диагностический алгоритм, включающий: 1) устранение боли; 2) раннее и адекватное дренирование плевральной полости; 3) мероприятия, направленные на скорейшее расправление легкого; 4) восстановление и поддержание проходимости дыхательных путей; 5) герметизацию и стабилизацию грудной стенки; 6) окончательную остановку кровотечения и восполнение кровопотери; 7) инфузионную, антибактериальную и поддерживающую терапию.

Критериями адекватности комплексного лечения должны служить восстановление внешнего дыхания, устранение гипоксии, нормализация пульса, артериального давления, рентгенологические и аускультативные данные. ЭКГ и ЭхоКГ.

Выводы. При повреждениях грудной клетки можно выделить четыре основные клинические формы (синдромы): 1) невнорефлекторную; 2) легочно-гипоксическую; 3) геморрагическую и 4) кардиальную (инфарктоподобную), определяющие тяжесть состояния, объем лечебной помощи и исходы лечения.

Соблюдение принципов дивергентности и конвергентности ускоряют диагностику повреждений груди и способствуют выбору правильной лечебной тактики в условиях дефицита времени.

Программированная санация брюшной полости при разлитом гнойном перитоните

Ахмедов Ю.М., Карабаев Х.К., Рузибоев С.А., Мустафакулов И.Б., Карабаев Б.Х., Аллаев Н.М.
Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самаркандский государственный медицинский институт

Материал и методы. С 2000 г. мы применили программированную санацию (ПС) брюшной полости при разлитом гнойном перитоните у 67 больных в возрасте от 19 лет до 81 года. Показаниями к ПС считаем обширные, прочно фиксированные к брюшине наложения фибрина, неудаляемые одномоментно зоны некроза, множественные абсцессы (вторичное отграничение перитонита), присоединение неклостридиальной инфекции, симптомы нарастающего эндотоксикоза или токсико-инфекционного шока, полиорганной недостаточности. Чаще всего такую патологию обнаруживали при релапаротомии по поводу прогрессирующего перитонита или осложнений хирургических вмешательств. Так, показания к ПС установлены во время первой операции у 11 больных, при релапаротомии — у 56.

Результаты и обсуждение. У всех больных заболевание сопровождалось эндотоксикозом II-III степени по классификации Б.К. Шуркалина и соавт. (1985), В.К. Гостищева, А.А. Сыновца (1986). Полиорганные поражения выявили у 54 пациентов, дыхательную недостаточность — у 43, печеночную — у 26, почечную — у 34, печеночно-почечную — у 11, токсико-инфекционный шок — у 11.

Адекватным оперативным доступом являлась срединная лапаротомия. Во время ревизии брюшной полости находили и удаляли источник перитонита. При обнаружении де-фекта стенки кишки не накладывали анастомоз, а выводили концевые или двустольные кишечные свищи. Однако при запущенном перитоните, кроме первичного источника, обнаруживали множественные гнойники, образовавшиеся вследствие вторичного отграничения перитонита, массивные наложения фибрина, зоны некроза тканей. После выделения всего кишечника из пластов фибрина, рыхлых сращений, вскрытия гнойников брюшную полость промывали 5-10 л изотонического раствора натрия хлорида и антисептиков. Вместе с жидкостью удалялись гной, значительная часть фибрина, некротизированные ткани.

Необходимым элементом ПС является декомпрессионная интубация кишечника. Трубку диаметром 7-8 мм с многочисленными боковыми отверстиями проводили при ректоинтестинальной интубации до связки Трейтца, при назоинтестинальной — до илеоцекального клапана. Во время и после операции постоянно отсасывали кишечное содержимое, кроме того, гоф-

рировали кишку на трубке для предупреждения пролежней, для профилактики спаечной непроходимости укладывали петли кишечника рядами (по типу операции Нобля). Удаляли трубку после восстановления перистальтики (обычно на 3-5-е сут.).

Завершали операцию тщательным дренированием брюшной полости по существующей методике. Накладывали узловы́е швы на апоневроз, подкожную основу оставляли открытой, прикрывали ее салфетками, смоченными антисептиком.

При значительных гнойно-некротических изменениях апоневроза и флегмоне передней брюшной стенки производили расширенную вторичную хирургическую обработку раны с иссечением некротизированных тканей. Брюшную полость закрывали, накладывая швы на кожу. Обеспечивали постоянную ирригацию раны.

Через 48-72 ч после операции производили повторную ревизию и промывание брюшной полости. Швы с лапаротомной раны снимали, эвакуировали гной, разделяли спаянные петли кишечника, по возможности удаляли фибрин и некротизированные ткани. Брюшную полость промывали большим количеством жидкости, осушали, меняли дренажи и зашивали рану. Такую санацию проводили от 2 до 9 раз (в среднем 2-4 раза). В процессе ПС постепенно уменьшалось количество гноя и фибрина, удалялись некротизированные ткани, исчезали условия для формирования гнойников, уменьшалась зона промывания. У больных уменьшалась выраженность интоксикации, восстанавливалась перистальтика кишечника.

При ПС под визуальным контролем активно воздействовали на течение обширного гнойного процесса, что позволило предотвратить прогрессирование перитонита. Летальность среди больных с разлитым гнойным перитонитом, леченных с применением ПС, составила 19,2%. При лечении общепринятыми методами 58 пациентов с аналогичными по тяжести заболеваниями летальность составила 48,2%.

Выводы. Программированная санация является перспективным методом хирургического лечения разлитого гнойного перитонита. Ее следует применять по строгим показаниям после выполнения ряда целенаправленных и регламентированных действий, включающих надежное устранение источника перитонита, санацию брюшной полости, интубацию кишечника, адекватное дренирование и зашивание раны.

Ранения сердца и перикарда

Ахмедов Ю.М., Карабаев Х.К., Аминов У.Х., Кулиев Й.У., Хайдаров Г.А.
Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самаркандский государственный медицинский институт

С момента организации Самаркандского филиала РНЦЭМП в 1999 г. в хирургическом отделении на лечении находились 234 больных с проникающим ранением груди, из которых у 44 (18,8 %) было ранение сердца и перикарда.

Женщин было 8, мужчин — 36 в возрасте от 18 до 50 лет. В течение первого часа после ранения поступили 16 пострадавших, второго часа — 7, третьего — 4,

позднее — 4 (у 13 больных из-за выраженного алкогольного опьянения время травмы уточнить не удалось). В состоянии алкогольного опьянения поступили 32 больных. В удовлетворительном состоянии были 9 больных, в состоянии средней степени тяжести — 10, в тяжелом — 14, предагональном — 11.

У 40 больных было ранение груди слева, у 4 — справа, у 8 пациентов рана была вне проекции сердца (на

спине, боковых поверхностях груди, на передней брюшной стенке). Множественные раны груди были у 7 больных. Повреждение левого желудочка выявлено у 24 больных, правого желудочка — у 2, правого предсердия — у 4, левого предсердия — у 4, перикарда — у 10. Малый гемоторакс был у 21, средний — у 12, большой — у 2, гемоперикард — у 23 пострадавших. Наряду с ранением сердца имелись повреждения легкого — у 14, внутренней грудной артерии — у 5, диафрагмы — у 5, желудка — у 2, печени — у 1, кишки — у 1. Размеры ран перикарда и сердца колебались от 0,6 до 3 см.

Из клинических признаков наиболее часто отмечались бледность кожных покровов (30), холодный липкий пот (4), нитевидный пульс (18), поверхностное дыхание (17), приглушенность сердечных тонов (30), признаки тампонады сердца (4).

У большинства больных регистрировалось снижение гемодинамических показателей с колебаниями артериального давления от 90/50 до 20/0 мм рт. ст., пульса — от 88 до 140 в 1 мин. У 5 пациентов при поступлении в стационар артериальное давление и пульс на периферических артериях не определялись. У 6 больных венозное давление колебалось в пределах 17–24 см вод.ст.

Диагноз ранения сердца ставится на основе изучения механизма травмы, клинической оценки состояния пострадавшего, степени шока, выявления симптомов тампонады сердца (триада Бека). Для диагностики и оценки тяжести травмы, помимо общеклинических методов, мы используем определение центрального венозного давления, производим электрокардиографию и пункцию перикарда.

Рентгенография грудной клетки выполнена нами у 31 больного, расширение границ сердца выявлено у 5 из них. Диагностическая пункция перикарда произведена у 1 больного, поступившего через 9 суток после ранения.

В состоянии клинической смерти поступили 4 больных. Сразу в приемном отделении была выполнена пункция перикарда, устранена тампонада сердца. Все эти больные выздоровели.

Особенно трудна диагностика у больных, поступивших в состоянии легкого или умеренного опьянения, находившихся в момент поступления в удовлетворительном состоянии, а также при наличии повреждения других органов. Все это смазывает клиническую картину ранения сердца. Последующие жалобы больных на боль в области сердца, сердцебиение нередко относят к проявлениям общего функционального расстройства нервной системы на фоне «похмельного» синдрома или объясняют преувеличением тех обычных ощущений, которые имеют почти все раненные в грудь. В последующем у них неожиданно наступает резкое падение сердечной деятельности.

сти, что обусловлено выталкиванием тромба, закупоривающего раневой канал в сердце, что имело место в 2 наблюдениях.

Клиника изолированного ранения перикарда во многом сходна с таковой при ранении сердца. В наших наблюдениях чаще всего наблюдалась картина малокровия, тахикардия, беспокойство больного. У 2 больных аускультативно определялся «шум мельничного колеса» — булькающий звук, характерный для скопления крови в полости перикарда. У всех 10 пациентов с изолированным повреждением перикарда истинный характер ранения выявлен только во время операции.

В отношении лечения больных с ранениями сердца мы придерживаемся активной тактики. Необходимые противошоковые и реанимационные мероприятия производились при транспортировке больных, во время подготовки к операции, а также на протяжении оперативного вмешательства. Большое значение в инфузионной терапии придавали центральному венозному давлению (ЦВД). При высоких показателях ЦВД инфузию растворов до ликвидации тампонады сердца резко ограничивали.

При локализации раны слева от грудины оптимальным доступом считаем переднебоковую торакотомию в пятом межреберье. При ранах справа от грудины выполняли правостороннюю переднебоковую торакотомию в четвертом межреберье. Все раны сердца зашивали узловыми или П-образными швами. Для предупреждения прорезывания швов (особенно при алкогольном миокардите) использовали прокладки из синтетических тканей. Раны перикарда зашивали редкими швами с обязательной контрапертурой.

Из оперированных больных умерли 5 (11,4%) вследствие массивного кровотечения и остановки сердца во время операции.

В послеоперационном периоде признаки субэпикардальной ишемии передней стенки левого желудочка имелись у 13 больных, умеренных нарушений обменных процессов в миокарде — у 10, тотальная ишемия миокарда — у 3. У 4 больных при выписке изменений ЭКГ не выявлено.

Послеоперационный период осложнился перикардитом у 11, пневмонией — у 5, лигатурным свищом — у 1, алкогольным психозом — у 1, ателектазом доли легкого — у 1 больного. Время пребывания больных в стационаре — 29,3 койко-дня.

Выводы. Организация экстренной медицинской помощи при травме груди — один из путей повышения эффективности лечения пострадавших с ранением сердца и перикарда. Ранения сердца и перикарда сопровождаются тяжелыми нарушениями кровообращения и требуют неотложной интенсивной терапии. Диагноз раны и тампонады сердца является показанием к неотложной операции.

Лапароскопик холецистэктомияда умумий ўт йўллари жароҳатланишининг олдини олиш

Ахбаров Б.М., Махмудов Н.И., Расулов А.Ф., Сирожидинов У.К., Хайдаров Е.Х.

РШТЎМнинг Фарғона филиали

РШТЎМнинг ФФ абдоминал жароҳлик бўлимида 2007 йилдан 2011 йилгача бўлган давр оралиғида 314 та беморда лапароскопик холецистэктомия (ЛХЭ) амалиёти бажарилган. Шулардан 254 та (80,8%) беморда ўткир калькулёз холецистит, 60 та (19,2%) беморда эса

сўрункали тошли холецистит ташхиси қўйилган. Ўткир калькулёз холецистит катарал формаси билан 92 та (36,2%), флегмоноз формаси билан 148 та (58,2%), гангреноз формаси билан эса 14 та (5,6%) беморларда ЛХЭ бажарилган. Беморларнинг ёши 17 дан 78 ёшгача

бўлиб, булардан 264 таси (84,1%) аёллар, 50 таси (15,9%) эркекларни ташкил қилди. Сурункали холециститларда ЛХЭ жаррохлик амалиётини ўртача давомийлиги 56 минут, ўткир холециститларда эса 80 минутни ташкил қилди.

Умумий ўт йўли холодохнинг жароҳатланиш асорати 2 та (0,6%) беморда кузатилди. Булардан биттаси 59 ёшли беморда ўткир гангреноз калькулёз холецистит ташхиси билан кўплаб битишмалар ва ўт пуфаги инфльтрациялашганлиги туфайли бўйинча қисмидан ажратиш вақтида холодохнинг деворини қисман электрокоагуляция натижаси жароҳатланиши юз берди. 48 ёшли иккинчи беморда сурункали калкулёз холецистит хуружлари жуда кўп йиллар давомида безовта қилиб келган, кўплаб битишмалар билан қопланганлиги туфайли ўт пуфаги бўйинча қисмидан ажратишиб, клипсланиб ва кесиш вақтида холодох бутунлай кесиб юборилган. Операциядан кейинги 2-3-кунларда беморда сариқлик белгилари кузатила бошлагач, беморни УТТ текшируви ва биохимик таҳлиллардан кейин, қайта операцияга олиниб, лапаротомия қилинди. Холодох жигар орқали каркас билан найчаланди.

Бу иккала асоратлар ҳам шифохонамизда ЛХЭ амалиёти тадбиқ қилина бошлаган вақтларда кузатилган. ЛХЭда умумий ўт йўллари жароҳатланишининг олди-

ни олиш мақсадида биринчи навбатда беморни клиник ва УТТ хулосаларига асосланиб, амалиётга кўрсатма бор ёки йўқлигини аниқлаб олиш шарт. Лапароскопик амалиёт вақтида ўт пуфаги бўйинча қисмидан ажратишда ўт пуфаги деворидан бошлаб ажратиб бориш ва Гартман чўнтагида ўт йўлини бошланишини кўриб ишонч ҳосил қилиш керак. Эндоқисқич ёрдамида максимал даражада тортиб, эхтиёткорлик билан ўт пуфаги найининг орқа ва латериал деворлари ажратилади, кейин медиал томонини ажратиш керак. Ўт пуфаги найи ва жигар орасида «дарча» ҳосил қилиб, ўт пуфаги бўйинчаси ва умумий ўт йўли аниқ кўринса, бу соҳада бошқа найсимон ҳосилалар кўринмаса, шунга тўлиқ ишонч ҳосил қилинган, ўт йўли клипсланиб кесилади ва ўт пуфагини жигардан ажратишни бошлаш керак. Бундан ташқари яна эндохирургик асбоб-анжомларни етарли даражада бўлиши, эндохирургик жамоа юқори малакага эга бўлиши, яъни эндохирургикамида 5 йиллик тажрибага эга бўлиши, амалиёт вақтида ўт йўллари анатомик идентификация қилишни имкони бўлмаганда ўт йўллари жароҳатланишини олдини олиш мақсадида лапароскопик амалиётни тўхтатиб, анъанавий усулга ўтиш операция пайтида ва операциядан сўнги даврда асоратларни қамайтириш учун муҳим аҳамиятга эга.

Результаты лечения травматических повреждений мочевого пузыря

Баймурадов Н.У., Пирматов И.Р., Шодиев А.Ю.

Навоийский филиал РНЦЭМП

В Навоийском филиале РНЦЭМП в 2000-2011 гг. на лечении находились 47 больных с повреждениями мочевого пузыря. Возраст пострадавших - 30-50 лет. У 31 (65,9%) пациентов отмечалась гематурия. 32 (68 %) пострадавших поступили в стационар в течение 6-12 часов, 15 (31,9%) — 12-24 часов после травмы. Травму в дорожно-транспортном происшествии получили 27 (57,4%) пострадавших, бытовые травмы были у 17 (36,1%), ятрогенные — у 3 (6,3%).

У 11 (23,4%) больных диагностирован внебрюшинный разрыв, у 28 (59,5%) — внутрибрюшинный, неполные разрывы стенки мочевого пузыря отмечались у 8 (23,5%) пациентов.

Оперативному вмешательству были подвергнуты 39 (82,9%) больных. У 1 больного повреждение задней стенки мочевого пузыря сочеталось с повреждением передней стенки прямой кишки.

Всем больным произведена срединная лапаротомия с ушиванием разрыва стенки мочевого пузыря с экстрAPERитонизацией, эпицистостомия, санация и дренирование брюшной полости, околопузырного пространства и малого таза.

У 32 больных, поступивших в стационар в течение первых 6-12 часов, послеоперационный период протекал без осложнений, из 15 больных, госпитализированных спустя 12-24 часа, у 3 (20%) в послеоперационном периоде отмечалось повышение температуры тела, у 12 (80%) — вздутие живота, парезы кишечника, в связи чем сроки их пребывания в стационаре увеличились.

Вывод. При своевременной диагностике и оперативном вмешательстве при внутрибрюшинных разрывах мочевого пузыря, правильном дренировании мочевого пузыря и клетчатки таза прогноз в послеоперационном периоде благоприятный.

Пути улучшения результатов лечения больных с поражением ветвей дуги аорты при неспецифическом аортоартериите

Бахритдинов Ф.Ш., Суюмов А.С., Гаппаров С.М., Нурмухамедов М.Г.

Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В.Вахидова

Неспецифический аортоартериит (НАА) представляет собой самостоятельное аутоиммунное системное заболевание аорты и крупных магистральных артерий, которое чаще всего вызывает стенозирование сосуда и приводит к ишемии органа. Известно, что активность воспалительного процесса влияет на исход реконструктивных операций в ближайшем и отдаленном периоде. Адекватное подавление воспалительного процесса способно уменьшить число осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде.

Цель — улучшение результатов хирургического лечения поражений ветвей дуги аорты при неспеци-

фическом аортоартериите путем снижения активности воспалительного процесса с помощью пульс-терапии.

Материал и методы. В отделении хирургии сосудов находились 84 пациента с НАА, из них мужчин — 16 (19%), женщин — 68 (81%). Средний возраст больных 24,8±4,7 года. Больные разделены на две группы. В 1-ю группу вошли 30 пациентов с изолированным поражением ветвей дуги аорты, высокой активностью воспалительного процесса (с высокой СОЭ, уровня С-реактивного белка и температурой тела до субфебрильных цифр). 21 больному проведена трехдневная пульс-терапия с солугенитолом и циклофосфаном в

дозировке 1000 мг на один курс. Остальным 9 пациентам в дооперационном периоде трехдневная пульс-терапия не проводилась в связи с подострым и хроническим течением заболевания. После операции у этих больных отмечалось повышение СОЭ до 40 ± 5 мм/ч, в связи с чем им была проведена пульс-терапия по вышеуказанной схеме. При этом СОЭ снизилось в среднем до 15 ± 3 мм/ч.

2-ю группу составили 54 пациента. У этих больных ретроспективный анализ результатов лечения проведен по архивным данным. Больным назначали глюкокортикостероиды (ГКС) в терапевтических дозах, нестероидные противовоспалительные препараты, экстракорпоральную детоксикацию. В результате проведенного лечения у 25 (46,3%) пациентов при длительном приёме ГКС отмечена прибавка массы тела, развитие кушингоидного синдрома, дегенеративные изменения в костях; осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта. Для адекватной подготовки этих

больных к хирургическому лечению потребовалось 20–30 дней.

Результаты. Все больные 1-й группы оперированы. Характер операций зависел от локализации поражения. В послеоперационном периоде у 12 пациентов 1-й группы наблюдалось повышение СОЭ до 25 мм/ч, в связи с чем у них продолжен курс пульс-терапии. При этом СОЭ нормализовалась в течение трех дней. В этой группе больных осложнений пульс-терапии не отмечено, для подавления активности воспалительного процесса длительного применения ГКС не потребовалось.

Выводы. 1. Все больные с НАА должны обследоваться с определением СОЭ. 2. Больные с НАА с наличием активного воспалительного процесса нуждаются в короткой, эффективной и безопасной пульс-терапии для подготовки к операции. 3. Результаты реконструктивных операций у пациентов с НАА зависят от активности воспалительного процесса.

Частота послеоперационных пневмоний после экстренных оперативных вмешательств

Бахромов З.Б., Янгиев Б.А., Бозоров З.С.

Навоийский филиал РНЦЭМП

Пневмония — самое частое осложнение послеоперационного периода. Частота послеоперационных пневмоний не зависит от вида обезболивания и вида анестетика. Однако длительность операции и наркоза, погрешности при его проведении увеличивают риск развития послеоперационной пневмонии. Наиболее часто пневмония развивается на 2–6-е сутки после операции.

В основе патогенеза послеоперационных пневмоний лежат нарушение дренажной функции бронхиального дерева, обуславливающее попадание в него инфицированных инородных частиц и задержку выведения секрета, нарушения вентиляции легких и легочного кровообращения, эндогенная и экзогенная инфекция. Пневмония в послеоперационном периоде может быть ателектатической, аспирационной, гипостатической, инфаркт-пневмонией и интеркуррентной.

Изучение 1311 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в 1-м хирургическом отделении Навоийского филиала РНЦЭМП, показало, что пневмония осложнила течение основного заболевания в 1,6% случаев. Причем более чем в половине случаев пневмония не была диагностирована своевременно, и адекватное лечение начато поздно. Это связано с недостаточной информированностью врачей о нозоло-

минальной инфекции, а также с атипичным течением заболевания.

Причиной послеоперационной пневмонии у больных хирургических отделений часто является искусственная вентиляция легких (21,5%). Послеоперационная пневмония на фоне ИВЛ носила двусторонний характер, отличалась тяжестью течения и резистентностью микробной флоры к антибактериальным препаратам. С этим связана высокая летальность от этой патологии.

Высокий процент послеоперационной пневмонии наблюдается при хирургических вмешательствах, обусловленных гематогенным проникновением вирулентной флоры в паренхиму легких.

Профилактика пневмоний должна начинаться еще до операции: санация полости рта, дыхательных путей, промывание желудка накануне операции. Необходимо предупредить переохлаждение больного как накануне операции, так и в операционной.

Учитывая характер микробной флоры (грамотрицательная синегная и кишечная палочка, энтеробактерии, грибы, золотистый стафилококк), наиболее эффективны в лечении послеоперационной пневмонии цефалоспорины 3-4-го поколений и фторхинолоны, а также макролиды.

Отдаленные результаты после операций АКШ и стентирования коронарных сосудов

Бахронов У.Ш., Эгамова Н.Т., Тошев О.Б.

Навоийский филиал РНЦЭМП, МСЧ «Кизилкумцемент».

В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания являются одной из главных причин смертности населения. Лекарственные препараты, которые назначают при стенокардии, приносят временное облегчение и, к сожалению, не могут ликвидировать стенозы (сужения) и окклюзии (закупорки) сосудов — причину инфаркта миокарда и стенокардии. Примерно 26% пациентам проводится хирургическая коррекция коронарного кровотока (коронарная ангиопластика и стентирование сосудов сердца).

Цель нашей работы — наблюдение за больными,

которым ранее были проведены операции на коронарных сосудах сердца.

В Навоийском филиале РНЦЭМП и МСЧ «Кизилкумцемент» под наблюдением находились 29 больных мужчин среднего и пожилого возраста, которые в сроки от 6 месяцев до 10 лет были оперированы в центральных клиниках. У 9 было выполнено АКШ, у остальных — стентирование коронарных сосудов. Почти все пациенты после операции отмечали значительное улучшение общего состояния и исчезновение ангинозных приступов. Лишь у одного больного воз-

никшая после перенесенного АКШ вновь стенокардия, через 3 года после операции потребовала дополнительного стентирования. Т.е. 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 этих пациентов были выявлены следующие сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь — у 24, сахарный диабет — у 9, ожирение — у 11. В данный момент 5 из 29 больных жа-

лоб не предъявляют, гемодинамические нарушения не наблюдались. На головные боли жалуются 6, снижение толерантности при физической нагрузке — 5, боли в области сердца — 5, перебои в работе сердца — 4, незначительную одышку — 4.

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.

Тромбоэмболии магистральных артерий нижних конечностей при мерцательной аритмии сердца

Бекназаров Ш.А., Мадартов К.М., Худойкулов Б.К.

Сурхандарьинский филиал РНЦЭМП

В отделение хирургии Сурхандарьинского филиала РНЦЭМП в 2008-2012 гг. были оперированы 14 больных с эмболией артерий нижних конечностей различной локализации. Мужчин было 9 (64,3%), женщин — 5 (35,7%). Возраст больных — 32-84 лет ($61,5 \pm 1,9$ года). У всех больных отмечалась мерцательная аритмия на фоне какой либо сердечной патологии. При этом анамнез мерцательной аритмии составил от 1 года до 7 лет. 4 больных были с ревматическими пороками сердца (3 — митрального клапана, 1 — митро-аортальное сочетание порока). У 2 пациентов отмечались миокардиты ревматического происхождения с переходом на ишемическую болезнь сердца. У остальных 8 пациентов причиной развития мерцательной аритмии была ИБС. У 7 пациентов в анамнезе был острый инфаркт миокарда с развитием постинфарктного кардиосклероза, у 1 — с постинфарктной аневризмой левого желудочка. У 2 больных был диагностирован также сахарный диабет 2-го типа, у 3 — гипертоническая болезнь II ст.

У 5 больных отмечалась эмболия подвздошной, у 7 — бедренной, у 2 — бифуркации подколенной артерии. К сожалению, больные обращались за медицинской помощью в поздние сроки: в течение первых 6-8 часов были оперированы только 4 больных, в течение суток — 8, на 2-3-и сутки еще 2. Всем больным были выполнены доплерографические исследования для выявления уровня локализации эмболизации и состояния периферического русла. По этим параметрам больные были разделены на две группы. 1-я с состоятельным периферическим руслом на всех уровнях с умеренным развитием атеросклероза стенок сосудов (6) и с выраженным развитием атеросклероза стенок и отсутствием кровотока в подколенной и берцовых артериях (8). Все больные были оперированы через стандартные доступы к магистральным артериям нижних конечностей. Наиболее часто выполнялся бедренный доступ в в/3 бедра (10). Только у 4 пациентов применен медио-тибиальный доступ. Все больные в послеоперационном периоде получали антикоагулянтную и дезагрегантную терапию. Учитывая патологию со стороны сердца, объем инфузионной терапии был ограниченным для предотвращения возможной перегрузки правых отделов сердца с развитием отека легких. Всем больным в раннем послеоперационном

периоде выполнялось также эхокардиографическое исследование с обязательной визуализацией отделов сердца. У 4 пациентов при эхокардиографии были визуализированы тромбы левых отделов сердца. В раннем послеоперационном периоде у больных с малым сроком острой ишемии конечности на фоне состоятельного периферического русла (1-я группа) восстановление кровообращения в нижней конечности было быстрым и полноценным. На фоне проводимой инфузионной и симптоматической терапии быстро восстанавливалась пульсация на артериях нижних конечностей. У больных 2-й группы, у которых диагностированы окклюзионные поражения дистальных отделов магистральных артерий нижних конечностей и выраженный атеросклероз сосудов, восстановительный период протекал более медленнее. У 2 больных восстановить полноценный кровоток в артерии нижних конечностей не удалось из-за невозможности проведения катетеров Фогарти в периферическое русло. У 1 больного в последующем развились гнойно-некротические осложнения пальцев стопы. Он был переправлен областной центр гнойной хирургии для долечивания. У второго больного, поступившего на исходе 2-х суток, на фоне предшествующего сахарного диабета, развилась необратимая ишемия нижней конечности, в связи с чем ему была выполнена ампутация на уровне бедра. У остальных больных признаков ишемии конечности не было. Заживление ран было первичным. Все больные были выписаны в удовлетворительном состоянии для дальнейшего наблюдения у врачей-кардиологов. 1 больной умер на 10-е сутки после выписки от острого нарушения мозгового кровообращения, возможно, тромбоэмболического происхождения.

Таким образом, мерцательная аритмия сердца может осложняться тромбоэмболией магистральных артерий нижних конечностей с развитием их острой ишемии. При подозрении на эмболический характер развития ишемии нижних конечностей необходимо проведение доплерографического и эхокардиографического исследования, что может значительно облегчить определение уровня эмболизации, состояния периферического русла и даст возможность выбрать оптимальный метод оперативного лечения.

Результаты лечения больных острым пиелонефритом

Болтаев Д.Э., Мадаминов А.С., Фаттаев Р.Ф.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Острый пиелонефрит представляет собой острый воспалительный процесс в почечной паренхиме и чашечно-лоханочной системе. Гнойные формы пиелонефритов развиваются у 30% больных. Ретроспективно нами были изучены истории болезни пациентов, госпитализированных в 2000-2010 гг. в Хорезмский филиал РНЦЭМП по поводу острого пиелонефрита.

Цель исследования — изучение результатов лечения больных острым пиелонефритом.

Из 7015 пациентов, экстренно госпитализированных в отделение урологии, острый пиелонефрит был диагностирован у 811 (11,6%). Женщин было 467 (57,6%), мужчин 344 (42,4%). Возраст больных — 17-79 лет.

Серозный пиелонефрит был у 539 (66,5%); гнойные формы — у 272 (33,5%). Первичный пиелонефрит диагностирован у 124 (15,3%), вторичный — у 687 (84,7%) больных. Причины вторичного пиелонефрита: нефроптоз — у 44 (5,4%), беременность — у 48 (6%), восходящая инфекция — у 230 (28,3%), МКБ — у 265 (32,7%), аномалии развития мочевыводящих путей — у 47 (5,8%), инфравезикальная обструкция — у 60 (7,4%), травма мочеполовой системы — у 19 (2,4%), сахарный диабет — у 98 (12 %).

После начала консервативной терапии у 564 (69,6%) больных наблюдалась положительная динамика, благодаря чему удалось добиться ремиссии. Хирургическое вмешательство потребовалось 247

(30,4%) больным. Гнойный пиелонефрит был у 198 (80,2%), серозный — у 49 (19,8%). Традиционным путём выполнена 221 (89,7%) операция, эндоскопическим — 26 (10,3%). Органосохраняющие операции удалось произвести у 211 (85,4%) больных. В связи с тяжёлыми деструктивными изменениями, занимающими более 2/3 почки у 36 (14,6%) больных выполнена нефрэктомия. Если учитывать, что нефрэктомия выполнялась только при гнойном пиелонефрите, то частота её достигает 19% (7 больных).

На прогноз оперативного вмешательства влияет длительность заболевания. Так, из 85 (34,4%) больных, оперированных в первые трое суток, нефрэктомия была выполнена только у 5 (6%). В то же время если больной госпитализировался позже четырёх суток от начала заболевания (161 случая), то частота нефрэктомий увеличивалась до 19,3%. В послеоперационном периоде умер 1 больной от уросепсиса и явлений бактериотоксического шока в связи с поздним обращением.

Выводы. 1. Большинство больных острым первичным пиелонефритом эффективно лечатся консервативно. 2. Результаты лечения больных острым пиелонефритом зависят от его формы и времени госпитализации больных. 3. При гнойном обструктивном пиелонефрите частота нефрэктомий находится в прямой зависимости от сроков оперативного вмешательства.

Наш опыт ведения больных с острым обструктивным пиелонефритом

Болтаев Д.Э., Мадаминов А.С., Сиддиков Ш.С.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Острые воспалительные заболевания почек, несмотря на современные методы диагностики и лечения, представляют серьёзную проблему. Острый обструктивный пиелонефрит протекает как тяжёлое инфекционное заболевание, сопровождающееся выраженной интоксикацией. К тяжёлым гнойным его формам относят апостематозный пиелонефрит, карбункул почки и абсцесс почки. Заболевание может осложниться сосочковым некрозом и почечной недостаточностью, что может привести в ряде случаев к летальному исходу.

За 10 лет (2000-2010 гг.) в отделении урологии на лечении находились 811 пациентов с острым пиелонефритом, из них вторичный был у 687. Причиной вторичного пиелонефрита у 265 (32,7%) пациентов явилась мочекаменная болезнь. Кроме того, вторичный пиелонефрит развивался вследствие нефроптоза, восходящей инфекции, аномалий развития мочевыводящих путей, инфравезикальной обструкции, травм мочеполовой системы, сахарного диабета.

Хирургические вмешательства были произведены 215 (81,1%) больным, из них с гнойным пиелонефритом — 241 (91%), серозным — 24 (9%). Органосохраня-

ющие операции выполнены у 194 (90,2%) больных острым обструктивным пиелонефритом. В связи с тяжёлыми деструктивными изменениями, занимающими более 2/3 почки, 21 (9,8%) больному выполнена нефрэктомия.

Были произведены следующие органосохраняющие операции: нефростомия + декапсуляция — 67 (34,5%); литотомия + нефростомия + декапсуляция — 62 (32%); литотомия + нефростомия — 47 (24,6%); чрескожная пункционная нефростомия (ЧПНС) — 19 (10%), вскрытие и дренирование паранефрия — 10 (5,2%); внутреннее дренирование почки — 4 (2%).

В послеоперационном периоде умер 1 больной от уросепсиса и явлений бактериотоксического шока в связи с поздним обращением.

Выводы. 1. Больные с обструктивным пиелонефритом нуждаются в срочном восстановлении пассажа мочи (катетеризация, стент, ЧПНС или открытая операция). 2. Наличие острого пиелонефрита, особенно гнойных его форм, осложняет течение мочекаменной болезни, в значительной степени увеличивает число органосохраняющих операций.

Инородное тело сердца и восходящей аорты вследствие миграции спицы Киршнера (случай из практики)

Болтаев Д.Э., Машарилов К.М., Раджапов О.С., Машарилов Ж.К.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

В литературе описаны единичные случаи миграции металлических конструкций с повреждением органов грудной клетки и средостения.

Больной Ж., 15 лет, 17.06.08 г. поступил в отделение сочетанных и осложненных травм с нейрохирургией Хорезмского филиала РНЦЭМП с жалобами на боли в грудной клетке слева, одышку, сердцебиение, общую слабость.

Из анамнеза 15.03.08 г. больной оперирован в Кошкунирском РМО с диагнозом «Переломо-вывих грудинного конца правой ключицы со смещением костных отломков». Был выполнен металлоостеосинтез двумя спицами Киршнера и П-образным швом. Лечился амбулаторно, гипсовая повязка снята через 4 недели. Через 3 мес. после операции появились боли в грудной клетке, сердцебиения, усиливающиеся при нагрузке. За медицинской помощью не обращался, лечился самостоятельно. В последующие дни боли усилились, по поводу чего больной был госпитализирован на стационарное лечение для удаления спиц.

При поступлении состояние средней тяжести. Положение активное, больной правильного телосложения, кожные покровы обычной окраски. В области правой ключицы окрепший послеоперационный рубец. Экскурсия левой половины грудной клетки ограничена. Аускультативно дыхание слева резко ослаблено. Тоны сердца глухие, неритмичные. АД — 110/60 мм рт. ст., пульс — 98 в 1 мин. На ЭКГ-синусовая тахикардия. На рентгенограмме грудной клетки на фоне левого легкого и сердца определяется инородное тело (две спицы).

В 18.06.08 г. под эндотрахеальным наркозом средним стерильным доступом проведена торакото-

мия. Выделен перикард. Перикард напряжен. Вскрыт перикард. Из полости перикарда начала поступать геморрагическая жидкость. Эвакуировано около 200 мл. Ревизия: при осмотре в области передней стенки восходящей аорты имеется спица, длиной 2 мм вколоченная в аорту. Вокруг спицы отмечается воспаление стенки аорты. Вокруг спицы скудное кровотечение. Спица удалена. Ранение аорты размером 2 мм. После удаления спицы пульсирующее кровотечение из аорты. Рана ушита одним П-образным швом Проленом 5:0. Кровотечение остановлено. При дальнейшей ревизии еще одна спица длиной 4 см свободно находится в полости перикарда в области задней стенки левого желудочка. Спица удалена. Полость перикарда промыта фурацилином. Повреждения других отделов сердца не найдены. Установлена дренажная трубка в полости перикарда и в загрудинное пространство. Установлена промывная система в полости перикарда. Грудина ушита толстым шелком. Послойные швы на операционную рану. Послеоперационный период протекал гладко. Выписан 26.06.08 г. в удовлетворительном состоянии. Осмотрен через 2 мес. Жалоб нет.

Ретроспективный анализ позволяет предложить, что во время остеосинтеза одна спица не обеспечила фиксации и была проведена вторая. Отсутствие должного контроля, физическая нагрузка привели к миграции металлической спицы в полость средостения, восходящую аорту и полость перикарда.

Данный случай подчеркивает опасность возможной миграции инородного тела после металлоостеосинтеза даже с контралатеральной стороны. В послеоперационном периоде необходим рентгенологический контроль и своевременное удаление конструкций.

Опыт применения эндовидеохирургических технологий при травме органов живота у детей

Болтаев Д.Э., Эгамов Б.Ж., Каландаров И.А., Назаров А.К., Тангриберганов Т.К.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Цель работы - улучшение результатов диагностики и лечения при травмах органов брюшной полости у детей.

В отделении детской хирургии Хорезмского филиала РНЦЭМП в 2008-2011 гг. находилось 28 детей в возрасте от 4 до 14 лет с закрытой сочетанной травмой органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Диагностика политравмы была затруднена и усложнялась черепно-мозговой травмой, наличием травматического шока и вызванного этим расстройством сознания. Состояние больных при поступлении было оценено как тяжелое и крайне тяжелое. Реанимационные мероприятия начинали сразу же после поступления больного в приемное отделение. Одновременно проводился объективный осмотр больного с использованием клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования с привлечением смежных специалистов (реаниматолог, травматолог, нейрохирург) для уточнения масштабов травмы и тактики лечения.

При поступлении всем детям было проведено ульт-

развуковое сканирование органов грудной и брюшной полости.

При закрытой травме брюшной полости у 19 (67,8%) пострадавших при клиническом наблюдении с использованием неинвазивных методов исследования не удалось полностью исключить острую хирургическую патологию со стороны органов брюшной полости. Ушиб передней брюшной стенки без повреждения внутренних органов выявлен у 9 (32,1%) детей, у остальных 19 больных отмечалось расстройство сознания различной степени и у всех выявлен травматический шок, который обуславливал тяжесть состояния. Эхоскопически повреждения органов брюшной полости и внутрибрюшное кровотечение не были исключены.

Во всех случаях, когда клинические признаки были недостаточными для того, чтобы подтвердить или отвергнуть повреждение органов живота, сомнения разрешались тремя путями: наблюдением, лапаротомией или лапароскопией. Лапароскопия позволяла оценить характер патологии в брюшной полости и забрюшинном пространстве, установить клинический диагноз,

сформулировать показания к оперативному вмешательству у 16 (57,1%) больных, к консервативной терапии — у 3. У 3 (10,7%) больных лапароскопия позволила ограничиться эндоскопическими манипуляциями: санацией и дренированием брюшной полости, ушиванием и коагуляцией места кровотечения и др.

Выводы. 1. Наблюдение за состоянием пострадавшего может поставить диагноз и оценить состояние. Однако опасность выжидания преуменьшить нельзя, так как можно упустить время для успешного вмешательства. Наличие сочетанной черепно-мозговой трав-

мы и вызванное этим нарушение сознания, а также наличие травматического шока значительно затрудняют диагностику повреждений органов брюшной полости. 2. Наиболее верным способом разрешения диагностических сомнений в таких случаях является диагностическая лапароскопия. Лапароскопия в диагностике повреждений органов брюшной полости у детей — высокоинформативный метод исследования, позволяющий своевременно поставить диагноз и выбрать тактику лечения.

Пути снижения тромбоэмболических осложнений при лапароскопических операциях

Болтаев Д.Э., Сабилов А.К., Рахимов Б.Я., Аллабергенов К.Р.

Хорезмский Филиал РНЦЭМП

Одной из важнейших проблем современной медицины является необходимость широкого внедрения в клиническую практику эффективных мер профилактики венозных тромбоэмболических осложнений (ТЭО). Так, при проведении лапароскопических операций дополнительным фактором риска развития ТЭО является напряженный карбоксипневмоперитонеум.

Цель работы — определение тактики профилактики ТЭО при эндовизуальных холецистэктомиях.

В нашем центре лапароскопическая холецистэктомия произведена 345 больным, из них 61 мужчина и 284 женщины в возрасте от 22 до 70 лет (средний возраст 44,2 года). Больные поступали в стационар в экстренном порядке в сроки от 6 часов до 4 суток от начала заболевания. Время от момента поступления до начала операции составляло от 5 до 24 часов. Всем больным перед операцией проводилось стандартное обследование: клинический и биохимический анализы крови, ЭКГ, рентгенография грудной клетки, УЗИ брюшной полости, осмотр терапевта. Факторами риска развития ТЭО у 32 (9,3%) больных служила варикозная болезнь вен нижних конечностей в различных стадиях. Они были осмотрены сосудистыми хирургами, произведено ЦДС сосудов. У 22 (6,4%) больных был сахарный диабет, у 45 (13%) патология сердца и легких, у 20 (5,8%) заболевания желудка и кишечника, у 86 (24,9%) конституционное ожирение. 8 женщин находились в раннем послеродовом периоде. 26 (7,5%) больных были с явлением гиповолемии и повышением температуры тела свыше 38°C. Эти больные были осмотрены соответствующими специалистами, которые откорректировали их состояние. Определялась фракция сердечного выброса. Согласно классификации С. Samata, M. Samata (1999) была установлена умеренная степень риска послеоперационных ТЭО. Мы считаем, что залогом хорошего результата операции является адекватная подготовка больных к операции. Больным назначали инфузионную, спазмолити-

ческую терапию, антибиотикотерапию, обязательно устанавливали назогастральный зонд, промывали желудок перед операцией для декомпрессии верхнего этажа ЖКТ, проводили бинтование нижних конечностей до верхней трети бедра эластичным бинтом, у кормящих грудью больных сцеживали молоко за 1-1,5 часа до операции. Оптимальным способом антикоагулянтной профилактики ТЭО считаем использование низкомолекулярных гепаринов. Мы широко применяем препарат клексан (фирма «Sanofi Aventis») по 20-40 мг п/к за 2 часа до операции в зависимости от массы больного, характера сопутствующей патологии и в течение 6-7 дней после операции 1-2 раза в сутки. Премедикация за 30-40 мин с применением наркотического препарата. Всем произведена лапароскопическая холецистэктомия под общей анестезией ЭТН+ИВЛ, давление карбоксипневмоперитонеума поддерживали на уровне 9-12 мм рт.ст. Средняя продолжительность операции — 52-54 мин.

Послеоперационный период протекал в основном гладко, эластичные бинты снимали на 2-3-и сутки после активизации больных, инфузионная терапия продолжалась до коррекции гиповолемии. В среднем на 3-4-е сутки больные выписывались на амбулаторное лечение с рекомендациями продолжения получать инъекции Клексана в течение 3-4-х дней. У 4 (1,1%) больных послеоперационный период осложнился тромбозом глубоких вен нижних конечностей. Эти больные получали клексан в дозе 1 мг/кг 2 раза в сутки в течение 7-8 дней, после соответствующего лечения пациенты были выписаны. Только 1 больная (0,29%) с патологией сердца, варикозной болезнью и ожирением III ст/ умерла на 2-е сутки после операции из-за ТЭЛА.

Выводы: Проведение рекомендуемых предоперационных мероприятий, широкое использование клексана, позволяют надежно снизить частоту ТЭО в условиях напряженного карбоксипневмоперитонеума при лапароскопических операциях.

Релапаротомия после экстренных хирургических вмешательств

Болтаев Д.Э., Юлдашев Г.Ю., Собиров А.Р., Тожиев С.А., Эрниязов Э.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Повторные операции, необходимость в которых вызывается тяжелыми, угрожающими жизни осложнениями, всегда драматичны. Диагностические трудности, сложность определения лечебной тактики, деонтологические, психологические, а порой и юридические аспекты ставят перед хирургами сложные

задачи. Часто являясь практически основным методом лечения послеоперационных осложнений, релапаротомия из-за высокой летальности имеет весьма печальную славу у хирургов. Однако как бы не было морально трудно, во избежание в дальнейшей работе возможных ошибок необходимо постоянно анализи-

ровать собственные ошибки и неудачи.

Материал и методы. По данным историй болезни, протоколов первичных операций и релапаротомий, патологоанатомических вскрытий нами проанализированы причины развития послеоперационных внутрибрюшинных осложнений у urgentных хирургических больных. В 1998-2010 гг. в хирургическом отделении Хорезмского филиала РНЦЭМП произведено 14530 операций при заболеваниях и травмах органов брюшной полости. У 68 больных пришлось произвести релапаротомию.

Результаты и обсуждение. У 68 (0,5%) больных в послеоперационном периоде возникли различные по видам и тяжести осложнения, потребовавшие повторных вмешательств, 79 больным произведена релапаротомия. Возраст больных от 15 до 72 лет. Летальность составила 17,6% (12 больных). Наиболее высокая летальность была в группе больных 40-60 лет, поэтому данную возрастную категорию больных нужно отнести к группе риска развития ранних послеоперационных осложнений. Осложнения, потребовавшие выполнения релапаротомий: диффузный перитонит — у 13 (19,1%), гнойники брюшной полости — у 19 (27,9%), эвентрация — у 5 (7,4%), механическая кишечная непроходимость — у 10 (14,7%), кровотечение — у 9 (13,2%), несостоятельность швов анастомоза — у 12

(17,6%). 11 (16,2%) больным произведена повторная релапаротомия. Основными причинами повторных релапаротомий были перитонит (5), абсцессы брюшной полости (3), эвентрация, кровотечение (1), несостоятельность швов анастомоза (1), панкреатит (1).

Основными причинами послеоперационных осложнений и выполнения релапаротомии явились продолжение течения основного заболевания, хирургические ошибки, особенности иммунореактивности организма. Кроме того, следует подчеркнуть, что благоприятный исход любой операции, тем более повторной, возможен лишь при своевременном ее выполнении. Трудности диагностики послеоперационных осложнений обусловлены различными факторами, одним из которых является интенсивная терапия. Действительно, лечение, проводимое с целью коррекции дефицита объема циркулирующей крови, кислотно-щелочного состояния, водно-электролитного, белкового баланса, введение антибактериальных средств значительно маскируют клинические признаки катастрофы в брюшной полости. К запоздалому выполнению операции приводит также психологический барьер, удерживающий хирурга от повторного вмешательства. В этих условиях решающим является применение всего арсенала диагностических средств.

Причины неблагоприятных исходов хирургического лечения больных острым холециститом

Болтаев Д.Э., Юлдашев Г.Ю., Ниязметов С.Б., Собиров А.Р., Хаитбоев С., Тожиев С.А.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Цель исследования — изучение причин послеоперационной летальности у больных острым холециститом.

Материал. За 10-летний период (2001-2010 гг.) по поводу острого холецистита прооперированы 2218 пациентов. Послеоперационная летальность составила 1,9% (87 больных). Был произведен ретроспективный анализ историй болезни и протоколов патогистологического вскрытия умерших пациентов.

Результаты. Среди 87 умерших пациентов преобладали лица старших возрастных групп — 82 пациента (94,3%), в том числе старше 60 лет — 24 (27,6%), старше 70 лет — 25 (28,7%), старше 80 лет — 38 (37,9%). 81 (93,1%) больной поступил позже суток от начала заболевания. Основной причиной поздних поступлений было несвоевременное обращение за медицинской помощью, попытка самолечения. Диагностические ошибки на догоспитальном этапе послужившие причиной поздних госпитализаций, у 28 (32,2%) больных. Гиподиагностика острого холецистита вследствие ошибок работников скорой помощи отмечена у 11 (12,6%), врачей поликлиник — у 9 (19,3%), врачей-инфекционистов — у 5 пациентов (5,7%). По результа-

там протоколов патогистологического вскрытия у 94% умерших пациентов имели место деструктивные изменения в желчном пузыре, у 62% флегмонозные, у 30% — гангренозные. Перитонит наблюдался у 15 (у 10 местный, у 5 распространенный). У 37 больных острый холецистит сочетался с холедохолитиазом, причем у 23 из них отмечалось механическая желтуха. В первые сутки после поступления оперированы (19,5%), спустя сутки — (37,9%), 41 пациент прооперирован спустя 2 суток и более. Оперативно-тактические ошибки при выполнении хирургического вмешательства допущены у 9 (10,4%) умерших, а оперативно-технические — у 4 (4,6%). Основной непосредственной причиной смерти у 32 (36,8%) стали гнойно-септические осложнения, у 29 (33,3%) — острая сердечно-сосудистая недостаточность, у 13 (19,1%) — острая печеночная недостаточность.

Выводы. Улучшения результатов хирургического лечения острого холецистита можно добиться расширением показаний к ранним вмешательствам, использованием видеолaparоскопии при деструктивном холецистите, особенно у больных пожилого возраста.

Послеоперационные осложнения в хирургии желчных путей, их профилактика и лечение

Болтаев Д.Э., Юлдашев Г.Ю., Душамов М.Р., Рахимов И.Р., Тожиев С.А.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Изучены результаты 1509 операций, выполненных по поводу острого (1249) и хронического (260) холецистита, после которых у 46 (3,0%) больных развились различные послеоперационные осложнения.

Наиболее частым послеоперационным осложнением явился разлитой желчный перитонит (32,6%), причиной которого явилось подтекание желчи из ложа

пузыря, (5) и несостоятельность пузырного протока (2). Во всех этих случаях контрольные дренажные трубки функционировали лишь в первые часы после операции. У 9 пациентов из-за не яркой клинической картины данные осложнения распознавались лишь на 5-6 сутки, когда процесс приобретал разлитой характер и в отлогах местах живота определялась жидкость.

Поддиафрагмальные абсцессы (13,1%) и абсцессы подпеченочного пространства (10,9%) протекали с соответствующей им клинической картиной, затруднений в диагностике не было. Не менее тяжелые осложнения – дуоденальные свищи – наблюдались у 5 пациентов. Они возникали после манипуляций на большом сосочке двенадцатиперстной кишки.

В раннем послеоперационном периоде нарушение проходимости гепатикохоледоха отмечалось у 4 (8,6%) пациентов, у 2 из них во время операции на фоне профузного кровотечения гепатикохоледох ошибочно был взят на лигатуру. У 1 пациента стриктура холедоха наступила из-за низкого лигирования пузырного протока. В другом случае сужение гепатохоледоха образовалась на месте ушитого дефекта, вследствие случайного повреждения, при выделении параллельно идущего с общим желчным протоком длинного пузырного протока.

Стойкие наружные желчные свищи имели место у 4-х пациентов, которые были оперированы по поводу холедохолитиаза и сужения дистального отдела холедоха. В связи с тем что у 3% случаях из них при первой операции не было произведено достаточной коррекции суженного участка, после удаления дренажных трубок имело место образование свищей. У 2% случаях у пациентов свищи остались после разлитого желчного перитонита вследствие подтекания желчи мимо трубок, после релапаротомии и дренирования брюшной полости. Рубцово-спаечная непроходимость двенадцатиперстной кишки, которая протекала с клиникой пилородуоденального стеноза, возник у пациентки, оперированной по поводу хронического калькулезного холецистита, холедохолитиаза с механической желтухой.

Ранняя релапаротомия, санация и дренирование брюшной полости произведены 21 (45,6%) пациенту, в том числе многократной (от 2 до 4 раз) подвергнуты 6 пациентов, у которых необходимость в повторных операциях возникла из-за неадекватного объема и неправильной хирургической тактики при первых релапаротомиях.

Вскрытие и дренирование поддиафрагмального и подпеченочного абсцессов в различные сроки после первой операции (от 5 сут. до 15 дней) произведены у 11 (23,9%) пациентов.

У 7 (15,2%) больных с дренированием холедоха по Вишневскому, мимо дренажа в брюшную полость поступала желчь (4), выпала дренажная трубка (3). При повторной операции холедох был дренирован по Керу, все эти пациенты выздоровели. 3 (6,5%) пациентам при повторной операции был наложен ХДА.

Сроки выполнения релапаротомии и повторных операций зависят от характера осложнения и его клинического течения. В первые 5 суток повторно прооперированы 19% пациентов, 20% больным релапаротомия выполнялась в сроки от 6 до 15 дней, 7% повторно прооперированы в сроки от 30 до 45 суток со дня первой операции. В профилактике послеоперационных осложнений, наряду с квалификацией оператора, немаловажное значение имеет способ дренирования гепатикохоледоха и подпеченочного пространства.

Из 46 пациентов с послеоперационными осложнениями в различных сроки умерли 19 (41,3%) от перитонита, гнойной интоксикации (10), от истощения (5), эрозивного кровотечения при наличии дуоденального свища. У 3 больных причиной смерти явилась печеночно-почечная недостаточность, у 1 пациента – ТЭЛА.

Антикоагулянтная профилактика ТЭЛА в абдоминальной хирургии

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

Общеизвестно, что венозный тромбоз и легочная эмболия остаются доминирующими среди послеоперационных осложнений. Статистика послеоперационных венозных тромбоземболических осложнений поистине угрожающая. Между тем известно, что тромбоземболию легочной артерии (ТЭЛА) значительно легче предотвратить, чем лечить. 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 специальной ножной педали у лиц, вынужденных соблюдать постельный режим.

После различных общехирургических оперативных вмешательств тромбоз глубоких вен нижних конечностей развивается в среднем у 0,1-0,2% больных. Риск развития тромбоземболических осложнения неодинаков у разных категорий больных. В большинстве случаев послеоперационные тромбоземболические

осложнения угрожают пациентам 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 постельного режима.

В отделении экстренной абдоминальной хирургии ФФ РНЦЭМП 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. не было.

Таким образом, эффективная профилактика позволяет надежно контролировать опасность развития послеоперационных ТЭЛА, при этом сэкономить значительные материальные средства.

Анализ осложнений раннего периода травматической болезни у больных с сочетанной травмой

Валиев Э.Ю.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Успех лечения больных с тяжелой сочетанной травмой в значительной степени зависит от правильно поставленного диагноза, проведенного лечения и, если возможно, профилактики осложнений, которые возникают практически у всех пострадавших, начиная с этапа скорой помощи. Осложнения – это один из тех критериев, по которому можно судить о качестве лечения.

Нами проведен ретроспективный анализ зарегистрированных осложнений раннего периода травматической болезни у больных с сочетанной травмой, которые развились в процессе их лечения. В 2001-2011 гг. в РНЦЭМП на лечении находился 5951 больной с сочетанными повреждениями. Лиц мужского пола было 68,8%, молодого трудоспособного возраста (21-50 лет) – 67,4%. Причиной травмы в 67,4% случаев были дорожно-транспортные происшествия, у 19,7% – кататравма (падение с высоты).

В зависимости от доминирующей патологии больные были разделены на три группы: 68,2% с сочетанными повреждениями черепа и ОДА; 19,2% пострадавших с сочетанными повреждениями внутренних органов и ОДА; 12,6% пострадавших с множественными повреждениями ОДА. Следует отметить, что у 82,4% пострадавших с политравмой были повреждения опорно-двигательного аппарата различной степени тяжести.

У 35,8% пострадавших выявлены различные осложнения течения травматической болезни. Нами выделено несколько групп осложнений, объединенных сходством причин и механизма развития:

- 1) гнойно-септические осложнения, развивающиеся как в зоне повреждения (нагноение ран, ушибов, переломов, флебит, перитонит, эвентрация, вторичные кровотечения), так и вне этой зоны (пневмония, плеврит, трахеит, бронхит, цистит, пиелит, перитонит, сепсис);
- 2) нарушения реологических свойств крови в сочетании с микроциркуляторными и трофическими расстройствами (постгеморрагическая анемия, жировая эмболия, тромбоэмболия, флеботромбозы, отек легкого, головного мозга, пролежни);
- 3) токсические осложнения (острая почечная недостаточность, энцефалопатия, интоксикационные психозы);
- 4) прочие осложнения (обострение сопутствующих хронических заболеваний и др.);
- 5) технические осложнения (неудовлетворительное стояние отломков поврежденных сегментов после операции, повторные их смещения), т.е. те которые потребовали повторных манипуляций.

Анализ показал, что ведущее место занимают гнойно-септические местные и общие осложнения, которые мы наблюдали у 53,1% пострадавших. У тяжелопострадавших с сочетанными травмами основное место занимали легочные осложнения. Из легочных осложнений, развивающихся в раннем периоде

травматической болезни, с наибольшей частотой встречалась пневмония – у 20,2%, затем трахеобронхит – у 7,2%. Инфекции мочевых путей в виде цистита и пиелита отмечались у 28,7% пострадавших, менингит, менингоэнцефалит – у 7,8%. Сепсис при сочетанной травме наблюдался в пять раз чаще, чем при изолированных повреждениях. На основании клинко-лабораторных данных диагноз сепсиса был выставлен у 9,3% наших пациентов.

Поскольку большинство пострадавших с сочетанной травмой подвергались экстренным оперативным вмешательствам, у них развивались те или иные послеоперационные осложнения. В зависимости от локализации оперативного вмешательства эти осложнения были разделены на абдоминальные (4,3%), торакальные (8,9%), нейрохирургические (7,8%), урологические (28,7%) и прочие (16,3%). К собственно травматологическим осложнениям отнесли нагноение ран мягких тканей при открытых переломах, которые наблюдались у 7,6% пострадавших.

Большую группу составили пострадавшие с нарушением реологических свойств крови в сочетании с микроциркуляторными и трофическими расстройствами (35,8%). Сюда мы отнесли постгеморрагическую анемию, жировую эмболию, тромбоэмболию, флеботромбозы, отек легкого и головного мозга, пролежни.

Частым осложнением течения травматической болезни у больных с сочетанной травмой является гипохромная анемия, которая имела место у 60,3% пострадавших.

Одним из грозных осложнений течения травматической болезни является жировая эмболия, которую мы наблюдали у 10,0% больных. Клиническая картина синдрома жировой эмболии развивалась после «светлого промежутка» в сроки от 12 до 72 часов после госпитализации.

Тромбозы и флеботромбозы редко являются прямым результатом травмы. Обычно они возникают во втором периоде травматической болезни после более или менее длительного пребывания больных в постели. Илийфеморальный тромбоз с типичной клинической картиной наблюдался у 6,3% больных. Клиническая картина тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) развилась у 4,1% больных. Пролежни отмечались в 9,4% случаев.

Таким образом, развитие всевозможных осложнений не следует рассматривать как неизбежное течение тяжелой сочетанной травмы. В профилактике перечисленных осложнений при сочетанных травмах первостепенную роль играют сроки, полнота лечебных мероприятий, адекватная хирургическая тактика и грамотное ведение больных на всех этапах лечения с учетом динамики течения травматической болезни.

Судорожный синдром при артериовенозных мальформациях: динамика после эндоваскулярного оперативного вмешательства

Гафуров Б.Г., Максудова Л.Б., Шоизаков А.Н., Джалалов Ф.З.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Только с внедрением в практику нейровизуализационных методов исследования головного мозга появилась возможность более точно установить причину многих симптоматических форм эпилепсии. В этом плане проблема судорожных синдромов при аномалиях сосудов мозга не является исключением. Сложность клинической картины эпилептических приступов во многом определяется как индивидуальными свойствами мозговой биоэлектрической активности, функциональным состоянием головного мозга, так и локализацией и морфологической структурой артериовенозных мальформаций (АВМ).

В исследование включены 40 больных с АВМ головного мозга, осложненной эпилептическим синдромом. Лиц женского пола было 15, мужского — 25. Средний возраст больных $27 \pm 6,8$ года. Среди обследованных подростков было 5, юношей и девушек — 20, взрослых — 15. Супратенториально расположенные АВМ чаще встречались у больных подросткового и юношеского возраста — 25 (63%), Субтенториально — у юношей и взрослых — 15 (37%). АВМ головного моз-

га у 27 (68%) пациентов располагалась в левом, у 13 (32%) — в правом полушарии головного мозга. Частотный анализ эпилептических приступов показал, что чаще всего эпилептические приступы отмечались у лиц с левополушарной локализацией (65%), особенно при височном и височно-лобном расположении АВМ.

Всем больным была произведена МСКТ-ангиография головного мозга, 16 — контрастная ангиография головного мозга, 8 — эндоваскулярная эмболизация АВМ.

Проспективное наблюдение в течение 1 года проводили за 8 больными с эмболизированными АВМ. У 3 из них эпилептические приступы прекратились, у 3 отмечалось урежение эпилептических приступов до 3 раз в год, у 1 частота эпилептических приступов не изменилась.

Таким образом, чаще всего эпилептическим синдромом осложняются левополушарные АВМ височной и лобно-височной локализации. При эффективном эндоваскулярном лечении АВМ головного мозга наблюдается не только выключение шунта, но и урежение эпилептических приступов.

Послеоперационные осложнения эндоскопической хирургии нефролитиаза и их классификация по Clavien-Dindo

Гиясов Ш.И., Насыров Ф.Р., Юнусов Д.С.
Республиканский специализированный центр урологии

Анализ литературы, посвященной хирургическим осложнениям, показал отсутствие последовательности и ясности в их изложениях. Для оценки хирургических осложнений необходимо ориентироваться на разработанные R.C. Martin и соавт. (2002) 10 критериев. По нашему мнению, очень важным критерием является степень тяжести осложнений. Считаем, что настало время, когда послеоперационные осложнения нужно систематизировать, оценивая их по степени тяжести и учитывая дополнительные методы лечения для их устранения.

Предложенная Р.А. Clavien и соавт. (1992) классификация хирургических осложнений и в последующем усовершенствованная им самим (2004) была успешно апробирована в 10 хирургических центрах разных стран. Было сделано важное заключение, что усовершенствованная классификация осложнений представляет собой важный инструмент для качественной оценки осложнений.

Цель исследования — систематизация осложнений эндоскопической хирургии нефролитиаза по усовершенствованной классификации Clavien-Dindo.

Материал и методы. Ретроспективно были изучены истории болезни 1027 пациентов, из них 597 (58,1%) мужчин и 430 (41,9%) женщин, средний возраст — $38,9 \pm 15,6$ (от 4 до 84) года. Средний размер камней у 1027 пациентов составил $30,3 \pm 0,6$ (от 3 до 150) мм.

Для оценки послеоперационных осложнений использовали усовершенствованную классификацию Clavien-Dindo 2004:

I степень — любые отклонения от нормы в послеоперационном периоде, не требующие лекарствен-

ной терапии или хирургического, эндоскопического и радиологического вмешательства. Проводится лишь терапевтический режим: противорвотные средства, жаропонижающие, анальгетики, мочегонные, электролиты и физиотерапия, а также лечение раневой инфекции, развившейся в стационаре.

II степень — осложнения, требующие лекарственной терапии другими препаратами (кроме перечисленных при I степени), а также переливание крови и полное парентеральное питание.

III степень — осложнения, требующие хирургического, эндоскопического или радиологического вмешательства;

IIIa — вмешательства, которые выполняются без общей анестезии.

IIIb — вмешательства, которые выполняются под общей анестезией.

IV степень — опасные для жизни осложнения (включая со стороны центральной нервной системы), требующие пребывания пациента в отделении интенсивной терапии.

IVa: недостаточность функции одного органа (включая диализ).

IVb: полиорганная недостаточность.

V степень — смерть пациента.

Результаты. В послеоперационном периоде у 180 (17,5%) пациентов наблюдалось 235 осложнений: у 140 — по I, у 27 — по II, у 11 — по III, у 2 — по IV. Для их устранения было выполнено 59 дополнительных вмешательств, из них 33 — без общей анестезии, 26 — на фоне общей анестезии.

Таким образом, согласно классификации Clavien-

Dindo, послеоперационные осложнения мы распределили следующим образом: I степень - 64 (6,2%), II - 111 (10,8%), IIIa - 33 (3,2%), IIIb - 24 (2,3%), IVa - 2 (0,2%), IVb - 1 (0,1%). V степень - 0.

Выводы. Классификация хирургических осложнений Clavien-Dindo оказалась универсальной, удобной, адаптируемой для различных видов оперативных вмешательств, позволяет объективно оценивать сте-

пень тяжести послеоперационных осложнений. Благодаря систематизации послеоперационных осложнений Clavien-Dindo мы выявили, что 70,0% послеоперационных осложнений приходится — на легкие — I и II степени тяжести, 30,0% — на более тяжелые — III и IV степени. Для их ликвидации потребовалось выполнение дополнительных инвазивных вмешательств.

Анализ частоты и причин послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнений при эндоскопической хирургии нефролитиаза

Гиясов Ш.И., Насыров Ф.Р.

Республиканский специализированный центр урологии

Несмотря на качественное улучшение оснащенности урологических клиник эндоскопическим оборудованием, повышение качества вмешательств, обусловленное профессионализмом и опытом хирургов, частота послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнений продолжает оставаться высокой и необходимость поиска решения вопросов, связанных с их предупреждением, несомненна.

Цель исследования: изучить частоту и причины послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнений при эндоскопическом способе удаления камней верхних мочевых путей.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов 1027 рентгеноэндоскопических операций, выполненных по поводу камней верхних мочевых путей, в РСЦУ в период с 2008 по 2010 гг. Пациенты были в возрасте $38,9 \pm 15,6$ (от 4 до 84) года, из них 597 (58,1%) мужчин и 430 (41,9%) женщин.

Средний размер камней у 1027 пациентов составил $30,3 \pm 0,6$ мм (от 3 до 150 мм), у 202 — $14,4 \pm 0,5$ мм (от 3 до 55 мм).

Чрескожные операции были выполнены через 1 доступ у 934 (90,9%), через 2 — у 77 (7,5%), через три — у 14 (1,4%), четыре доступа потребовались только 2 (0,2%) больным.

Температура тела при поступлении была нормальной у 918 (89,4%) пациентов, субфебрильной — у 26 (2,5%), фебрильной — у 56 (5,5%), гектической — у 16 (1,5%), сепсис диагностирован у 11 (1,1%) пациентов. При поступлении 152 (14,8%) пациентам была выполнена чрескожная нефростомия.

Предоперационный курс антибактериальной терапии провели всем больным с инфекцией мочевого тракта (ИМТ) (в их число вошли также 152 (14,8%) паци-

ента после чрескожной нефростомии) от 3 до 14 суток. Непосредственно перед операцией, для профилактики послеоперационного пиелонефрита, внутривенно вводили 2,0 г антибиотика из группы цефалоспоринов.

Эндоскопические операции по удалению камней выполняли по общепринятой методике. Продолжительность оперативного вмешательства определяли с момента начала доступа к камню до установки дренажной системы в мочевые пути.

Критериями послеоперационного пиелонефрита служили следующие показатели: повышение температуры тела пациента до 38°C и выше в течение 2-х и более суток, боль в области почки, характерные для воспалительного процесса изменения в моче и периферической крови пациента.

Результаты. Анализ историй болезней 1027 пациентов показал, что у 115 (11,2%) пациентов в послеоперационном периоде развился острый пиелонефрит. Данные о зависимости частоты пиелонефрита от продолжительности эндоскопического вмешательства наличия исходной инфекции мочевого тракта и количества интра- и послеоперационных осложнений приведены в таблице.

Выводы. 1. Частота послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнений зависит от исходного наличия инфекции в мочевых путях при выполнении вмешательства, частоты интра- и послеоперационных осложнений. 2. Больных с наличием исходной ИМТ, интра- и послеоперационными осложнениями при выполнении эндоскопических вмешательств по поводу нефролитиаза необходимо отнести к категории «пациентов с абсолютным риском развития послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнений».

Показатель	Число больных, абс. (%)	Число больных с пиелонефритом, абс. (% $\pm$ m)
Продолжит. вмешательства менее 60 мин	307 (29,9)	34 (11,1 $\pm$ 1,8)
Продолжит. вмешательства более 60 мин	720 (70,1)	81 (11,3 $\pm$ 1,2)
Пациенты с исходной ИМТ	511 (49,8)	71 (13,9 $\pm$ 1,5)
Пациенты, не имевшие ИМТ	516 (50,2)	44 (8,5 $\pm$ 1,2)
Пациенты с интраоперационными осл-ями	71 (6,9)	25 (35,2 $\pm$ 5,7)
Пациенты без интраоперационных осл-ний	956 (93,1)	90 (9,4 $\pm$ 0,9)
Пациенты с послеоперационными осл-ями	52 (5,1)	21 (40,4 $\pm$ 6,8)
Пациенты без послеоперационных осл-ний	975 (94,9)	94 (9,6 $\pm$ 0,9)
Всего	1027 (100)	115 (11,2)

Финансовые расходы, связанные с устранением осложнений после эндоскопического способа лечения нефролитиаза

Гиясов Ш.И.

Республиканский специализированный центр урологии

Мочекаменная болезнь (МКБ) — широко распространенное заболевание во всем мире. По данным литературы, у 70% пациентов, оперируемых по поводу МКБ, для избавления от множественных или коралло-видных камней используют эндоскопический способ. Если учесть, что МКБ в Узбекистане страдают в среднем 4,5% населения, чаще работоспособного возраста 30-50 лет, и болезнь является частой причиной временной или стойкой нетрудоспособности, можно представить, какую важную роль играют экономические затраты на лечение нефролитиаза.

Цель исследования — изучение экономических затрат, связанных с осложнениями эндоскопической хирургии нефролитиаза.

Материал и методы. Ретроспективно были изучены истории болезни 1027 пациентов, из них 597 (58,1%) мужчин и 430 (41,9%) женщин, средний возраст — $38,9 \pm 15,6$ (от 4 до 84 года). Камни были расположены только в ЧЛС у 765 (74,5%) больных, в ЧЛС и в мочеточнике — у 262 (25,5%), из них только в мочеточнике — у 202 (19,7%). Средний размер камней у 1027 пациентов составил $30,3 \pm 0,6$ (от 3 до 150) мм, размер камней, локализованных в мочеточнике, составил $14,4 \pm 0,5$ (от 3 до 55) мм.

Операции были выполнены через 1 доступ у 934, через 2 доступа — у 77, через три — у 14, через 4 — у 2 больных. Анестезиологический риск вмешательства оценивали по классификации оценки объективного статуса больного, принятой Американским обществом анестезиологов (ASA).

Результаты. К интраоперационным осложнениям мы отнесли 22 (2,1%) осложнения, которые наблюда-

ли у 14 (1,4%) пациентов. У 8 из них были двойные осложнения — наряду с повреждением ЧЛС и внутрипочечных структур, отмечалась значимая кровопотеря в объеме от 500 до 1130 мл. 6 (0,6%) из них потребовалось переливание эритроцитарной массы. У 6 пациентов отмечалось повреждение стенки мочеточника в виде перфорации.

В послеоперационном периоде у 180 (17,5%) пациентов наблюдалось 235 осложнений: у 140 — по одному, у 27 — по два, у 11 — по три, у 2 — по четыре. Анализ показал, что для их устранения было выполнено 59 дополнительных вмешательств, из них 33 — без общей анестезии, 26 — под общей анестезией.

У 20 пациентов осуществлена ПК нефростомия, у 1 — уретероскопия, у 1 — сеанс гемодиализа, у 4 — открытые вмешательства (2 люмботомии по поводу паренхиматозного кровотечения из почки, 1 — резекция ЛМС по поводу развившейся стриктуры мочеточника, 1 — нефруретерэктомия), у 26 — замена нефростомического дренажа, у 5 — установка стента в мочеточник, у 1 — ТИАБ почки, у 1 — отмывание мочевого пузыря от сгустков крови. У 1 больного развился тяжелый сепсис, в связи с чем пациент находился в отделении интенсивной терапии.

Выводы. При осложненном течении послеоперационного периода у пациентов после эндоскопического способа лечения нефролитиаза продолжительность пребывания пациентов в стационаре возрастает на 56%, стоимость лечения — до 25% как за счет удлинения койко-дней и дополнительной терапии, так и за счет выполнения вынужденных дополнительных инвазивных вмешательств.

Особенности профилактики и лечения ранних осложнений после реплантаций крупных сегментов верхней конечностей

Дадабаев Х.Р., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Цель исследования — улучшение результатов профилактики и лечения ранних послеоперационных осложнений после реплантаций крупных сегментов верхней конечности.

За истекшие 12 лет в отделении экстренной сосудистой хирургии и микрохирургии ФФ РНЦЭМП выполнено 26 реплантаций крупных сегментов верхних конечностей. Мужчин было 21 (80,8%), женщин — 5 (19,2%), в том числе 4 (15,4%). Возраст больных — от 4 до 53 лет. Преобладали наиболее тяжелые виды травм: повреждения движущимися механизмами станков, тракционное отчленение и поездная травма. Реплантации плеча выполнены у 6 (23,1%) пострадавших, предплечья — у 10 (38,5%), кисти — у 10 (38,5%).

24 больных были доставлены в состоянии шока II-III степени. Противошоковые мероприятия начинали в реанимационном зале приемного отделения и продолжались в операционной и в ходе операции. Все операции проводились под оптическим увеличением для оптимального восстановления сосудов и нервных стволов. Иссекались сомнительные и явно нежизне-

способные ткани. Раны неоднократно промывались растворами антисептиков. При повреждениях кисти вскрывались фиброзные каналы над периферическими нервами для предупреждения их послеоперационного сдавления. При ранениях плеча и предплечья выполнялись декомпрессионные фасциотомии. Раны дренировались для активной санации их в послеоперационном периоде. После операции реплантированной конечности придавали возвышенное положение для профилактики отеков. На 5-6-е сутки больным проводили сеансы гипербарической оксигенации. Пациентам назначались современные антибактериальные препараты, низкомолекулярные гепарины, дезагреганты, периферические вазодилататоры в сочетании с антиоксидантами. Приживление после реплантаций достигнуто у 20 (76,9%) больных.

В раннем послеоперационном периоде после реплантаций крупных сегментов верхних конечностей наблюдались следующие осложнения: артериальные тромбозы — у 2, венозная недостаточность — у 4, некроз кожи — у 6, нагноение ран — у 2 случаях. Сосу-

дистые осложнения чаще наблюдались при полных отчленениях сегментов конечностей. Основными причинами ранних послеоперационных осложнений реплантаций крупных сегментов верхних конечностей явились технические погрешности при наложении анастомозов сосудов, неоправданное расширение показаний к реплантации, неадекватная транспортировка и консервация ампутата.

В случаях развившегося острого нарушения кровообращения или гнойно-воспалительного процесса в срочном порядке проводили повторные оперативные вмешательства с целью сохранения конечности. Несмотря на возникшие осложнения, в результате выполнения срочных повторных операций на сосудах в большинстве случаев жизнеспособность реплантиро-

ванного сегмента удалось сохранить.

Таким образом, профилактика ранних послеоперационных осложнений реплантаций крупных сегментов верхних конечностей включает оптимальную первичную хирургическую обработку ран, обязательное использование оптического увеличения, адекватное дренирование ран и предупреждение значительных отеков конечности, использование низкомолекулярных гепаринов, дезагрегантов, периферических вазодилататоров, антибиотиков широкого спектра действия и гипербарической оксигенации. Лечение возникших осложнений должно быть своевременным и включать срочные оперативные и консервативные методы.

Методы региональной лимфатической терапии в лечении третичного перитонита

Джумабаев Э.С., Асранов Ш.Я., Жалалов А.С.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Под термином третичный перитонит понимают те гнойные его формы, которые протекают вяло, на фоне угнетенного иммунитета и ослабленной реактивности организма. По сути третичный перитонит – это продолжающийся перитонит со слабо выраженными клиническими проявлениями в условиях выполнения всего комплекса лечебных процедур. Истощение иммунологического статуса брюшной полости на фоне вынужденного применения сверхтерапевтических доз антибиотиков способствуют прогрессированию воспалительного процесса, превращая пролиферативную фазу в вялотекущий процесс.

Решение проблемы третичного перитонита видится в использовании патогенетически обоснованной и экспериментально испытанной методики региональной лимфатической терапии через большой сальник. Лимфатическая терапия осуществляется через большой сальник в послеоперационном периоде. Методика состоит в проведении лимфостимуляции с последующим введением антибиотика широкого спектра в однократной дозе и иммуномодулятора (Патент №3318 29.12.1995 ГПВ РУз).

В эксперименте состояние иммунитета брюшной полости определялось процентным составом макрофагов, лимфоцитов и нейтрофилов в перитонеальной жидкости, степенью фагоцитоза и фагоцитарным индексом перитонеальных макрофагов. У животных 1-й группы (белые крысы линии вистар) эти показатели определялись в условиях экспериментального перитонита с применением традиционных методов введения антибиотиков и иммуностимулятора. У крыс 2-й группы проводилась региональная лимфатическая терапия. В 1-й группе количество макрофагов в среднем было равно $45,55 \pm 2,3\%$, относительный объем нейтрофилов составил $30,5 \pm 1,7\%$, лимфоцитов $12,5 \pm 2,3\%$, фагоцитоз макрофагов $12,0 \pm 0,44\%$, фагоцитарный индекс $3,5 \pm 0,1$ ед. Во 2-й группе эти показате-

ли составили соответственно $56,0 \pm 1,04$, $25,66 \pm 0,9\%$, $24,0 \pm 1,15\%$, $23,75 \pm 0,9\%$, $5,17 \pm 0,05$ ед., что свидетельствовало о положительном влиянии методики на иммунитет брюшной полости.

В клинике у 286 больных с разлитым гнойным перитонитом основной группы третичный перитонит имел место у 14 (5%). В контрольную группу включены 248 больных, из которых третичный перитонит был у 24 (10%).

У больных основной группы в комплексе лечебных мероприятий включал лимфатическую терапию через микроирригатор, установленный в толще большого сальника в области его «фартука». Лимфостимуляция производилась капельным введением 0,5% раствора новокаина с добавлением гепарина в дозе 80 ед/кг, фуросемида в объеме 1 мл. Затем вводился гентамицин в дозе 1 мг/кг массы и в качестве иммуностимулятора капельно водный раствора 1% метилурацила в дозе 100 мг/кг. Сравнительная оценка клинических показателей выявила эффективность лимфатической терапии в профилактике и лечении третичного перитонита. Симптомы третичного перитонита в основной группе наблюдались только у 14 (5%) больных, в контрольной у 24 (10%). Релапаротомия потребовалась 2 больным основной группы. У 8 больных хороший результат получен после интенсивной комплексной терапии с включением лимфатической терапии. Летальность составила 30,3%. В контрольной группе релапаротомии проведены 14 больным, летальность составила 60,6%.

Таким образом, региональная лимфатическая терапия эффективна в профилактике и лечении третичного перитонита благодаря обеспечению адекватной работы клеточного и гуморального иммунитета брюшной полости, а также предупреждению образования L-форм антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов.

Применение лимфотропной терапии в комплексном лечении острого тромбоза нижних конечностей

Джумабаев Э.С., Азизов Г.А., Саидходжаева С. Т., Хасанов Х.Х., Умматалиев Д.А.

Республиканский центр клинической лимфологии

Работа основана на изучении результатов лечения 125 больных с острым поверхностным тромбозом нижних конечностей. У 83 больных диагностирован острый тромбоз подкожных вен голени, у 42 — в области нижней трети бедра и подколенном сегменте. С целью диагностики и оценки эффективности лечения исследована кровеносная и лимфатическая системы с применением ультразвуковой доплерографии и лимфографии. Для определения лимфоотока применяли радионуклидную лимфосцинтиграфию и сканирование с использованием технеция, меченно-го технецием — ^{99}Tc .

Лимфотропную терапию проводили лидазой 16 ед.; гепарином в дозе 70 ед./на 1 кг; раствором лазикса 1 мл 1%. С целью лимфоиммуностимуляции вводили тимоптин — 100 мг. При наличии выраженных воспалительных явлений дополнительно включали лимфотропную антибиотикотерапию — цефазолин 1 г. На места инъекций накладывали полуспиртовый компресс на 6-8 часов, конечность бинтовали эластическим бинтом. В зависимости от тяжести патологического процесса курс лечения составлял от 6 до 9 ежедневных сеансов. В зависимости от метода лечения больные были разделены на 2 группы: 80 пациентов основной получали лимфотропную терапию, 45 контрольной — лекарственные препараты вводили традиционным методом.

У больных острым тромбозом подкожных вен при проведении курса лимфотропной терапии на 2-3-е сутки лечения прекращались боли, на 3-4-е уменьшалась гиперемия, отек, постепенно исчезал перифлебический инфильтрат. К 8-9-му дню лечения при пальпации выявлялись безболезненные уплотнения по ходу пораженной подкожной вены.

При радионуклидной лимфосцинтиграфии, проведенной через 7-8 дней от момента тромбоза, выявля-

но повышение скорости лимфоотока ($16,3 \text{ мм/мин}$) и интенсивности реасорбции из тканевого депо (26%), что было связано с компенсаторной функцией лимфатической системы, направленной на дренирование тканей. В последующем отмечалось удлинение реасорбции. Так, интенсивность выведения радионуклида из тканевого депо через 60 минут у больных с острым тромбозом подкожных вен составила 19%, а скорость движения лимфы в конечности $10,7 \pm 0,6 \text{ мм/мин}$. В группе здоровых лиц время реасорбции радионуклида из тканевого депо через 1 час составило 24%, скорость движения лимфы в конечности — $14,1 \text{ мм/мин}$. После проведенного лечения реасорбция радионуклида через 60 минут сохранялась на 24%, скорость лимфоотока — $13,5 \pm 1,2 \text{ мм/мин}$.

У больных контрольной группы с острым тромбозом подкожных вен на 7-8-е сутки уменьшалась боль, к 9-м суткам купировались острые воспалительные явления, на 12-13-е сутки уменьшались уплотнения по ходу пораженных вен. В отличие от пациентов основной группы, активность движений в пораженной конечности увеличивались. Лимфосцинтиграфии у больных контрольной группы выявила, что период элиминации радионуклида из тканевого депо в среднем составлял 20-21%, что свидетельствует о значительном замедлении интенсивности выведения радионуклида из тканевого депо.

Сроки пребывания больных основной группы на больничной койке в среднем составил $9,1 \pm 1$ дней, контрольной группы — 12 ± 1 дней. Применение лимфотропной терапии приводило к улучшению микро-, гемо- и лимфоциркуляции, более быстрой ликвидации отека и купированию воспалительных процессов. Число хороших результатов в этой группе было больше, а продолжительностью стационарного лечения — меньше, чем в контрольной группе.

Современные технологии в профилактике хирургической инфекции и лечении огнестрельных ран в эксперименте

Джумабаев Э.С., Мирзаев К.К., Байбеков И.М.

АФ РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования — изучение возможности воздействия на заживление огнестрельной раны метода лимфотропной антибиотикотерапии и региональной лимфостимуляции.

Экспериментальные исследования выполнены на кроликах обоего пола массой 5-6 кг. Животным опытной и контрольной групп за пятнадцать минут до нанесения ранения проводили каллипсоловый наркоз, после чего их фиксировали на специальных планшетах. Стандартное огнестрельное ранение мягких тканей наносили в область средней трети правого бедра.

Региональная лимфатическая терапия (РЛТ) проводилась по следующей методике. Под кожу голени на границе нижней и средней трети по задней поверхности вводили раствор лидазы в количестве 16 Ед. Через 4-5 мин, не вынимая иглы, вводили антибиотик гентамицин в дозе 1 мг/кг. В этот же участок вводили гепа-

рин в дозе 70 Ед/кг. Лимфотропное введение антибиотиков с региональной лимфостимуляцией проводили 1 раз в сутки.

Экспериментальные образцы тканей раневого канала забирали у животных под наркозом в 1-, 3-, 5-, 7-е и 9-е сутки после нанесения огнестрельного ранения. Образцы подвергнуты световой (СМ), трансмиссионной электронной (ТЭМ) и сканирующей электронной (СЭМ) микроскопии.

В ранние сроки существенных отличий в процессе заживления ран животных контрольной и опытной групп не обнаружено. Отличия в течении заживления ран, констатируемые как при СЭМ, ТЭМ, так и при световой микроскопии, начинали проявляться на 3-и сутки от начала процесса. В группе ран, где применялась лимфотерапия, в зоне комочки некротизированные мышцы подвергались значительной резорбции, появ-

лялись гигантские многоядерные клетки, микрососуды, как кровеносные, так и лимфатические. В зоне первичного некроза среди фибрина появляются отдельные круглоклеточные элементы и фибринобластоподобные клетки.

На 5-е сутки в просвете раневого канала среди фибрина появляются круглоклеточные элементы с отдельными фибробластами. При сравнении результатов в группе с РЛТ отмечается увеличение количества кровеносных и лимфатических сосудов.

Начиная с 7-х суток в группе с РЛТ по данным ТЭМ отмечается не просто расширение лимфатических капилляров, но и видно истончение цитоплазмы эндотелиоцитов с наличием мелких везикул, указывающих на усиление транспортных процессов через стенку

лимфатических капилляров, что является структурным отражением стимуляции лимфатического дренажа под влиянием лимфотерапии.

На 9-е сутки появляются признаки замещения рубцовой ткани мышечной, о чём свидетельствуют участки разрастания волокнистой соединительной ткани в зоне комочки наряду с уже восстановленными волокнами.

Таким образом, экспериментальные исследования показали, что лимфотерапия ускоряет процесс заживления раны начиная с 3-х суток, способствует уменьшению отёка, резорбции некротических масс, удалению инородных частичек и микробов, рубцеванию раневого канала и полноценному восстановлению мышечных волокон в зоне комочки и в более отдалённых от раневого канала тканях.

Превентивная регионарная лимфотропная антибиотикотерапия в хирургии тубоовариальных гнойных образований

Джумабаева С.Э., Рахманкулова Ш.С.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Гнойные воспалительные заболевания придатков матки (ГВЗПМ) с серьёзными стойкими повреждениями часто встречаются у лиц молодого возраста. Низкая эффективность традиционной антибактериальной терапии и значительная частота осложнений, требующих органоуносящих операций, тяжёлые послеоперационные осложнения придают этой проблеме особую актуальность. Согласно классификации, разработанной научным отделом урогинекологии РНЦЭМП тубоовариальные гнойные образования (ТОГО) являются острыми объёмными ГВЗПМ и имеют различные клинические формы.

Ежегодно в отделение экстренной гинекологии АФ РНЦЭМП поступает около 300 женщин с ГВЗПМ, что составляет примерно пятую часть всех госпитализируемых больных. Пациентки с ТОГО составляют значительную часть urgentных гинекологических больных, которым требуется оперативное вмешательство. Хирургическое пособие при гнойных воспалительных образованиях придатков матки относится к разряду наиболее сложных. Это обусловлено чрезвычайным многообразием и подчас непредсказуемостью спаечного и воспалительно-инфильтративного процесса. Поэтому медикаментозная предоперационная подготовка при ТОГО в тех случаях, когда есть возможность для её проведения, оказывает на исход операции большое влияние.

Под нашим наблюдением находились 25 женщин с ТОГО в стадии формирования (или разгара) гнойного воспаления (классификация З.Д.Каримова и др., 2004 г.). В течение первых 3-х суток всем больным, наряду с дезинтоксикационной, симптоматической и десенсибилизирующей терапией проводилась регионарная лимфотропная антибиотикотерапия. В это время велся контроль температурной кривой, гемодинамики, лейкоцитоза, СОЭ, ЛИИ, а также общего состояния больных.

Регионарная антибактериальная терапия проводилась в клетчатку паховой области одним из антибактериальных препаратов из группы цефалоспоринов или аминогликозидов, имеющихся в арсенале отделения.

Все пациентки были оперированы по достижению «холодного периода» на 4-5-е сутки. Объём операции

– лапаротомия с одно- или двусторонней аднексэктомией. Проведение регионарной лимфотропной антибиотикотерапии было продолжено в первые трое суток после оперативного вмешательства. В последующем больные переводились на пероральный приём антибиотиков (ступенчатая терапия).

Общее состояние наших пациенток ко дню операции стабилизировалось, больные отмечали уменьшение боли в области живота и неприятных ощущений, связанных с интоксикацией (тошнота, головная боль, озноб). Отмечалась также положительная динамика показателей температурной кривой, уровня лейкоцитоза и СОЭ.

Оперативные вмешательства выполнялись с меньшими техническими трудностями ввиду того, что облегчалась мобилизация и удаление воспалительного конгломерата, отмечалась меньшая кровоточивость тканей, подверженных воспалительному процессу.

Ни у одной из пациенток со стороны кишечника не наблюдалось ни интраоперационных, ни послеоперационных осложнений. У некоторых пациентов, находящихся в репродуктивном возрасте и нереализовавших полноценно свою генеративную функцию, «менее повреждённые» придатки удалось сохранить.

Послеоперационный период у всех больных протекал гладко, уже на 2-е сутки после операции они могли вставать с постели, болевой синдром стихал к 3-м суткам. Субфебрильная температура, которая отмечалась у 8 больных в первые 2-е суток, в последующем не наблюдалась. Уровень лейкоцитов, СОЭ и ЛИИ к 4-м суткам после операции возвращались к норме. Заживление послеоперационной раны происходило первичным натяжением. Больные были выписаны в удовлетворительном состоянии на 5-6-е сутки после операции.

Таким образом, регионарная лимфотропная антибактериальная терапия является не только методом лечения ГВЗПМ, но и достаточно эффективным «инструментом» профилактики интра- и послеоперационных осложнений при хирургическом лечении ТОГО, а также ранней реабилитации пациенток. Помимо этого, в ряде случаев этот метод позволяет у женщин детородного возраста сохранять придатки.

Осложнения при консервативных пластических операциях на трубах при трубной беременности

Джуманиязова З.Р., Нысанбаев А.К.

Нукусский филиал РНЦЭМП

Цель исследования — изучение осложнений, возникающих при пластических операциях на трубах при трубной беременности.

Нами изучены осложнения, возникшие при пластических операциях на трубах по поводу трубной беременности выполненных в НФ РНЦЭМП в 2010- 2011 гг. Всего в 2010 г. поступили 72 (5,9%) женщин с внематочной беременностью, в 2011 г. — 85 (4,9%). Пластические операции выполнены соответственно у 27 (0,3%) и 22 (0,25%), резекции маточной трубы с последующим анастомозом — у 10 (0,1%) и 7 (0,08%), сальпингэктомия, удаление плодного яйца, восстановление целостности маточной трубы — у 17 (0,2%) и 15 (0,17%).

Подробно остановимся на сальпинготомии и удалении плодного яйца с восстановлением целостности маточной трубы. Плодное яйцо из маточной трубы удалялось тупым тупфером или пальцем, чтобы минимально повредить эндотелий маточной трубы иногда даже производилось выскабливание тупой кюреткой.

Несмотря на это в 2011 г, после сальпинготомии и удаления плодного яйца из маточной трубы, возникло 1 осложнение. Через неделю после операции и выписки больная вновь поступила с внутрибрюшным кровотечением, гемоперитонеумом. При обследовании обнаружено, что произошло прерывание беременности в этой же трубе из-за остатков элементов трофобласта при предыдущей операции. Уже повторно была произведена резекция маточной трубы с последующим сальпинго-сальпингоанастомозом

При лечении больных репродуктивного возраста, с трубной беременностью в каждом случае нужен индивидуальный подход. Следует учитывать возраст женщины, локализацию плодного яйца, наличие экстрагенитальной патологии, желание иметь детей. На врача гинеколога возложена большая ответственность при выборе метода лечения при трубной беременности, чтобы обеспечить восстановление здоровья этой категории пациентов.

Диагностика и лечение осложнений калькулезного холецистита

Жаббаров З.И., Карабаев Х.К., Жулбеков К.И., Шоназаров И.Ш., Очилов С.Ш., Усаров Т.А., Арашев Р.Р.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Цель исследования — анализ результатов лечения и разработка хирургической тактики при остром калькулезном холецистите, осложненном обтурационной желтухой.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты лечения 312 больных с калькулёзным холециститом, осложненным механической желтухой, находившихся в Самаркандском филиале РНЦЭМП в 2001 - 2010 гг. В возрасте от 21 года до 30 лет было 52 (16,67%) больных, от 31 года до 40 лет — 77 (24,68%), от 41 года до 50 лет — 95 (30,45%), от 51 года до 60 лет — 68 (21,79%), старше 60 лет — 20 (6,41%). Причиной желтухи у всех больных была желчнокаменная болезнь. С острым холециститом было 109 (34,94%), с острым холецистопанкреатитом — 63 (20,19%), с хроническим холециститом — 110 (325,26%) больных. У 86 (27,56%) больных выявлены также конкременты в холедохе.

Результаты и обсуждение. При клиническом обследовании выявлены приступообразные боли (75%), интермиттирующий характер желтухи (68%), острое начало заболевания (65%), лихорадка с ознобом (51%), зуд кожи (15%). У 68, вначале госпитализированных в инфекционную больницу, а затем переведенных в хирургическое отделение, клинические признаки были атипичными, что выражалась в отсутствии острой клинической картины, постепенном развитии заболевания.

С целью дифференциальной диагностики у всех больных было проведено ультразвуковое исследование желчевыводящих путей, а у 43 (13,78%) — и лапароскопия. При ультразвуковом исследовании у 269 (86,22%) пациентов причина механической желтухи была выяв-

лена достоверно, 43 (13,78%) при наличии сомнительных данных была произведена лапароскопия.

Оперативные вмешательства произведены у всех больных. Холецистэктомия выполнена у 104 (33,34%) больных, холецистэктомия с холедохолитотомией у 52 (16,67%), холецистэктомия, холедохолитотомия с дренированием холедоха по Вишневскому — у 78 (25,0%), холецистэктомия с дренированием холедоха по Холстеду-Пиковскому — у 42 (13,46%), холецистэктомия с холедоходуоденостомией — у 36 (11,54%). Операция наложения холедоходуоденоанастомоза осуществлена у 38 (12,18%) больных при вклинившихся конкрементах в ретродуоденальной части холедоха и развившегося рубцовой стриктурой вокруг него. У 11 больных пожилого возраста с длительной желтухой для снятия желчной гипертензии сначала выполнялось минимальное оперативное вмешательство — холецистостомия.

Послеоперационные осложнения, наблюдались у 42 (13,46%) больных: нагноение раны — у 14 (4,49%), желчные свищи — у 7 (2,24%), печеночная недостаточность — у 4 (1,28%) (умерли — 3), подпеченочный абсцесс — у 3 (0,96%), острая надпочечниковая недостаточность — у 2 (0,64%) (умерли — 2), тромбозы — у 2 (0,64%), острая сердечно-сосудистая недостаточность у 4 (1,28%) (умерли — 2), пневмония — у 6 (1,92%) (умер — 1). Всего умерли 8 (2,56%) больных.

Выводы. Калькулезный холецистит, осложненный механической желтухой, после установления причины механической желтухи и интенсивной пред- и послеоперационной подготовки требует срочного хирургического лечения.

Травмы во время беременности

Жаббаров У.У., Каримов З.Д.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Травма у беременных весьма редко становится объектом научного исследования. Спорадический характер наблюдений, а также оторванность акушеров-гинекологов от системного анализа тяжелой травмы у беременных долгое время не позволяли в полной мере описать клиническую картину механической травмы беременной, матки в реальной взаимосвязи с формирующимся субстратом патологии.

В результате создания и функционирования в республике системы экстренной медицинской помощи с подразделениями неотложной гинекологии в течение последних 10 лет стало возможным проведение комплексного анализа структуры и характера различных повреждений у беременных, связанных с травмой. За истекшее время в РНЦЭМП и в его областные филиалы поступили 158 женщин (в выборку вошли беременные только с тяжелой травмой), в том числе после дорожно-транспортных происшествий – 66 (41,8%), бытовой травмы – 51 (32,3%), кататравмы – 20 (12,7%), термических ожогов – 21 (13,3%). Политравма отмечалась у 18 (11,4%) беременных, поступивших после дорожно-транспортных происшествий и кататравмы, летальность среди них составила 55,6% (умерли 10 из 18 женщин).

Возраст беременных варьировал от 18 до 35 лет. Первобеременных было 59 (37,3%), повторнородящих – 99 (62,6%). Сроки беременности колебались от 8 до 40 недель: в сроки гестации до 12 недель поступили – 32 (20,2%), во II триместре – 58 (36,7%), III – 68 (43,0%) пострадавших.

Среди умерших женщин ни один ребенок не выжил, стопроцентная смертность была также среди больных с политравмой. Общий показатель перинатальной смертности, включая потери в ранних сроках гестации, составил 26,0% (умерли 41 внутриутробный плод и новорожденный).

В структуре повреждений опорно-двигательного аппарата и экстрагенитальных внутренних органов повреждения опорно-двигательного аппарата были у 93 (58,9%), экстрагенитальных органов – у 86 (54,4%) беременных. Комбинированный шок развился у 125 (79,1%) беременных.

Анализ структуры повреждений опорно-двигательного аппарата и экстрагенитальных внутренних органов у беременных с ДТП и кататравмой (n=86)

показал, что переломы верхних и нижних конечностей имели место у 86 (100%), нейротравма – у 78 (90,7%), разрыв селезенки – у 24 (27,9%), обширная забрюшинная гематома – у 19 (22,1%), перелом таза – у 18 (20,9%), разрыв почек – у 16 (18,6%), разрыв печени – у 11 (12,8%), пневмо- и гемоторакс – у 8 (9,3%), переломы ребер – у 6 (7,0%), разрывы легких – у 6 (7,0%), перелом позвоночника – у 2 (2,3%), разрыв мочевого пузыря – у 2 (2,3%), отрыв уретры – у 2 (2,3%), отрыв нижней конечности – у 1 (1,2%) пострадавшей. Уровень общей кровопотери составил до 1000,0 мл у 9 (10,5%), от 1200,0 до 2000,0 мл у 31 (36,0%), 2200,0 и более у 46 (53,5%) беременной.

Повреждения маточно-плацентарного комплекса (не включены больные с ожоговой травмой (137) включали атонию и арефлексию матки – у 25 (18,2%) беременных, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты развилась у 25 (18,2%). Надо отметить, что травматическое повреждение матки мы наблюдали в одном случае в виде неполного линейного разрыва по передней стенке. Признаков шоковой матки не последовало, и оперативное лечение (кесарево сечение) завершилось восстановлением и сохранением матки без послеоперационных осложнений. В одном случае выявлена черепно-мозговая травма у внутриутробного плода, погибшего антенатально в сроке беременности 32 недели.

Несмотря на то, что мы в своей практике чаще других акушеров-гинекологов встречаемся с политравмой у беременных, эпизоды, сопровождающиеся разрывом матки и повреждениями у плода, встречаются в единичных случаях, причиной чего, вероятно, служит весьма эластический гравидарный комплекс, а также, возможно, широкая площадь фронта удара при ДТП и кататравме.

Таким образом, беременные женщины с механической травмой должны входить в группу высокого риска развития материнской и перинатальной смертности независимо от тяжести состояния при поступлении. Показано также, что лечение беременных с травмой любой этиологии требует адекватного, активного и междисциплинарного взаимодействия, формирующегося на базе научно-обоснованных протоколов диагностики и лечения.

Синдром тяжелой контузии матки у беременных

Жаббаров У.У., Каримов З.Д.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Актуальность проблемы травмы у беременных женщин обусловлена очень высокими показателями материнской и перинатальной смертности, что имеет очевидное объяснение. При дорожно-транспортных происшествиях, кататравме, помимо тяжелых повреждений скелета и экстрагенитальных внутренних органов, возникает обширная область серьезных повреждений маточно-плацентарного комплекса.

В нашей стране создана крупная служба экстренной медицинской помощи, которая находится в еди-

ной организационной, управленческой, научной и финансовой системе с подразделениями неотложной гинекологии. Все беременные с травмой любого генеза концентрируются в головном центре и его филиалах. За истекшие 10 лет поступили 158 беременных женщин (в выборку вошли беременные только с тяжелой травмой), из их после дорожно-транспортных происшествий – 66 (41,8%), бытовой травмы – 51 (32,3%), кататравмы – 20 (12,7%), термических ожогов – 21 (13,3%). Политравма была у 18 (11,4%) бере-

менных, поступивших после дорожно-транспортных происшествий и кататравмы. Летальность составила 55,6% (умерли 10 из 18 женщин).

«Синдром тяжелой контузии беременной матки» характеризуется следующими признаками:

- большие сроки беременности (незащищенность беременной матки тазовым каркасом);
- возникает от прямого высокоэнергетического удара в область беременной матки;
- полная потеря тонуса миометрия беременной матки с развитием инкурабельной арефлексии;
- при проведении кесарева сечения, после извлечения плода самопроизвольного отделения и выделения последа не наблюдается из-за полного отсутствия тонуса матки;
- роль массивной отслойки плаценты в возникновении инкурабельной атонии, арефлексии матки, вероятно, минимальна;
- разрыв матки, повреждения плода малохарактерны;
- массивная кровопотеря;
- антенатальная гибель плода;
- не всегда характерны наружные кровяные выделения из половых путей.

Почему мы заостряем внимание специалистов на описанных выше механизмах тяжелой контузии матки у беременных? Во-первых, эта проблема — одна из наименее изученных в неотложной медицине, и если не приложить усилий, то летальность среди беременных с политравмой будет оставаться на очень высоком уровне. Во-вторых, частота политравмы у беременных в современной популяции заметно возросла. В-третьих возникает ряд тактических вопросов по оказанию неотложной помощи, которые могут прямо обуславливать уровень летальности. Создание экстренной службы и активное участие акушеров-гинекологов в её работе позволило накопить клинический опыт по ведению беременных с травмой различной этиологии и сформулировать новые клинко-диагностические положения, связанные с травмой у беременных.

Наиболее серьезные повреждения были вызваны ДТП и кататравмой. Здесь на наш взгляд следует отметить важную деталь: не у всех пострадавших при кататравме и ДТП, у которых клинически и гистологически верифицирован синдром шоковой матки, выявлялась массивная отслойка плаценты, с чем можно было бы связывать развитие инкурабельной атонии матки. У 17 из 25 больных с очевидными признаками атонии матки, не было тяжелой отслойки плаценты. Мы подозреваем, что возникает это в результате прямого высокоэнергетического удара в область передней брюшной стенки, а также прямо зависит от локализации плаценты, т.е. при дорзальных вариантах локализации, тяжелая отслойка плаценты не возникает. Надо подчеркнуть, что описываемые изменения во время оперативного вмешательства имели место до извлечения плода, когда матка напоминала собой атоничный, арефлексивный «мешок» содержащий внутриутробный плод.

Помимо этого, при анализе тяжелых случаев политравмы у беременных мы обратили внимание на следующую немаловажную, на наш взгляд, особенность — это отсутствие наружных кровяных выделений у большинства, наблюдавшихся нами больных, не-

смотря на обширный характер отслойки плаценты, в тех случаях, когда она имела место. Такая симптоматика выглядит парадоксально, поскольку известно, что для большинства эпизодов преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, возникающих по акушерским причинам, характерна ассоциация с наружным кровотечением.

Наиболее вероятной причиной, на наш взгляд, является наблюдаемая нами, полная потеря тонуса миометрия, развивающаяся в результате сильного прямого удара в область беременной матки. В результате этого происходит резкое снижение внутриматочного давления сразу после травмы, что бросается в глаза уже на первых этапах оперативного вмешательства.

Вероятно, по этой причине нарастающая ретроплацентарная гематома легко занимает свой увеличивающийся объем за счет почти беспрепятственной дилатации миометрия и оттеснения плаценты в сторону полости матки. Поэтому изливающаяся кровь, в результате отслойки плаценты не отслаивает амниотические оболочки и не изливается наружу через цервикальный канал, а скапливается в большой ретроплацентарной гематоме.

Напомним, что одним из патогномоничных симптомов преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, происходящей по акушерским причинам, является повышенный тонус матки и как следствие возрастание внутриматочного давления.

Следующей причиной наблюдаемого нами феномена, может быть высокий травматический разрыв плодных оболочек, с прорывом ретроплацентарной гематомы, в полость гидрамниона. В условиях резкого снижения внутриматочного давления, почти вся кровь ретроплацентарной гематомы по линии наименьшего сопротивления поступает в полость гидрамниона. В результате также нет наружных кровяных выделений.

В основе отсутствия ожидаемого преждевременного излития вод, на наш взгляд, также лежит резкое падение внутриматочного давления сразу после травмы. В противоположность этому нами замечено, что излитие вод характерно для нетяжелых эпизодов травмы беременных, когда развивается угроза позднего аборта или преждевременных родов.

Вместе с тем, несмотря на то, что выраженное снижение тонуса миометрия, его арефлексия, как правило, развивается в результате тяжелой политравмы у беременных, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты отмечается не у всех. Мы заметили, что когда плацента расположена по задней стенке матки, даже при очень энергичном ударе, отслойки плаценты не наблюдается. В то же время, при менее энергичном механическом воздействии, но когда плацента располагается по передней или боковой стенке матки, прямой удар в область живота, как правило, приводит к тяжелым формам отслойки.

Это лишнее подтверждение того, что в основе природы контузионной атонии — арефлексии матки лежит не массивная преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, а прямое механическое воздействие на беременную матку. В таких случаях вернуть матке моторную активность нам не удалось ни в одном случае, что послужило причиной гистерэктомии.

Прогнозирование и комплексная профилактика послеоперационных осложнений в хирургии больших и гигантских вентральных грыж

Захидова С.Х.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Цель исследования — улучшение результатов хирургического лечения больших и гигантских вентральных грыж путём разработки системы прогнозирования вероятности развития послеоперационных осложнений и совершенствования методов их комплексной профилактики.

Материал и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 206 больных с большими и гигантскими вентральными грыжами, оперированных в отделении хирургии Самаркандского филиала РНЦЭМП в 1999-2011 гг. Все больные в зависимости от способа герниопластики разделены на две группы. В основной группе (117 больных) герниопластика выполнялась с использованием сетчатых эндопротезов; в контрольной (89 больных) — местными тканями.

Мужчин было 44 (21,3%), женщин — 162 (78,7%). Средний возраст пациентов в контрольной группе составил 52,3 года, в основной — 53,8 лет.

В контрольной группе послеоперационные вентральные грыжи были у 80 (89,9%) больных, из них рецидивные у 25 (30,8%). У 9 (10,1%) пациентов развитию больших и гигантских вентральных грыж не предшествовала операция. Больных с большими вентральными грыжами было 71 (79,8%), с гигантскими — 18 (20,2%).

В основной группе послеоперационные вентральные грыжи были у 110 (94%) больных, из них рецидивные у 35 (31,5%). У 7 (6%) пациентов развитию больших и гигантских вентральных грыж не предшествовала операция. Больных с большими вентральными грыжами было 60 (51,3%), с гигантскими — 57 (48,7%).

Комплексное обследование больных включало общеклинические (жалобы, анамнез, объективный осмотр), лабораторные (общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови), инструментальные (ЭКГ, УЗИ, рентгенография, магниторезонансная томография) исследования.

Больным основной группы проводилась комплексная профилактика осложнений на всех этапах лечения: догоспитальном — компрессионная адаптация (бандажирование), коррекция соматического статуса, массы тела, в предоперационном — бесшлаковая диета, подготовка кишечника, на этапе операции — тщательная препаровка тканей, герниопластика без натяжения, в послеоперационном — бандажирование, антибиотикопрофилактика и антибиотикотерапия,

профилактика тромбоэмболических осложнений, стимуляция кишечника.

Результаты. Для оценки результатов оперативного лечения больших и гигантских вентральных грыж проведен сравнительный анализ результатов хирургического лечения 117 больных, оперированных с использованием сетчатых эндопротезов, и 89 больных, оперированных традиционными методами.

В контрольной группе местные послеоперационные осложнения наблюдались у 15 (16,9%) больных, серомы у 6 (6,7%), нагноение послеоперационной раны — у 9 (10,1%). Всего у 21 (23,6%) больного развилось 23 общих осложнения: пневмония — у 1 (1,1%), компартмент-синдром — у 20 (22,5%), сепсис — у 1 (1,1%), ТЭЛА — у 1 (1,1%). В этой группе было 4 (4,5%) летальных исхода.

В основной группе у 20 (17,1%) из 117 оперированных развилось 25 послеоперационных осложнений: 15 (12,8%) местных и 10 (8,5%) общих. Среди местных осложнений преобладали серомы послеоперационной раны — у 9 (7,7%). Нагноение послеоперационной раны было у 3 (2,6%) больных, флегмона передней брюшной стенки — у 1 (0,9%), абсцесс передней брюшной стенки в зоне расположения сетчатого эндопротеза — у 2 (1,7%). У 9 (7,7%) больных развилось 10 общих осложнений: острая сердечно-сосудистая недостаточность — у 1 (0,9%), компартмент-синдром — у 6 (5,1%), сепсис — у 1 (0,9%), ТЭЛА — у 2 (1,7%). После грыжесечения с использованием сетчатых эндопротезов летальный исход наступил у 3 (2,6%) больных.

Измерение внутрибрюшного давления в мочевого пузыре, проведенное до операции, во время (при предварительном сопоставлении краев брюшной стенки) операции и в раннем послеоперационном периоде, показывает, что выполнение герниопластики без риска возникновения абдоминального компартмент-синдрома, возможно, если давление в мочевого пузыре при предварительном сопоставлении краёв брюшной стенки не превышает 25 см вод. ст.

Выводы. Комплексное хирургическое лечение с использованием «ненатяжной» методики герниопластики позволяет в 2 раза уменьшить количество инфекционно-воспалительных послеоперационных осложнений и снизить в 4 раза частоту развития в послеоперационном периоде такого грозного осложнения, как абдоминальный-компартмент синдром.

Влияние характера терапии гестационного сахарного диабета на акушерские и перинатальные результаты

Зухурова Н.К.

Государственный госпиталь «Аль-Бараха», Объединенные Арабские Эмираты, г. Дубай

Гестационный сахарный диабет (ГСД) является актуальной региональной проблемой в Объединенных Арабских Эмиратах. Из 7853 родивших в 2008-2011 гг. в госпиталь «Аль-Бараха» (ОАЭ) женщин у 1123 (14,3%) установлен ГСД, у 297 (26,4%) из них потребовался назначения сахаропонижающей терапии (метформин или инсулин) во время беременности и

родов. У остальных 826 (73,6%) женщин с установленным ГСД для нормализации сахара крови достаточной оказалась диетотерапия. Материалом для исследования послужили 245 из 297 пациенток с ГСД, принимавших метформин и инсулин, которые были разделены на 2 группы в зависимости от характера основного вида лечения: 1-я группа — 138 беременных, у кото-

рых для нормализации уровня сахара крови использовали инсулинотерапию; 2-я группа — 107 беременных которые с этой же целью получали метформин. Остальные 52 из 279 женщины были исключены из исследования из-за погрешностей в приеме препаратов. В число факторов риска на ГСД вошли возраст старше 30 лет, ожирение, очаги хронической инфекции, внутриутробная гибель плода при предыдущих беременностях, многоводие, пороки развития у предыдущих детей, артериальная гипертензия, тяжелые формы гестоза в анамнезе, отягощенная наследственность по сахарному диабету, ГСД при предыдущих беременностях.

Важным критерием адекватной терапии ГСД явилась динамика изменения индекса массы тела (ИМТ) в течение беременности. Сравнение показателей ИМТ перед родами с исходным и зарегистрированными при первичном обращении, выявило существенное различие между группами. Среди беременных 1-й группы, находившихся на инсулинотерапии, произошло существенное изменение показателя. Если при первичном обращении с ИМТ >30 было 44,9% женщин, то перед родами их число возросло до 65,2%. Во 2-й группе среди пациенток, получавших метформин, существенного изменения числа женщин с ИМТ >30, не произошло.

Число новорожденных с макросомией в 1-й группе было в 2,3 раза больше, чем в 1-й, а число маловесных детей отличалось несущественно. Такая же тенденция отмечается при сравнении показателей 1-й и 2-й групп с данными женщин, находившихся на диетотерапии по поводу ГСД. Среди последних частота рождения крупных детей мало отличается от таковой среди тех, кто находился на инсулинотерапии. Таким об-

разом, увеличение число новорожденных с макросомией в общей популяции беременных с ГСД происходит из-за увеличения их среди женщин, находившихся на лечении инсулином и диетотерапией.

Следует отметить, что гипогликемия отмечалась у 2 (1,4%) новорожденных только 1-й группы. Неврологические расстройства и синдром дыхательных расстройств в раннем неонатальном периоде преобладали в 1-й группе и среди женщин, находившихся на диетотерапии. Желтуха новорожденных отмечалась во всех группах примерно с одинаковой частотой. Существенные различия выявлены в показателях функциональной дистонии в родах, т.е. в 1-й группе он был больше чем во 2-й в 5,5 раза. Надо отметить, что данный показатель в группе беременных, находившихся на диетотерапии, также был в 5,3 раза выше, чем во 2-й. Эти результаты демонстрируют аналогичную тенденцию, просматривающуюся при анализе показателей макросомии в основных группах, т.е. увеличение показателя функциональной дистонии в популяции беременных с ГСД происходит из-за роста показателя среди женщин, находившихся на инсулинотерапии и диетотерапии, а причиной этого является увеличение показателя макросомии именно в этих группах.

Таким образом, схема терапии ГСД, предусматривающая первоначальную дачу метформина, представляется наиболее предпочтительной. В случае недостаточной коррекции сахара крови метформин (принимая во внимание максимально допустимую суточную дозу 2500,0 мг) беременной возможно дополнительное назначение инсулина. Снижение необходимой дозы инсулина в такой схеме благоприятно сказывается на меньшей динамике ИМТ у беременной и снижении показателей макросомии у новорожденных.

Гестационный сахарный диабет: новый вызов современному акушерству и перинатологии

Зухурова Н.К.

Государственный госпиталь «Аль-Бараха», Объединенные Арабские Эмираты, г. Дубай

Проблема сахарного диабета обсуждается во всем мире с конца XIX века. Однако только в 1954 г. бельгийский исследователь J.P. Hoet опубликовал работу "Carbohydrate Metabolism During Pregnancy" и дал название транзиторной гипергликемии беременных: метастационарный диабет. В 1967 г. Jorgen Pedersen дал название этому состоянию "gestational diabetes", которое употребляется по настоящее время. В 1979 г. в Чикаго Dr. Norbert Freinkel (председатель Американской диабетической ассоциации) и Dr. John Josimovich (председатель Американского института акушерства и гинекологии) организовали первую международную конференцию по гестационному сахарному диабету.

Эпидемиологические исследования, проведенные в России, позволяют считать, что число беременных с сахарным диабетом достигает 6-8 млн (Балаболкин М.И., 1998). При этом число беременных с нарушением толерантности к глюкозе в 2 раза больше, чем с явным сахарным диабетом. По мнению зарубежных исследователей, частота ГСД составляет около 5% в популяции беременных и имеет тенденцию к увеличению. В США ежегодно выявляется от 135 до 200 тыс. женщин с ГСД, не считая пациенток, у которых сахарный диабет 1-го или 2-го типа был диагностирован еще до беременности.

В последнее время установлено, что ГСД распространен в мире с различной частотой. Наибольшее распространение отмечается в Латинской Америке, Индокитае и странах Персидского залива.

Масштабные международные исследования, проводившиеся на протяжении последних 30-40 лет, показали, что между транзиторным нарушением толерантности к глюкозе и осложнениями беременности установлена тесная взаимосвязь. Показано, что это состояние являлось причиной рождения детей с макросомией, обуславливая высокие показатели перинатальных осложнений, большую частоту кесарева сечения. Большинство исследователей в США и Европе считают, что ГСД является одной из основных причин неблагоприятных перинатальных показателей во всем мире. У беременных, неконтролируемый ГСД приводит к резкому повышению риска перехода в СД 1-го и 2-го типа, эндокринным расстройствам, ожирению, а течение беременности часто осложняется преэклампсией, пиелонефритом.

Несмотря на успехи, основные звенья курации беременных с ГСД остаются мало изученными. Наиболее актуальными являются:

1) изучение частоты ГСД в различных регионах мира, особенности там, где ранее этой проблеме не прида-

валось особого значения;

2) определение акушерских и перинатальных результатов в зависимости от сроков беременности, в которых начал развиваться ГСД, что непосредственно связано с оптимизацией классификации ГСД;

3) изучение влияния формы ГСД (ранний, поздний, компенсируемый диетой, компенсируемый инсулином, компенсируемый метформином) на акушерские и перинатальные показатели;

4) оптимизация лечения ГСД. Поэтому в последнее время широко обсуждаются результаты лечения ГСД,

в том числе метформином и инсулином, а также возможность комбинированного их использования.

В среднеазиатском регионе эта проблема также до конца не изучена. Принимая во внимание исторические аспекты, регулировавшие формирование этнических групп, вероятную близость среднеазиатского и арабского этносов, а также неизученность эпидемиологии ГСД в РУз и высокие негативные перинатальные показатели в среднеазиатском регионе, эта проблема нуждается в серьезном исследовании.

Тактика респираторной и небулайзерной терапии в профилактике бронхолегочных осложнений у больных с абдоминальным компартмент-синдромом

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

Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В.Вахидова

Цель исследования — разработка тактики респираторной и небулайзерной терапии в профилактике бронхолегочных осложнений у больных, находящихся на ПИВЛ в ОРИТ хирургического стационара.

Материал и методы. Изучена тактика респираторной и небулайзерной терапии у 65 женщин в возрасте 48-63 лет находившихся на ПИВЛ после реконструкции передней брюшной стенки и аллогерниопластики по поводу вентральных грыж передней брюшной стенки в ОРИТ РСЦХ им. акад. В.Вахидова в 2008-2012 г. Индекс Кетле (ИМТ) у всех пациентов был выше 32,3; средняя масса тела $128,3 \pm 2,1$ кг, при этом у всех больных показатели внутрибрюшного давления (ВБД) соответствовали II-III степени согласно рекомендациям Всемирного Общества по СИАГ (WSACS). Всем больным для улучшения экскурсии грудной клетки проводилось возвышение (45-50°) головного конца кровати с подложенным под поясничную область валиком, для снижения ВБД применяли раннюю медикаментозную стимуляцию кишечника и эпидуральную анестезию. Больные были разделены на 2 группы: 1-я группа (n=43) — традиционное постоперационное ведение: ПИВЛ в режимах "Volume control" с прямоугольным инспираторным потоком; 2-я группа (n=22) — ПИВЛ в режимах "Pressure control" нисходящим инспираторным потоком.

Небулайзерная терапия в обеих группах проводилась в контуре аппаратов ИВЛ VELLA и VELLA+ фирмы VIASIS: в 1-й группе — последовательное небулирование проводили двумя компонентами 24% эуфиллином 1,0 мл и 1% фуросемидом 2,0 мл, с последующем применением раствора беродуала 1,0 мл, растворённого в 3,0 мл физиологического раствора сеансами по 5-10 мин каждые 4 часа. Во 2-й группе последовательную небулайзерную терапию проводили с помощью трёх компонентов в комплексе с отечественным препаратом ФарГалС в разведении дистиллированной водой 1:2. Кроме того, в обеих группах при появлении признаков травмирующей санации трахеобронхиального дерева небулайзерную терапию начинали с применения 5% раствора аминокaproновой кислоты 2,0 мл.

Результаты. Первые трое суток после операции высокое ВБД (15-20 мм рт.ст.) сохранялось у всех пациентов, что связано с постоперационным парезом кишечника у 37 (56,9%) и напряжением передней

брюшной стенки по причине постоперационной боли у 5 (7,7%) кроме того, в последующие 3-5-е сутки у 57 (87,6%) больных отмечалось увеличение ВБД до $23,4 \pm 0,7$ мм рт.ст.

Оптимизация положения больных, применение эпидуральной анестезии, появление перистальтики на фоне обезболивания способствовало уменьшению участия вспомогательных мышц в акте дыхания и стабилизации ВБД в пределах 9-13 мм рт.ст на 11-16-е сутки, при этом проведение ПИВЛ в режимах "Pressure control" с нисходящим инспираторным потоком является оптимальным для данной категории больных.

В ходе исследования было выявлено, что в раннем послеоперационном периоде все пациентки адекватно просыпались в ближайшие 6-8 часов, при этом у 63 (96,9%) в первые сутки после операции отмечено прогрессирующее увеличение секреции трахеобронхиального дерева, что потребовало регулярной санации и проведения небулайзерной терапии. Многократные введения по интубационной трубке санационного катетера вслепую увеличивают травмирующий эффект слизистой трахеобронхиального дерева и способствуют увеличению геморрагических осложнений.

При проведении небулайзерной терапии четырёхкомпонентная схема в группе с применением ФарГалСа оказывала лучший эффект, что проявлялось уменьшением отделяемого трахеобронхиального дерева, в том числе гнойно-геморрагических корок, лучшими показателями газового состава крови при меньшем сопротивлении потоку респиратора, что способствовало уменьшению необходимости санационных бронхофиброскопий, а следовательно, и воспалительных явлений.

Выводы. У больных с абдоминальным компартмент-синдромом, находящихся на пролонгированной искусственной вентиляции лёгких, оптимальным является проведение ПИВЛ в режимах "Pressure control" нисходящим инспираторным потоком, возвышение (45- 50°) головного конца кровати с подложенным валиком под поясничную область валиком, ранняя медикаментозная стимуляция кишечника, применение эпидуральной анестезии в комплексе с сеансами четырёхкомпонентной небулайзерной терапией с применением отечественного препарата ФарГалС.

Алгоритм респираторной терапии у больных тетрадой Фалло после наложения подключично-лёгочного анастомоза

Ибадов Р.А., Жуламанова Д.И.

Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В.Вахидова

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

Материал и методы. За период с 2007 г. по настоящее время оперировано 81 больной с ТФ. Во всех случаях произведен модифицированный анастомоз Блелок-Тауссига (БТ), изучена тактика респираторной терапии. Возраст больных — от 1 года до 22 лет (в среднем $8,7 \pm 0,9$ года). Пациентов мужского пола было 43 (53%), женского — 38 (47%). 80 пациентов после наложения подключично-лёгочного анастомоза. После операции все больные 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 respiration unit model MA-1 (США) и VELA PLUS VIASYS HEALTHCARE (США) в разных режимах вентиляции: IPPV, SIMV, CPAP.

Результаты. 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 с учетом конкретной клинической ситуации, общего состояния больного. В раннем послеоперационном периоде для поддержания адекватного газообмена использовался режим IPPV с параметрами частоты дыхания, ДО, МОД, продолжительности вдоха и выдоха, которая подбирали в зависимости от 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 O₂ (FiO₂) — 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 часов переводили с режима IPPV на режим SIMV (синхронизированная перемежающаяся 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. Если больной хорошо переносил режим SIMV, отсутствовали тахипноэ, беспокойство, гипоксия и другие признаки усугубления ОДН, 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 рентгенокартине 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, т.к. предотвращает развитие осложнений и способствует адаптации пациентов к переводу на спонтанное дыхание.

Особенности системного подхода к анализу нервно-психических расстройств у пациентов с болезнью Крона

Изюмов Д.П., Изюмова Г.А., Ибадуллаев З.Р., Ярашев Р.С., Рузметов У.К., Назаров М., Муратова Н.М.
Хорезмский ОМПСЦ

В формировании нервно-психических расстройств у пациентов с болезнью Крона принимают участие соматические состояния на момент возникновения заболевания и психотравмирующее влияние данной патологии на личность больного. Наиболее адекватной методологической основой изучения нервно-психических расстройств является системный подход к данной проблеме.

Цель исследования — изучение особенностей системного подхода к анализу нервно-психических расстройств.

Материал и методы. Проанализированы нервно-психические расстройства у 32 больных с болезнью Крона. Для этого использовали клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-катамнестический методы. Все больные были разделены на 2 группы: 1-я — 14 (43,7%) больных с обострением заболевания; 2-я — 18 (56,3%) — в период ремиссии. Женщин было 7 (21,9%), мужчин — 25

(78,1%). Модель психосоматических соотношений была использована с изучением 3 уровней адаптации: соматического, личностного и психологического.

Результаты. На этапе изучения выделены следующие синдромообразующие факторы. На уровне соматической адаптации у 10 (31,2%) больных выделен соматогенно-органический фактор на личностном уровне, у 14 (43,8%) — конституционально-типологический, а на уровне психологической адаптации у 8 (25%) — психо-социогенный фактор. Соматические ресурсы у 17 (53,1%) больных сохранили оптимальный уровень реактивности неспецифической резистентности организма, что позволило адаптироваться к заболеванию. У 6 (18,7%) пациентов внутренние ресурсы адаптации отразили состояние нервно-психической реактивности человека. У 9 (28,1%) внешние ресурсы адаптации включили устойчивость мотивационной сферы личности. Практическая реализация этих изменений была представлена невротизмом у 11

(34,4%) больных, психопатией у 7 (21,9%), невротоподобным состоянием у 14 (43,7%). Выявленные изменения имели четкую связь с характерологическими радикалами.

Выводы. Выявленные особенности системного подхода являются континуумом психосоматических

соотношений, позволяющим проследить формирование структуры нервно-психических расстройств и их динамику. В практическом применении это позволяет назначить больным с болезнью Крона патогенетически обоснованную терапию с целью поддержания ремиссии.

Структура и профилактика неврологических осложнений при острых панкреатитах

Изюмов Д.П., Изюмова Г.А., Ибадуллаев З.Р., Ярашев Р.С., Рузметов У.К., Назаров М.С., Муратова Н.М.
Хорезмский областной многопрофильный центр, Хорезмский Филиал РНЦЭМП

Воспалительные заболевания поджелудочной железы проявляются нервно-психическими расстройствами, а в терминальном периоде – состоянием, аналогичным алкогольному делирию.

Цель — изучение особенностей неврологических осложнений при острых панкреатитах.

Обследованы 48 больных с острым панкреатитом, находившихся в хирургическом отделении Хорезмского филиала РНЦЭМП, из них 28 (58,3%) мужчин и 20 (41,7%) женщин.

Невротоподобный синдром встречался у 12 (25,0%) больных, психомоторное возбуждение – у 21 (43,8), менингеальный синдром – у 2 (4,2%), энцефаломиелопатический – у 13 (27%). Выявлена зависимость между неврологическим синдромом и формой панкреатита. Так, синдром психомоторного возбуждения наблюдался при остром панкреатите, энцефаломиелопатический — при тяжелом течении заболевания. Невротоподобный синдром являлся ведущим в клинике латентно протекающих безболевогой форм

панкреатита.

При обследовании пароксизмальные вегетативные расстройства обнаружены у 8 (66,6%) больных. Имеется тесная зависимость между изменениями нервно-психического и соматического состояния. Синдром психомоторного возбуждения проявлялся нервно-психическими расстройствами. У 13 (61,9%) больных пароксизмы психомоторного возбуждения сменялись оглушенностью, адинамией вплоть до состояния прострации. У 8 (38,1%) больных тревога сменялась подавленностью. У 7 (53,8%) больных энцефаломиелопатический синдром проявлялся очаговой полиморфной, у 6 (46,2%) — общемозговой симптоматикой. Описанная патоморфологическая характеристика процесса может быть определена как панкреатическая токсико-аллергическая энцефалопатия.

Таким образом, клиника нервно-психических расстройств зависит от тяжести и формы острого панкреатита и могут служить прогностическим критерием течения и исходов заболевания.

Возможные интраоперационные осложнения при хирургическом лечении грыж межпозвонковых грыж

Исаков Б.М., Давлатов Б.Н., Исаков К.Б., Ташланов М.М., Шарипов А.А.
Андижанский филиал РНЦЭМП

Под нашим наблюдением в 2008-2011 гг. находились 258 больных с грыжами межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника в возрасте от 18 до 65 лет, из них 148 мужчин и 110 женщин. Давность заболевания — от 3 месяцев до 5 лет. В большинстве пациентов возникновение заболевания связывали с физическим перенапряжением. Только у 12 больных заболевание возникло в связи с травмой позвоночника. На спондилограммах у больных отмечены проявления остеохондроза позвоночника в различной степени развития. Патологическому процессу были подвержены нижние поясничные позвонки. При МРТ-исследовании у больных выявлены грыжи межпозвонковых дисков различных размеров (от 8 мм до 16 мм), полисегментарные грыжи имели место у 67 больных на уровне 2-х позвонков и протрузии дисков (от 2 мм до 6 мм).

Все больные были подвергнуты оперативному лечению. В зависимости вида оперативного вмешательства больные были разделены на 2 группы: 1-я группа — аркотомия на уровне 1 позвонка, 2-я группа — гемиламинэктомия + фораминотомия.

Операция проводилась в положении пациента на животе с приданием положения, способствующего более широкому раскрытию расстояния между дужками позвонков. После удаления части или дужки позвонка с одной стороны острым путем удаляли жел-

тую связку. После мобилизации дурального мешка и корешка производили удаление выпавших частей грыжи и проводили кюретаж с целью удаления оставшейся части грыжи диска. После удаления грыжи проводили ревизию при помощи шпателя в краниальном и каудальном направлениях. При нормальном прохождении шпателя операцию завершали фораминотомией места выхода спинального корешка.

В некоторых случаях при удалении больших грыж единым блоком и удалении задних остеофитов ход оперативного вмешательства осложнялся кровотечением из варикозно-расширенных эпидуральных вен и повреждением дурального мешка, при котором отмечалось истечение ликвора. При кровотечении из варикозно-расширенных вен остановку кровотечения проводили путем тампонады шариком, смоченным перекисью водорода, или путем коагуляции. Истечение ликвора останавливали путем подкладывания небольшого кусочка жировой ткани, при большом повреждении — наложением швов на дуральный мешок.

Выводы. 1. При обнаружении картины полного выпадения грыжи нельзя насильно через аркотомный доступ стараться удалить грыжу единым блоком, особенно когда корешок находится в натянутом положении. В этих случаях наиболее оптимальным способом является удаление по частям. 2. С целью предупреждения кровотечения из эпидуральных вен нужно

подкладывать подушечки под дуральный мешок и корешок, что предохраняет сосуды, дуральный мешок и корешки от повреждений и способствует лучшей визуализации грыжи диска. Кроме этого данный спо-

соб позволяет освободить руки ассистента. 3. У больных старческого возраста оптимальным доступом является гемиламинэктомия, что дает полную декомпрессию дурального мешка и корешка.

Видеоторакоскопические вмешательства при сочетанных травмах груди

Исхаков Б.Р., Жалилов Э.Т., Рахимов Б.А., Джурабоев А.М.

Наманганский филиал РНЦЭМП

За период с 2002 по ноябрь 2009 гг. лечебно-диагностическая видеоторакоскопия выполнена нами у 98 пострадавших с травмами груди, из них 72 (73,5%) мужчины и 26 (26,5%) женщин в возрасте от 14 до 68 лет. Все пострадавшие с травмой грудной клетки обследованы рентгенологически. Показанием к экстренной видеоторакоскопии явилось наличие малых и средних гемопневмотораксов.

Изолированное повреждение грудной клетки выявлено у 30 (30,6%) пострадавших, у 36 (36,7%) больных закрытая травма груди сочеталась с черепно-мозговой травмой различной степени, у 11 (3,3%) — с повреждением органов брюшной полости, у 18 (18,4%) — с переломами костей конечностей, у 3 (3%) — с осложненным переломом грудного позвонка.

У 18 (18,4%) больных с множественными переломами ребер, осложненными кровотечением из межреберных сосудов, гемостаз был достигнут клипированием межреберных сосудов (4) и биполярной диатермокоагуляцией (14). У 12 (12,2%) больных с повреждением висцеральной плевры и небольшими разрывами паренхимы легких гемостаз достигнут наложением 2-3-х эндошов. Поверхностный разрыв плевры без

признаков активного кровотечения наблюдался у 21 (21,4%) больного. Переломы ребер без повреждения плевры диагностированы у 11 (11,2%) пострадавших. Ушиб и гематома легких отмечены у 19 (19,4%), органов средостения — у 7 (7,1%) больных.

Причиной конверсии (переход к торакотомии) у 10 (10,2%) пострадавших послужил разрыв легких с продолжающимся кровотечением.

Интраоперационное осложнение в виде кровотечения из межреберных вен в месте введения торакоскопической трубки наблюдалось у 1 пациента, у которого гемостаз достигнут биполярной диатермокоагуляцией.

Умерло 4 (4,1%) больных от причин, не связанных с торакоскопией (открытая черепно-мозговая травма + переломы ребер и тяжелая сочетанная травма, ушиб легкого и органов средостения + перелом грудного позвонка).

Таким образом, применение видеоторакоскопии в urgentной торакальной хирургии позволило уменьшить процент диагностических ошибок и сократить время постановки диагноза. Использование видеоторакоскопии при политравмах меняет тактику лечения пациентов и избавляет их от «напрасных» торакотомий.

Портальная гемодинамика после эндоскопической склеротерапии варикозно расширенных вен пищевода

Кадыров Р.Н.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Проанализированы результаты комплексного клинического обследования и лечения 245 пациентов с циррозом печени (ЦП) и синдромом портальной гипертензии (ПГ), наблюдавшихся с 2006 по 2010 гг. в СФ РНЦЭМП. В основной группе к функциональному классу А по Child-Pugh были отнесены 23 больных, в контрольной — 17; к классу В — 57 и 49, к классу С — 59 и 40. В основную группу включены 139 пациентов, которым произведена эндоскопическая склеротерапия (ЭС) с последующей локальной компрессией зоны склеротерапии эндоскопическим пневматическим зондом-обтуратором, разработанным в нашей клинике (патент на полезную модель № FAP 00465, выданный 03.10.2008 г.). В контрольную группу вошли 106 пациентов, которым проводилась стандартная ЭС с последующей установкой зонда Блекмора-Сенгстакена.

Склеротерапию проводили с использованием 3% раствора тромбовара или 3% раствора Фибро-Вейна интравазально и 35% раствора этанола — паравазально. Выполняли 4–6 сеансов в течение 12 месяцев. До лечения доплерографическим способом измеряли линейную скорость кровотока по воротной, селезеночной и верхней брыжеечной венам.

При активном кровотечении частота неудовлетворительных результатов ЭС с последующим примене-

нием стандартного зонда Блекмора-Сенгстакена в зависимости от уровня источника и интенсивности кровотечения составляет от 16,7% (н/3) до 66,7% (кардия желудка), в среднем 31,1%.

Диаметр варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) исходно в обеих группах был примерно одинаковым ($p > 0,05$). Через 1 месяц после ЭС в основной группе диаметр уменьшился с $3,44 \pm 0,21$ до $2,85 \pm 0,12$ мм ($p < 0,05$), в контрольной — с $3,41 \pm 0,19$ до $3,02 \pm 0,17$ мм. Степень уменьшения диаметра также была достоверной ($p < 0,05$), однако при сравнении этих показателей между группами выявлена достоверная разница. Та же тенденция наблюдалась при сопоставлении данных о количестве варикозно расширенных стволов. Если в контрольной группе средний показатель исходно составил $2,78 \pm 0,13$, через месяц после ЭС уменьшился до $2,34 \pm 0,18$ ($p < 0,05$), то в основной группе количество стволов сократилось с $2,82 \pm 0,18$ до $2,15 \pm 0,16$ ($p < 0,05$), что также достоверно отличалось от контроля.

Отдаленные результаты прослежены у 83 (71,6%) больных основной и у 52 (69,3%) — контрольной группы. В различные сроки после выписки с рецидивом кровотечения из ВРВП обратились 32 (38,6%) больных основной и 27 (51,9%) — контрольной группы. Всего из 135 пациентов с рецидивом кровотечения поступили 59 (43,7%). Анализ временного фактора показал, что

самая высокая частота рецидива наблюдалась уже в сроки до 1 месяца после проведенной ЭС. При этом в основной группе частота этого осложнения была 12,0% (10 пациентов), то в контрольной группе она достигала 23,1% (12 пациентов).

Применение эндоскопического зонда-обтуратора после выполненной ЭС позволяет осуществить топическую компрессию зоны кровотечения и соответственно повысить показатель эффективного гемостаза с 68,9 до 83,1%. У больных ЦП с ПГ, осложненной остановившимся кровотечением, частота раннего рецидива кровотечения после ЭС с последующим применением зонда Блекмора-Сенгстакена может достигать 18,5%. Эндоскопическая локальная обтурация источника кровотечения снижает этот показатель до 9,4%, при этом в зависимости от уровня источника первичного кровотечения наибольшая вероятность рецидива, достигающая 37,5-60,0%, выявлена в зоне кардии

желудка, тогда как вероятность рецидива из н/з пищевода не превышает 5,4-13,0%.

Выявлено увеличение значений линейной скорости кровотока по верхней брыжеечной вене в группе больных с уменьшением степени варикозного расширения вен пищевода после профилактических эндоскопических вмешательств по сравнению с пациентами, резистентными к проводимому лечению.

Статистически значимые различия значений средней линейной скорости кровотока по воротной вене были обнаружены в группе больных с уменьшением протяженности ВРВП по сравнению с пациентами без положительной динамики по данному показателю (соответственно 12,2 и 7,3 см/с).

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о влиянии эндоскопических методов эрадикации варикозных вен пищевода на показатели портальной гемодинамики.

Лазеры в профилактике раневых осложнений у больных с ущемленными вентральными грыжами

Калиш Ю.И., Аметов Л.З., Шакусупов А.Р.

РСЦХ им. акад. В.Вахидова

Цель - улучшение непосредственных результатов оперативного лечения больных с ущемленными грыжами путем внедрения применения полилазерного облучения

В РСЦХ им. акад. В.Вахидова в 1993-20011 гг. с ущемленной вентральной грыжей (УВГ) оперированы 195 пациентов, которых мы разделили на 2 группы

В 1-ю группу включены 130 пациентов с УВГ, которым, наряду с "натяжной" герниопластикой, осуществлялась разработанная нами методика чрескожного низкоинтенсивного лазерного облучения (мужчин – 49, женщин – 81, средний возраст $55 \pm 4,3$ года). В ближайшем послеоперационном периоде, начиная со 2-х суток проводили ежедневное облучение послеоперационной раны инфракрасным (арсенид-галиевым) лазером, в течение 10 дней.

Паховые грыжи были у 45, послеоперационные – у 44, пупочные – у 32, бедренные – у 50, белой линии – у 4. Ущемленными в содержимом грыжевого мешка петли кишки оказались у 48, большой сальник – у 71, их сочетание – у 11. Резекция кишки выполнена 16 (33,3%), сальника 37 (52,1%), их сочетание 4 (36,3%) больным. Летальность составила 3,8%.

2-ю группу (в 2005 - 2012 гг.) составили 65 пациентов (мужчин 16, женщин 49, средний возраст $58,6 \pm 3,8$ года), которым, наряду с выполнением протезирующей герниопластики с использованием сетчатых имплантатов, интраоперационно проводилось облучение высокоэнергетическим углекислотным лазером. Послеоперационные грыжи были у 42 (64,6%), пупочные – у 18 (27,7%), паховые – у 5 (7,7%) пациентов. Петли кишки оказались ущемленными у 42, большой сальник – у 23. Резекция кишки выполнена 9 (13,8%), сальника 12 (18,4%). Летальность составила 3%.

Перед имплантацией с целью бактерицидного, гемо-

- и лимфостатического эффекта мобилизованная подкожно-жировая клетчатка и апоневроз облучались расфокусированным лучом углекислотного (CO_2) лазера.

Имплантацию проленовых эндопротезов выполняли в наднапоневратической (54), предперитонеальной (5) и интраабдоминальной (1) позиции. 5 больным произведена герниопластика по Лихтенштейну. Площадь грыжевых ворот колебалась от 20 до 250 cm^2 .

Следует отметить, что в этой группе экстренно оперированных больных значительно возрос удельный вес послеоперационных грыж (64,6%).

Основными критериями оценки непосредственных результатов хирургического лечения при УВГ были частота и спектр раневых осложнений (инфильтрат, гематома, серома, поверхностный некроз краев операционной раны, глубокое нагноение). Частота послеоперационных осложнений (нагноение раны): в 1-й группе составила 9,8%, во 2-й – 6,5%.

Таким образом, применение "натяжных" методов герниопластики при ущемленных грыжах, особенно больших и гигантских, сопровождается значительным числом раневых осложнений. Низкоинтенсивная лазерная терапия способствует благоприятному течению раневого процесса, уменьшая его экссудативную фазу, а также стимулирует процессы регенерации тканей. Некротические изменения ущемленного органа не являются противопоказанием к протезирующей пластике. Применение высокоэнергетического углекислотного лазера (CO_2) интраоперационно обеспечивает бактерицидный эффект, позволяет осуществлять операцию на «сухом» рабочем поле, стимулирует процессы регенерации. Все это приводит к ускорению интеграции окружающих тканей в сетку, приводит к снижению частоты раневых осложнений.

Хирургические осложнения брюшного тифа в современных условиях

Карабаев Б.Х., Рузибоев С.А., Карабаев Х.К., Элмурадов А.Н., Очилов С.Ш., Арашев Р.Р.
Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Несмотря на значительное снижение заболеваемости брюшным тифом и уменьшение количества тяжелых его форм, наблюдаются осложнения, что соответствует известному положению об отсутствии параллелизма между тяжестью течения и глубиной анатомических изменений в кишечнике при этом заболевании (Вахидов В.В. и др., 1978; Ахтамов Ж.А. и др., 2005). В современных условиях брюшной тиф не потерял своих специфических черт, хотя в его течении и появились некоторые особенности.

Цель исследования — анализ результатов хирургического лечения брюшнотифозной перфорации тонкой кишки.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты хирургического лечения брюшнотифозной перфорации тонкой кишки у 57 больных, находившихся на лечении в Самаркандском филиале РНЦЭМП в 1999-2011 гг. Из них мужчин — 45 (71,9%), женщин — 16 (28,1%), в возрасте от 15 до 55 лет.

Результаты. По нашим данным (по линии санитарной авиации и в хирургическом стационаре Самаркандского филиала РНЦЭМП), большинство прободений наблюдалось на 3-4й неделе (у 32 из 57). Наибольший процент (80,0%) заболеваемости приходится на летне-осенний период.

Диагностика брюшнотифозных перитонитов представляет определенные трудности, особенно у больных серозным (пропотным) перитонитом: нерезко выраженная боль в животе, пальпаторная болезненность. Сглаженность симптомов перитонита вызывала сомнения у районных хирургов или только подозрения на кишечную перфорацию. По линии санитарной авиации они вызывали на консультацию квалифицированных хирургов лишь спустя более суток, когда уже прогрессировала картина кишечной перфорации (у 17 больных) — острый разлитой перитонит. У 32 больных основным признаком кишечной перфорации — перитонита были: напряжение мышц, вздутие живота, тахикардия, лейкоцитоз ($9 \times 10^9 - 17 \times 10^9 / л$), исчезновение печеночной тупости (31), задержка стула и газов (30), пневмоперитонеум (27), на УЗИ (20) свободная жидкость в брюшной полости.

Длительная подготовка перед операцией (от 6 до 12 ч) потребовалась 42 (73,7%) больным с крайней степенью обезвоженности, анемией уровень гемоглобина менее 70 г/л) и гипотонией (систолическое АД ниже 100 мм рт.ст.): внутривенное введение 3000-5000 мл растворов глюкозы и электролитов, 500-1000 мл препаратов крови, хлористого калия, преднизолона. Остальные больные оперированы спустя 3-6 ч ми-

нимальной подготовки: введение 1000-2000 мл жидкостей, 250-500 мл препаратов крови.

Всем больным перед операцией проведена борьба с гиповолемией, анемией, интоксикацией и поддержка функции сердечно-сосудистой системы и гемодинамики. Операции проводились под общим обезболиванием. Использовали следующие операционные доступы: срединная лапаротомия — у 38 больных, параректальный разрез — у 7, косой в правой подвздошной области — у 12.

При лапаротомии у 15 (26,3%) больных установлена свежая перфорация кишечника. У пациентов случаях имелся диффузный фибринозно-гнойный перитонит, петли кишечника и большой сальник были спаяны сращениями различной плотности, как правило, обнаруживался абсцесс в дугласовом пространстве, реже — поддиафрагмальные и межкишечные абсцессы. Перфорации подвздошной кишки выявлялись на расстоянии от 5 до 65 см от илеоцекального угла. Множественные перфорации были у 8 больных (по 2 — у 3, по 3-4 — у 5).

Характер и объем операции были следующими: ушивание перфоративного отверстия — у 22, формирование двустольной энтеростомии — у 34, резекция кишки у 1 больного. Декомпрессию тонкой кишки осуществляли с помощью назогастрального зонда. Больным выполнялся тщательный туалет брюшной полости, предусматривающий промывание её 3-5 л теплого физиологического раствора с хлорамфениколом. В зависимости от выраженности перитонита дренировались дугласово, поддиафрагмальные и подпеченочные пространства.

После операции проводили коррекцию внутренней среды, устраняли гемодинамические нарушения, анемию, восполняли ОЦК. Кроме специфического антибиотика против брюшного тифа, применяли высокоэффективные антибиотики в отношении к грамотрицательной микробной флоре.

В послеоперационном периоде из 22 больных, которым было произведено ушивание перфоративного отверстия, умерли 7 (31,8%), с резекцией кишечника — 1 (100%). По нашим данным, более эффективным методом лечения является формирование двустольной энтеростомии. Из 34 больных неблагоприятные исходы наблюдали лишь у 4 (11,7%). Общая послеоперационная летальность составила 21,0%.

Выводы. Исход операции во многом зависит от периода заболевания, в которой наступила кишечная перфорация; общего состояния больного к моменту перфорации и характера самого оперативного вмешательства.

Гнойные поражения крупных суставов у обожженных

Карабаев Ж.Ш., Шакиров Б.М., Хакимов Э.А., Тагаев К.Р.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Инфекционные поражения суставов или гнойные артриты занимали в прошлом значительное место в структуре инфекционных осложнений ожоговой болезни. Частота этих осложнений составляла, по разным данным, от 1 до 7%. При этом в большинстве слу-

чаев гнойные артриты развивались через 2-4 месяца после травмы на фоне ожогового истощения или сепсиса. В настоящее время широкое внедрение в практику комбустологии активной хирургической тактики привело к значительному уменьшению частоты гной-

ных артритов.

В наших наблюдениях из 287 больных с глубокими ожогами конечностей ранние поражения крупных суставов отмечались у 46. Поражения опорно-двигательного аппарата при ожоговой болезни отличаются частотой, разнообразием и специфичностью. Исходя из характера повреждения, клинического течения и хирургической тактики, все поражения суставов можно разделить на ранние и поздние.

Ранние поражения возникают в остром периоде ожоговой болезни при существовании ожоговой раны в области сустава: это серозные и гнойные артриты, суставные свищи, деструкция суставных поверхностей костей. К первичным относятся повреждения, возникающие в суставах вследствие длительного воздействия термического агента высокой температуры (сандаловые ожоги, длительная экспозиция пламени). Патологическим субстратом этих поражений является первичный некроз мышц, сухожилий, суставных капсул и костей. Вторичные поражения возникают в более поздние сроки — при существовании гранулирующей раны в области сустава. Частота возникновения вторичных поражений суставов находится в прямой зависимости от площади глубокого ожога. Вторичные поражения можно разделить на возникающие вследствие тяжёлых трофических расстройств в суставе и параартикулярных тканях и такие, при которых на первый план выступают явления гнойного артрита.

Для поражения первой группы характерно сравни-

тельно благоприятное течение. Основным условием успешного лечения этой патологии является аутопластика.

Вторая группа вторичных поражений — гнойные артриты — наиболее тяжёлая разновидность суставной патологии у обожженных. Они развиваются у больных с обширными глубокими ожогами. Такие больные требуют неотложного оперативного лечения, направленного как на ликвидацию гнойного артрита, так и на закрытие ран.

В лечении гнойного артрита основное значение имеет антибактериальная терапия и ежедневные пункции сустава с промыванием его полости растворами антисептиков или антибиотиков. При неэффективности терапии сустав дренируется, и устанавливается система для постоянного проточного промывания. С начала лечения проводят иммобилизацию сустава. При назначении системных антибактериальных препаратов предпочтение следует отдавать препаратам направленного остеотропного действия.

Выводы. Рациональное применение антибактериальной терапии в комплексном лечении обожженных позволяет снизить частоту и тяжесть инфекционных осложнений ожоговой болезни, однако до сегодняшнего дня они являются серьёзной угрозой для жизни пострадавших с термической травмой. Именно поэтому постоянное совершенствование методов профилактики и лечения инфекции остается одной из приоритетных задач комбустиологии.

Прогнозирование, лечение и профилактика тромбоэмболии легочной артерии

Карабаев Х.К., Ахмедов Ю.М., Аминов У.Х., Хайдаров Г.А., Махмудов Ф.Ч., Норов М.Ч.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

В 1999-2011 гг. в Самаркандском филиале РНЦЭМП от тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) умерли 34 больных после абдоминальных операций и торакальных вмешательств, в том числе при массивной (окклюзия легочного ствола) и субмассивной (окклюзия легочной артерии с одной стороны) ТЭЛА — 30 (88,2%), при тромбоэмболии ветвей легочной артерии — 4 (11,8%). ТЭЛА у них развивалась на 5-10-е сутки после операции. При массивной и субмассивной ТЭЛА больные умирали в течение нескольких часов от острой правожелудочковой сердечной недостаточности, несмотря на интенсивную терапию. Длительная гипотензия при этом усугубляла плохой прогноз.

Источниками тромбоэмболии у 33 умерших был тромбоз глубоких вен нижних конечностей, у 4 — ушка правого предсердия, у 1 — флелотромбоз вен малого таза, у 9 пациентов источник тромбоэмболии установить не удалось.

Правильный и однозначный клинический диагноз был установлен у 23 (48,9%) больных. У 13 (27,6%) больных ТЭЛА не была распознана, а у 11 (23,4%) заподозрена, но окончательно не дифференцирована от инфаркта миокарда. Следовательно, более чем у половины больных объем лечебных мероприятий был недостаточным, не проводились также профилактические меры при нераспознанных рецидивах ТЭЛА (68,1%).

Результаты секционных исследований мы сравнили с клиническими данными. За 1999-2011 гг. ТЭЛА после операции возникла у 36 (0,4%) больных. Возраст больных — 32-83 года. Лиц пожилого и старческого

возраста было 10 (27,7%). Женщин было 20, мужчин — 16. У 23 (63,8%) больных имела место избыточная масса тела или ожирение, у 8 (22,2%) — сахарный диабет, у 7 (19,4%) — злокачественная опухоль.

У 14 (38,9%) больных массивная ТЭЛА сопровождалась потерей сознания, снижением АД, выраженной одышкой, цианозом, тахикардией. У этих больных немедленно были предприняты лечебные мероприятия: назначены сосудосуживающие препараты, сердечные гликозиды, гепарин, тромболитические средства (авелизин, стрептокиназа, стрептаза, фибринолизин), реополиглюкин, никотиновая кислота, оксигенотерапия. Для активации фибринолиза применяли 1% раствор никотиновой кислоты из расчета 1-3 мг/кг массы тела, максимальное повышение фибринолитической активности крови наступало через 10-15 мин после внутривенной инфузии и продолжалось в течение 2-3 ч. У 6 больных эти мероприятия, а также искусственная вентиляция легких и закрытый массаж сердца оказались неэффективными, и они умерли в течение 1-3 ч после появления симптомов ТЭЛА. У остальные 8 больных артериальное давление удалось стабилизировать в первые часы заболевания. Дальнейшая интенсивная терапия привела к улучшению сердечной деятельности и дыхания.

У 20 (55,6%) больных имела место тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии, которая клинически проявлялась инфаркт-пневмонией: болью в груди, упорным кашлем, одышкой, акроцианозом, стенокардией, гипертермией. Диагноз ТЭЛА подтвержден данными рентгенологического исследования и ЭКГ, а у 12

больных эхокардиографией.

Таким образом, пожилой возраст, ожирение, сахарный диабет, онкологические и сердечно-сосудистые заболевания, а также длительное и травматичное оперативное вмешательство должны быть отнесены к факторам повышенного риска возникновения ТЭЛА. При наличии этих факторов больным, несмотря на нормальные показатели коагулограммы, наряду с неспецифическими профилактическими мероприятиями (дыхательная гимнастика, массаж конечностей, достаточное обезболивание, адекватная гемодилуция, назначение дезагрегантных препаратов),

целесообразно проводить специфическую профилактику тромбоэмболических осложнений гепарином в течение первых 3-4 дней с дальнейшим переходом на антикоагулянты непрямого действия под контролем коагулограммы и особенно времени свертывания крови по Ли-Уайту. Применение указанных неспецифических и специфических профилактических мероприятий привело к уменьшению числа ТЭЛА: в 1999-2005 гг. их было 26; в 2006-2011 гг. — 10 (соответственно 0,5 и 0,28 % по отношению к общему числу оперативных вмешательств). При ТЭЛА, развившейся после операции, летальность составила 17,6%.

Эвентрация после неотложной лапаротомии

Карабаев Х.К., Ахмедов Ю.М., Аминов У.Х., Тагаев К.Р., Мустафакулов И.Б., Жулбеков К.И., Карабаев Б.Х.
Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Работа посвящена анализу причин 45 (0,25%) эвентраций, возникших после 17430 неотложных лапаротомий. Среди больных женщин было 14, мужчин — 31. В возрасте до 60 лет было 26 больных, старше 60 лет — 19. Из 45 эвентраций 33 (73,3%) возникли на фоне гнойного процесса в брюшной полости. После холецистэктомии эвентрация отмечалась исключительно у больных старше 60 лет, после других операций зависимости возникновения эвентрации от возраста больного не выявлено.

Выделено 4 основные группы непосредственных причин эвентрации: местные факторы, определяющие заживление операционной раны, общие факторы, влияющие на регенераторные реакции организма; причины, обуславливающие избыточное механическое воздействие на рану; ошибки выполнения операции. Среди местных факторов наиболее важны нагноительные процессы, которые могут распространяться из глубины наружу и наоборот. Из 33 больных с перитонитом только у 7 гнойное воспаление распространилось с брюшины на мышечно-апоневротический слой брюшной стенки, у остальных развилась флегмона раны, которая привела к расхождению швов апоневроза, краевому некрозу и эвентрации. Прошивание апоневроза близко к его краю наблюдалось у 3 больных, причем у обоих имелось избыточное отложение жира в подкожной основе, что затрудняло зашивание раны. У 1 больного причиной эвентрации была травма мышц с их разволокнением и обильным пропитыванием кровью.

После применения параректального доступа частота эвентрации составила 7,8% (4 на 51 операцию), срединного — 1,0% (32 на 3193 операции), подреберного Кохера — 0,19% (5 на 2596 операций), Волковича-Дьяконова — 0,02% (3 на 11593 операции). Следовательно, в неотложной хирургии при выполнении широкой лапаротомии единственным приемлемым доступом является срединный.

Общими причинами, замедляющими процессы регенерации в организме, являются анемия, гипопроотеинемия, нарушение функций дыхания, кровообращения. Сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы с наличием сердечной и дыхательной недостаточности II-III степени выявлены у 30 (66,6%), анемия — у 17 (37,7%); гипопроотеинемия (содержание общего белка 60,0-39,7 г/л) — у 12 (26,6%) больных. Кроме того, важным фактором в развитии

эвентрации явилось наличие сахарного диабета у 16 (35,3%) больных, причем у 3 он был впервые выявлен и плохо поддавался лечению. Из 17430 больных сахарный диабет был у 521 (2,98%), в то же время из 26 больных с флегмоной операционной раны, ставшей причиной эвентрации, это осложнение диагностировано у 50%.

Из факторов, обуславливающих повышение внутрибрюшного давления, основное значение имеют не те, при которых напряжение мышц брюшной стенки нарастает постепенно и распространяется равномерно (парез кишечника), а те, которые приводят к внезапному и неравномерному растяжению тканей в области швов (сильный кашель, рвота). Сочетание этих причин наиболее неблагоприятно. В течение первых 5 суток после операции эвентрация наступила у 15,3% больных, с 6-х по 8-е сутки — у 67,9%, с 9-х по 14-е сутки — у 16,8%. Таким образом, в период наибольшей выраженности пареза кишечника частота эвентрации оказалась наименьшей. Зато в сроки, соответствующие разгару гнойно-воспалительного и некротического процесса, отмечалась максимальная частота осложнения. У 18 (40%) больных возникновение эвентрации было связано с кашлем, у 2 (4,4%) — с рвотой, хотя бронхолегочные осложнения и выраженный застой в желудке и верхних отделах кишечника констатированы соответственно у 48 и 73% больных. Во время повторной операции у 89,6% больных обнаружены выраженные признаки гнойно-деструктивного процесса в тканях по линии шва, у 4,4% — нарушения техники зашивания брюшной стенки. Следовательно, основной причиной эвентрации является гнойное поражение тканей брюшной стенки, а факторы, вызывающие повышение внутрибрюшного давления, необходимо считать не причинными, а провоцирующими.

Повторные операции у всех 45 больных выполняли опытные хирурги. Умерли 9 (20%), больных. Причинами смерти явились перитонит (3 наблюдения), аррозивное кровотечение из сосудов поджелудочной железы (1), острая сердечно-сосудистая недостаточность (1), тромбоэмболия легочной артерии (1), сепсис (1), инфаркт миокарда (1), пневмония (1). Наиболее частой причиной смерти больных, как и эвентрации, был перитонит.

Ретроспективный анализ показывает, что наиболее эффективными мероприятиями в профилактике эвентрации являются: предупреждение нагноения опера-

ционной раны; своевременная и эффективная коррекция нарушений гомеостаза, главным образом, ликвидация анемии и гипопропротеинемии; профилактика легочных осложнений после операции.

Выводы. Наиболее существенной причиной эвентрации после неотложной операции является развитие гнойно-некротического процесса в ране передней

брюшной стенки, распространяющегося снаружи внутрь по отношению к слоям брюшной стенки. Чаще всего эвентрация возникает на 6-8-е сутки после операции. Из оперативных доступов самым неблагоприятным по частоте эвентрации является параректальный. Профилактика флегмоны операционной раны — наиболее действенная мера предупреждения эвентрации.

Осложнения внутриматочной контрацепции

Каримов З.Д.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Анализ клинической деятельности отделений неотложной гинекологии в системе экстренной медицинской помощи за последние 10 лет, демонстрирует прогрессивное увеличение случаев ятрогении, связанной с установкой внутриматочной спирали (ВМС). Если с 2002 по 2004 гг. было отмечено 7 случаев парадоксальной установки ВМС, то с 2005 по 2012 гг. зарегистрировано уже 110 таких случаев. Из 117 больных, поступивших в РНЦЭМП и его областные филиалы, 42 (36,0%) женщины наблюдались в РНЦЭМП. Анализ показал отсутствие зависимости частоты ятрогении от уровня квалификации учреждения, где устанавливалась ВМС.

Структура повреждений полового аппарата и экстрагенитальных органов включала: матка и влагалище — у 105 (89,7%) женщин, мочевого пузыря — у 6 (5,1%), большой сальник — у 2 (1,7%), тонкая и толстая кишка — у 5 (4,3%). Структура осложнений, вызванных парадоксальной установкой ВМС включала: пельвиоперитонит — у 26 (22,2%), абсцессы малого таза — у 11 (9,4%), tubo-овариальное гнойное образование — у 5 (4,3%), межкишечное абсцедирование — у 7 (6,0%), гемоперитонеум — у 3 (2,6%), эндометрит — у 1 (0,9%), параметрит — у 1 (0,9%), вторичный аппендицит — у 1 (0,9%).

Объем проведенных вмешательств: лапароскопическое удаление ВМС из брюшной полости — у 88 (75,2%), традиционное лапаротомное удаление ВМС из брюшной полости — у 14 (12,0%), конверсия лапаро-

скопии на лапаротомию — у 7 (6,0%), цистоскопическое удаление ВМС из мочевого пузыря — у 4 (3,4%), традиционная цистостомия, удаление ВМС из мочевого пузыря — у 2 (1,7%), сальпингэктомия — у 2 (1,7%), гистерэктомия — у 1 (0,9%), релапаротомия — у 1 (0,9%), ДХК — у 5 (4,3%). Летальных случаев не было.

Парадоксальная установка ВМС повлекла следующие дополнительные последствия: проведено абортов — 15 (13,0%) из 117 женщин, самопроизвольные роды были — у 7 (6,1%), кесарево сечение — 2 (1,7%), роды + аборты — у 2 (1,8%), внематочная беременность — 1 (0,9%), поступила с тяжелым абдоминальным осложнением через 9 лет после парадоксальной установки ВМС в состоянии беременности — 1 (0,9%).

Анализ показал: сроки возникновения серьезных осложнений после парадоксальной установки ВМС колебались от нескольких часов до 17 лет, независимо от локализации ВМС. Наиболее вероятной причиной увеличения показателя ятрогении — является снижение уровня квалификации врачей, причастных к установке ВМС в последнее время. Различные осложнения (вплоть до самых тяжелых) могут развиваться внезапно после длительного (годами) бессимптомного ношения парадоксально установленной ВМС. Выявление дислоцированной ВМС, независимо от сроков ношения, без тактических вариантов, ставит вопрос об её удалении наиболее рациональным путем.

Алгоритм диагностики перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки

Каримов Ш.И., Асраров А.А., Хакимов М.Ш., Холматов Ш.И., Ашуров Ш.Э.

Ташкентская медицинская академия

Нами разработан алгоритм диагностических мероприятий при подозрении на перфорацию язв гастродуоденальной зоны. Как известно, классическим признаком перфорации язвы является наличие свободного газа под куполом диафрагмы на обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости. Однако в ряде случаев данный признак не выявляется. В таких случаях после обзорной рентгеноскопии выполняется гастроскопия с нагнетанием в полость желудка большого количества воздуха. Затем повторяется рентгенологическое исследование (Назирова Ф.Н., 1994). При наличии прикрытой перфорации гастродуоденальных язв на повторной рентгеноскопии выявляется наличие свободного газа (первый этап). Однако данный диагностический прием не всегда позволяет выявить рентгенологические признаки заболевания. В таких ситуациях проводится ультразвуковое исследование, при котором выявляется наличие свободной жидкости под печенью, правом боковым каналом или малом тазу (второй этап). Лишь при отрицательных результатах вышеприведенных инструментальных исследований выполняется диа-

гностическая лапароскопия (третий этап).

Аналогичный диагностический алгоритм нами применен у 61 больного, находившихся на стационарном лечении в отделение экстренной хирургии клиники госпитальной и факультетской хирургии лечебного факультета ТМА за период с 2009 по 2011 годы, у которых клиническая картина заболевания была стертой. На первом этапе диагностического алгоритма перфорация язв гастродуоденальной зоны было диагностировано у 19 больных, на втором этапе — у 13 и на третьем этапе — у 29. Применение данного диагностического алгоритма при перфорациях язв желудка и 12 п.к. позволило в 90,1% наблюдениях выполнить радикальную операцию благодаря ранней диагностике заболевания.

Таким образом, предложенный нами алгоритм диагностики перфорации язвы гастродуоденальной зоны позволил в большинстве случаев произвести первичную радикальную операцию из-за ранней диагностики осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Длительная внутриартериальная катетерная терапия в лечении панкреонекроза

Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Рахманов С.У., Усаров Т.А., Хасанов В.Р.

Ташкентская медицинская академия

Целью исследования явилось улучшение результатов лечения больных с острым панкреатитом путем включения в комплексную терапию длительной внутриартериальной катетерной терапии (ДВАКТ).

Аналізу подвергнуты результаты обследования и лечения 21 пациента стерильным панкреонекрозом, которым консервативное комплексное лечение было дополнено ДВАКТ. Показанием к ДВАКТ были неэффективность консервативной терапии в течение 24-48 часов, нарастание уровня свободной жидкости в салниковой сумке при УЗИ. ДВАКТ осуществлялся путем катетеризации чревного ствола. Объем внутриартериальной инфузии не превышал 1200 мл. Продолжительность катетерной терапии не более 7 дней. Неэффективность ДВАКТ в течение 24-48 часов являлось показанием к оперативному лечению.

ДВАКТ осуществлялся путем селективной катетеризации чревной артерии или ее ветвей в зависимости от преимущественной локализации основного очага поражения в поджелудочной железе. При поражении тела и хвоста поджелудочной железы катетеризиро-

вали селезеночную артерию, при поражении головки – общую печеночную артерию, при поражении всей железы – чревный ствол.

К началу 2-х суток ДВАКТ отмечалось снижение температуры тела больных, уменьшение явлений интоксикации, уменьшение уровня жидкости в салниковой сумке. Соответственно отмечалась нормализация клинко-биохимических показателей крови. В 1 случае на 5-е сутки ДВАКТ отмечено развитие острого тромбоза бедренной артерии, потребовавшего оперативного лечения – тромбэктомии. В 2-х наблюдениях из-за инфицирования очага поражения выполнены оперативные вмешательства на фоне проводимой ДВАКТ. Нормализация клинко-биохимических показателей и общего состояния больных отмечено на $12,6 \pm 1,9$ сутки от начала лечения.

Таким образом, применение ДВАКТ является приоритетной в лечении больных с острым деструктивным панкреатитом и позволяют проводить адекватную терапию малоинвазивными методами хирургических вмешательств.

Особенности диагностики и лечения периапулярных опухолей, осложненных механической желтухой

Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Адылходжаев А.А., Рахманов С.У., Хаджибаев Ф.А., Хасанов В.Р.

Ташкентская медицинская академия

Проведен анализ результатов паллиативных, радикальных операций, эндобилиарных и эндоваскулярных вмешательств у 95 больных с периапулярными опухолями (ПАО) в возрасте от 29 до 73 лет. Все пациенты поступали с явлениями механической желтухи (МЖ), длительность которой составила от 18 дней до 3 мес. У 72 (75,8 %) больных опухоль локализовалась в головке поджелудочной железы, в 15 (15,8%) наблюдениях имело место поражение фатерова соска, в 6 (6,3%) случаях была диагностирована опухоль дистального отдела общего желчного протока, в 2 (2,1%) наблюдениях было опухолевое поражение 12-ти перстной кишки.

В соответствии с международной классификацией AJCC (2002) 31 (32,6%) пациент находились на I и II стадии заболевания, 64 (67,4%) больных — на III и IV стадиях опухолевого процесса.

Лечебная тактика была двухэтапной. С целью декомпрессии желчных протоков на первом этапе применена методика чрескожной чреспеченочной холангиостомии, с последовательной заменой холангиостомической трубки на больший диаметр и заведением её в кишечник с целью исключения потерь желчи. Нормализация функциональных показателей печени и улучшение соматического статуса диктовало к переходу ко второму этапу лечения. Так, в 22 (23,2%) случаях была выполнена гастропанкреатодуоденальная резекция в стандартном объеме, 10 (9,5%) больным наложены обходные анастомозы. А в 39 (41%) случаях для замедления роста опухоли произведена масляная химиоэмболизация препаратом «Гемзар» артерий питающих опухоль. 24 (25,3%) больных после предварительной желчной разгрузки и стабилизации общего

состояния были отпущены на паллиативное химиотерапевтическое лечение.

Применение на диагностическом этапе МСКТ и МРТ-холангиографии позволило точно поставить топический диагноз и определить тактику лечения.

Чреспеченочное дренирование желчных протоков позволило в короткие сроки устранить билиарную гипертензию, провести санацию желчевыводящей системы, восстановление функционального состояния печени и перейти ко второму этапу лечения.

Среди больных оперированных радикально в 3 (14,3%) случаях была несостоятельность гастроэнтероанастомоза, а в 2 (9,5%) желудочно-кишечное кровотечение, купированное медикаментозно. В 3 случаях был летальный исход. Осложнения, в группе больных с паллиативными анастомозами были: 1 – несостоятельность гепатикоэнтероанастомоза, в 2 случаях послеоперационная стриктура. Дренажи для длительного каркасного наружно-внутреннего дренирования обеспечивали адекватный отток желчи, летальных исходов не было отмечено. Масляная эмболизация артерий, питающих опухоль головки поджелудочной железы, способствовало сокращению числа осложнений, и улучшало качество и среднюю продолжительность жизни больных. При этом фатальных осложнений и летальных исходов не было.

Средняя продолжительность жизни больных оперированных радикально составила $14,2 \pm 2,4$ месяцев. После паллиативных анастомозов – $6,7 \pm 4,6$ месяцев, а регионарной химиотерапии $9,4 \pm 2,1$ месяцев соответственно.

Вывод. В диагностический алгоритм ПАО, осложненных МЖ целесообразно включать МСКТ и МРТ-холангиографию, а при подготовке больных к

оперативному вмешательству МСКТ дополнять контрастированием сосудов панкреатодуоденальной зоны, что позволит определить ангиоархитектонику сосудов, кровоснабжающих опухоль, и предотвратить возможные повреждения сосудов во время операции. В лечении больных с ПАО, осложненными МЖ целесообразно проведение 2 этапного лечения. При этом на первом этапе с целью купирования МЖ целесообразно применение чрескожной чреспеченочной холангиостомии с внутренним каркасным дренированием, с целью предотвращения потери желчи. После купирования МЖ и нормализации лабораторных показателей

необходимо стремиться к радикальному удалению опухоли. При этом панкреатодуоденальная резекция в различных её модификациях является операцией выбора в лечении опухолей данной локализации. Масляная химиоэмболизация панкреатических ветвей при раке головки поджелудочной железы является более эффективным методом паллиативного лечения при III и IV стадии заболевания, позволяющими существенно улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения. При явных признаках неоперабельности целесообразно ограничиться чреспеченочными эндобилиарными вмешательствами и системной химиотерапией.

Возможности лапароскопии в диагностике перфорации гастродуоденальных язв

Хакимов М.Ш., Асраров А.А., Беркинов У.Б., Холматов Ш.Т., Ашуров Ш.Э.

Ташкентская медицинская академия

Нами проведен анализ обследования и лечения 97 больных с перфорациями гастродуоденальных язв, у которых клиника заболевания носила атипичный характер. У данной категории больных болевой синдром не был столь выраженным, дефанса мышц передней брюшной стенки не отмечалось, симптомы раздражения брюшины носили сомнительный характер, язвенного анамнеза не отмечалось, печеночная тупость была сохранена. На обзорной рентгенографии органов брюшной полости свободного газа не отмечалось, при ультразвуковом исследовании свободной жидкости в брюшной полости не визуализировалось.

Учитывая неясность клинического течения заболевания, больные находились на динамическом наблюдении, и лишь после развития четких клинических симптомов перитонита производили экстренные операции. Как правило, в таких случаях в брюшной полости обнаруживали картину гнойного перитонита, что не позволяло выполнять первичные радикальные операции. Всем больным была произведена ушивание перфоративной язвы. Аналогичная тактика была применена у 58 пациентов в нашей клинике до 2001 года. С внедрением лапароскопической технологии

нами был пересмотрен подход к данному контингенту больных. При неясном клиническом течении заболевания в течение первых 2 часов с момента поступления больных в клинику выполнялась диагностическая лапароскопия, при малой информативности других методов исследования.

Аналогичная тактика была применена у 39 больных с перфорациями гастродуоденальных язв. Ранняя диагностика перфорации язвы позволило в 27 случаях выполнить радикальную операцию – резекцию желудка в различных ее модификациях. В остальных 12 наблюдениях из-за распространенности патологического процесса выполнение радикальной операции не представлялось возможным.

Таким образом, применение диагностической лапароскопии при неясной клинической картине перфорации гастродуоденальных язв позволило добиться ранней диагностики осложнения язвенной болезни, сократить сроки дооперационного обследования, повысить удельный вес радикальных оперативных вмешательств, что способствовало снижению частоты послеоперационных осложнений и избавить больных от нежелательной повторной плановой операции.

Диагностика и лечение послеоперационных обструктивных заболеваний лёгких

Касимов Э., Жумаев М. Б.

Сырдарьинский филиал РНЦЭМП

Цель исследования — выявление патогенетической роли гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) в развитии бронхолёгочных болезней, в частности, бронхиальной астмы (БА) и хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ), и разработка критериев диагностики и этиопатогенетической терапии.

Проведено комплексное обследование 49 больных из них 22 БА и 27 ХОБЛ в возрасте 15-60 лет. Мужчин было 37 (76%). Показанием к обследованию и выявлению ГЭРБ служили такие клинические признаки, как изжога, отрыжка, срыгивание пищи, дисфагия, боли в эпигастрии и др. Наряду с общепринятыми методами диагностики больным производились фибробронхоскопия (ФБС) и эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС).

При ФБС были установлены выраженные поражения трахеобронхиального дерева: диффузные бронхиты у 25 (50%), гипотония у 5 (10%), дискинезия бронхов у 15 (30%). При ЭГДС у 7 (14%) больных диагностирован пролапс слизистой желудка, эрозивные процес-

сы в нижней трети пищевода у 5 (10%), в желудке у 4 (8%), дуодениты у 20 (41%), у 21 (43%) больного в биоптатах обнаружен *H. pylori*. У этих больных наиболее частыми симптомами были ночной кашель и ночное удушье — 13 (27%), некоронарные боли за грудиной — 14 (29%), нарушение сна — 13 больных (27%), периодически затрудненный выдох — 10 больных (20%) и др. У 16 больных (33%) клинические признаки ГЭРБ предшествовали эпизодам астматического удушья и интенсивному кашлю.

Выводы. При первых симптомах ГЭРБ необходимо проведение эндоскопических исследований трахеобронхиального дерева и желудочно-кишечного тракта, а также безотлагательное этиопатогенетическое лечение с эрадикационной терапией для профилактики развития БА и ХОБЛ. При сочетании ГЭРБ с БА и ХОБЛ следует одновременно рационально сочетать терапию заболевания желудочно-кишечного тракта и бронхолёгочных осложнений ГЭРБ.

Дифференцированный подход к лечению осложненных форм гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки

Касымова Д.М.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Проанализированы результаты обследования и лечения 56 женщин, госпитализированных в отделение гинекологии РНЦЭМП в 2005-2010 гг. с разлитым гнойным перитонитом на почве гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки. У всех больных из-за очевидных симптомов распространенного перитонита проведено оперативное вмешательство. Несмотря на это, мы стремились минимизировать вмешательство, начиная его с лапароскопии (ЛС) у 53,5% больных. Основанием для такой тактики было не только наличие перитонита, но и длительность от начала развития острой фазы процесса до момента поступления. Если она не превышала 24 ч, мы считали возможным начинать вмешательство с лапароскопии. Только 12 из 56 больных потребовалась конверсия на традиционную лапаротомию из-за поражения 4-5 областей брюшной полости. У остальных вмешательство закончилось лапароскопическим методом. Таким же образом, стараясь минимизировать оперативную травму, минилапаротимическим путем были оперированы 12 женщин с подозрением на деструктивные формы объемных гнойно-воспалительных заболеваний малого таза (ГВЗМТ) или конкурирующее заболевание (острый аппендицит). Конверсии не потребовалось ни одной из этих пациенток.

Традиционную лапаротомию мы использовали тогда, когда длительность острой фазы заболевания значительно превышала 24 часа и сопровождалась очевидной симптоматикой распространенного перитонита, а на УЗИ просматривались признаки очагового скопления жидкости в брюшной полости за пределами терминальной линии малого таза. Таких женщин было 14. У всех подтвердилась распространенная

форма перитонита с поражением как минимум 4-5 областей брюшной полости. Мангеймский индекс не превышал 21 балла.

Разлитой перитонит отмечался у 33 (58,9%), диффузный – у 23 (41,1%) больных. Серозно-фибринозный перитонит установлен у 18 (32,1%), фибринозно-гнойный – у 21 (37,5%), гнойный – у 17 (30,4%) обследованных.

Ампутация и экстирпация матки проводились в случаях глубокой гнойной деструкции различных отделов матки, а также в тех случаях, когда макроскопически определялся выраженный эндомиометрит. Сальпингооофарэктомию выполнена у 32 (57,1±6,6) больных. По окончании основного объема операции брюшная полость обильно промывалась смесью растворов бетадина и физиологического раствора 1:10. Дренажирование осуществляли через контраппертуры дренажными трубками диаметром не менее 0,5 см, при разлитом перитоните – 4 дренажа (по 2 в верхних и нижних отделах брюшной полости). Выведение тампонов не использовали.

В послеоперационном периоде проводилась массивная комбинированная терапия со сменой препаратов после получения данных бактериологического исследования.

Среди послеоперационных осложнений у 2 (3,6±2,5) больных встречалось нагноение послеоперационной раны, у 6 (15,8±5,9) бронхопневмония, у 8 (14,3±4,7) парез кишечника, релапаротомия по поводу эвентерации выполнена у 2 (3,6%), сепсис был у 4 (7,1±3,4). Летальный исход через сутки после операции наступил у женщины, поступившей в клинику в терминальной стадии перитонита.

Антимикробная фотодинамическая химиотерапия с 1,9 диметил-метиленовым синим

Касымова К.Р.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Фотосенсибилизаторы (ФС) на основе фенотиазин-нов за счет гетероароматического кольца обладают светочувствительной активностью. Метиленовый синий (МС) из группы фенотиазин-нов известен как ФС, применяемый для антимикробной фотодинамической терапии (ФДТ), не обладающий токсичностью и относительно инертный в отношении живых организмов. ФС на основе фенотиазин-нов дают новые возможности их применения в фотодинамической терапии в качестве противоопухолевых агентов, а также в фотодинамической химиотерапии (ФДХ) в качестве антимикробных агентов (Harris F. et al., 2005; Wainwright M. et al., 2006; Ragàs X. et al., 2010).

Цель исследования — сравнительное изучение антимикробной активности фенотиазин-новых красителей против грамположительных и грамотрицательных бактерий.

Материал и методы. Исследования проведены на *Staphylococcus aureus* 8325-4 и *Escherichia coli* K-12 (оба внебольничные штаммы). Бактерии культивировали при температуре 37°C, питательной основой

жидких сред служил сердечно-мозговой экстракт (Fisher Scientific, Waltham, MA). Фосфатный буфер в солевом растворе (PBS) (Fisher Scientific, Waltham, MA) используется для мытья микробных клеток и последовательного разбавления. Все жидкие среды перед использованием автоклавируют в автоклаве при 120°C в течение 15 минут. Твердой питательной средой служили жидкие среды с добавлением 1,5% агара (Fisher Scientific, Waltham, MA). Исследовали следующие фотосенсибилизаторы: Метиленовый синий (Sigma-Aldrich, Сент-Луис, штат Миссури), 1,9-диметил-метиленовый синий (Sigma-Aldrich). Светоизлучателем служила некогерентная лампа накаливания, доставляющая свет в волоконно-оптический датчик (Luma Care, Ньюпорт Бич, Калифорния). Использовали взвесь бактерий с плотностью клеток 10⁸ КОЕ/мл.

Результаты. Была выявлена высокая активность фенотиазин-новых красителей в антимикробной химиотерапии. Селективность антимикробной химиотерапии проявляется за счет электростатического взаимодействия положительно заряженного красителя и отрица-

тельно заряженной мембраной микробов. Фенотиазиновые красители обладают широким спектром действия как для грамположительных, так и для грамотрицательных микроорганизмов. Активность в основном направлена на мембрану микроорганизмов (Tegos G.P., 2005; Hamblin M.R., 2004; Wainwright M. et al., 2011).

Оба ФС активны в отношении грамположительных бактерий. Уже при концентрации 3 мМ наблюдалось подавление числа бактерий. В отношении к грамотрицательным бактериям МС был значительно менее активным. При концентрации 10 мМ 1,9 ДММС подав-

ляет рост грамотрицательных микроорганизмов на 4 log. Более выраженная активность 1,9 ДММС объясняется способностью адгезироваться на мембране бактерий (Ferro S. et al., 2006; Wainwright M., 1998).

Выводы: 1,9 диметил-метиленовый синий является более активным, чем метиленовый синий как для грамположительных, так и для грамотрицательных микроорганизмов. Дальнейшие исследования направлены на изучение механизма действия этих красителей, а также антимикробной активности других аналогов метиленовой сини.

Новые возможности профилактики и лечения хирургической инфекции

Касымова К.Р., Султанов П.К.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Профилактика послеоперационных гнойно-септических осложнений является одной из сложнейших задач современной медицины (White L.F. et al., 2007; Madigan M.T., 2006). Все более значимую роль в развитии госпитальной инфекции приобретают нозокомиальные штаммы микробов, которые проявляют резистентность к современным антибиотикам. Известно, что ключевым моментом развития раневой инфекции является способность адгезии микробов к тканям. В настоящее время представляет особый интерес изучение факторов адгезии патогенных микробов, поиск препаратов, способных блокировать адгезию и, тем самым, решить проблему внутрибольничной инфекции.

В РНЦЭМП ведутся исследования механизмов адгезии микроорганизмов и поиск новых более эффективных антисептических и антиадгезивных препаратов. Исследования госпитальных штаммов микробов показали, что в порядке возрастания степени адгезивности микроорганизмы распределились следующим образом: *Escherichia coli*, *Candida albicans*, *Staphylococcus spp.*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* (Хаджибаев А.М., Касымова К.Р. 2010).

Микробиологическими исследованиями установлено, что изученные антисептические средства при экспозиции менее 5 мин не обладают 100% эффективностью в отношении патогенных микроорганизмов, что подтверждается данными и других исследователей. Так, в растворе фурацилина *Ps. aeruginosa* сохраняется в количестве 10^6 КОЕ/мл (Белозер А.А., 2003).

Наибольшей активностью в сравнении с фурацили-

ном, 0,1-1% спиртовым раствором метиленовой сини и 10% раствором хлорида натрия обладают 1% перекись водорода и 3% спиртовый раствор йода. Фурацилин обладает максимальной антиадгезивной активностью в отношении большинства штаммов *E.coli*, *Candida*, *Klebsiella*, *Staphylococcus*. Гипертонический раствор хлорида натрия обладает наименьшей антиадгезивной микробной активностью.

Более выраженный антиадгезивный эффект антисептиков в отношении изучаемых микроорганизмов, возможно, связан с механизмом действия этих антисептиков – непосредственно на структуру клеточной мембраны микробов, что приводит к ее деформации и изменению физико-химических свойств.

Исследования влияния антибиотиков на адгезивность микроорганизмов, показали, что все исследуемые антибиотики либо снижали адгезивную способность микроорганизмов, либо не влияли на это свойство. Амикацин, нетилмицин, цефтазидим и цефотаксим в терапевтических и субтерапевтических дозах ингибируют адгезивность большинства штаммов условно-патогенных микроорганизмов. Наибольшим эффектом обладают цефалоспорины (Хаджибаев А.М., Касымова К.Р., 2012), что, возможно, связано с непосредственным повреждением клеточной мембраны патогенов. Выявленная способность антибиотиков снижать адгезивность микробов может иметь важное клиническое значение в усилении химиотерапевтического эффекта в отношении некоторых штаммов кишечной палочки и клебсиеллы.

Реинфузия асцитической жидкости при синдроме портальной гипертензии, осложненным диуретикорезистентным асцитом, на почве цирроза печени у детей

Косимов З.Н., Шевкетова Л.Ш., Рахимов Б.С., Аллаев М.Я., Косимов О.З., Рахмонов А.А.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижанский филиал РНЦЭМП

Выбор хирургической тактики оперативного пособия при внутрипеченочной блокаде портального кровотока у детей затруднен в связи с нерешенностью многих вопросов патогенеза заболевания.

Наиболее остро у детей стоит проблема лечения отечно-асцитического синдрома. Большинство хирургических вмешательств при отечно-асцитическом синдроме, применяемых у взрослых больных, неприемлемы и в большинстве своем бесполезны у детей с данной патологией. Это связано в основном с анатомо-физиологическими особенностями детского организма, выраженными изменениями иммунного стату-

са в период роста. Поэтому так важен выбор тактики лечения детей с циррозом печени, осложненным отечно-асцитическим синдромом, особенно в диуретико-резистентной стадии. Важную роль при этом играет предоперационная подготовка больных с данной патологией. Уменьшение асцита и стабилизация состояния больных в предоперационном периоде имеет немаловажное значение.

Нами проанализированы результаты лечения в предоперационном периоде у 16 больных с диуретико-резистентным асцитом. Всем больным произведено малоинвазивное диагностическое исследование

(клинико-биохимическое исследование крови, УЗИ, рентгеноскопия). С целью уменьшения асцита всем больным произведен лапароцентез, установлен катетер № 1 по методу Сельдингера. В течение суток выделено от 3 до 5 литров асцитической жидкости. 12 больным с выраженной диспротеинемией произведена реинфузия (от 500 мл до 1 л) асцитической жидкости с добавлением одного г пенициллина и 1,5 мл иммуноглобулина человека с целью профилактики инфекционных осложнений. Катетер в брюшной полости сохранялся от 5 до 16 суток. Было произведено от

3 до 5 переливаний асцитической жидкости, в результате чего уровень общего белка в крови повысился от 44 до 56 г/л, улучшилось самочувствие больных.

Оперированы 11 больных. Произведена тораколизация печени и гепатопульмонопексия. 5 больных из-за тяжелого состояния не оперированы, однако асцит в течение 5-6 месяцев у них не нарастал.

Таким образом, реинфузия асцитической жидкости имеет существенное значение в предоперационной подготовке больных с диуретико-резистентным асцитом.

Беморларда операциядан сўнгги даврда критик холатларни аниқлашда информацион компьютер технологиялардан фойдаланиш афзалликлари

Қорабоев М.К., Сайдалиев С.С., Хошимов А.Г., Тўланов Ш.А., Орипов А.С.

РШТЎИМ Фарғона филиали

2003-2004 йилларда РШТЎИМ Фарғона филиалида тиббий кибернетика ва информацион технологиялари бўлими ташкил этилди. Бу бўлим таркибида "EXTERNET" компьютер тармоғи ишга туширилди. Бу тармоқнинг моҳияти, информацион технологияларнинг аналитик, чегарасиз ахборотларни алмашилиши ва автоматизация имкониятларини тиббиётга тадбиқ этишдан ва шошилинич тиббий ёрдам марказлари фаолиятида беморлардаги операциядан сўнгги даврда асоратлар юзага келишини олдини олиш ва критик холатларда врачларга интеллектуал, информацион ёрдам таъминотини ташкил этиш, тиббий маълумотларни автоматизациясини ҳамда масофавий тасвирий, суратли ахборот алмашинувини йўлга қўйишдан иборатдир.

Интеллектуал ёрдам кўрсатишда шифокор, компьютерлашган маслахатчи программалар кўмагида, келган беморларнинг қисқа вақт мобайнида холатининг оғирлигини аниқлаши, ташхис қўйиши ва тўғри даволаш тактикасини танлаши мумкин бўлади. Информацион кўмакда турли мутахасисликлар бўйича тиббий адабиётлар, илмий ишлар асосида ташкил топган маълумотлар базасидан, врач тиббий фаолиятида зарур бўлган маълумотларни компьютер орқали қисқа вақт ичида топиши мумкин бўлади. Масофавий тасвирий, суратли ахборот алмашинуви воситасида тиббий малака ошириш, республика етакчи мутахасислари билан операциядан кейинги асоратларни аниқлаш ва ташхис қўйишда, даволаш тактикасини аниқлашда ва мураккаб жаррохлик (масалан релапаротомия) амалиётларининг бажариш вақтида консилиум ўтказиши мумкин. Критик холатдаги беморларда

опрециядан сўнгги асоратланган жараёнларни информацион-компьютер технологиялари воситасида анализ-синтезини амалга ошириш учун қуйидаги ишларни амалга ошириш зарур бўлади:

- Асоратланган жараёнларни холатини баҳоловчи зарур субъектив ва объектив кўрсаткичларни аниқланиши.

- Асоратланган жараёнларни субъектив ва объектив кўрсаткичларини унификацияси.

- Аниқланган кўрсаткичлар орасидаги ўзаро боғлиқликни аниқлаш ва модел шаклига келтириш.

- Тизим қўшимча элементларини аниқлаш учун мақсадли йўналтирилган лабаротория, клиник тадқиқотларни амалга ошириш.

- Лабаротория, инструментал текширувлар ва клиник тадқиқотлар натижаларини комплекс таҳлил қилиш ва қайта ишлов бериш дастурлари мажмуаси ишлаб чиқиш.

- Амалга оширилган тадқиқотлар якуний хулосалар асосида касаллик жараёнида ва операциядан сўнгги юзага келган асорат холатларни аниқлаш ва шошилинич тиббий ёрдам кўрсатиш бўйича илмий асосланган янги алгоритмлар ва дастурлар пакети ишлаб чиқиш.

Хулоса қилиб айтганда оғир кечувчи касалликлар асосида операциядан сўнгги юзага келувчи асорат холатларни компьютерлашган информацион технологиялар воситасида аниқлаш ва беморларнинг даволаш жараёнлари бўйича илмий асосланган янги алгоритмлар ва дастурлар яратиш шошилинич тиббий ёрдам хизматининг сифат даражасини янада юқори босқичга кўтаради, операциядан сўнгги асоратларни қамайтиришга ёрдам беради.

Профилактика инфекционных осложнений при эндоскопических манипуляциях в урологии

Мавланов Р.К., Парпиев Э.А., Исомухамедов Ж.Б.

Наманганский филиал РНЦЭМП

Профилактика ятрогенных поражений уретелы мочевыводящих путей вследствие инвазивных эндоскопических манипуляций является важной проблемой. Частота таких осложнений составляет 11-30%. Установлено, что 66-86% ятрогенных инфекций почек и мочевыводящих путей развивается после инструментальных вмешательств и катетеризации мочевых путей. На долю госпитальных инфекций почек и мочевыводящих путей в мире приходится 40% всех случаев

госпитальных инфекций. Несмотря на значительное количество выполняемых эндоскопических манипуляций, единой концепции оптимальной антибактериальной профилактики при их проведении не существует. В то же время известно, что выполнение такой манипуляции без назначения антибиотиков приводит к значительному повышению частоты бактериурии и бактериемии. Большинство авторов признают необходимость проведения профилактической антибактериальной

терапии, предполагающей, как правило, однократный прием препарата широкого спектра действия (чаще антибиотиков фторхинолонового ряда) перед манипуляцией. При наличии факторов риска инфекционных осложнений показано более длительное применение антибиотика — две недели. Проведенные в последние годы экспериментальные и клинические исследования убедительно показали, что в определенных ситуациях рациональное проведение антибиотикопрофилактики позволяет снизить частоту постманипуляционных инфекционных осложнений с 20 до 40%.

В урологическом отделении НФ РНЦЭМП в 2009-2011 гг. нами проведено 433 манипуляции: трансуретральная уретеролитоэкстракция — у 6 (1,4%), уретроцистоскопия — у 159 (36,7%), цистоскопия — у

106 (24,4%), установка мочеточниковых катетеров — у 98 (22,6%), стентов — у 38 (8,77%), биопсия слизистой оболочки мочевого пузыря — у 26 (6,0%). Женщин было 247 (57,0%), мужчин — 186 (42,9%). За час до эндоскопической манипуляции и один раз после нее назначали офлоксацин 400 мг (офлодед-400), исключая беременных пациенток. За 10 минут перед проведением эндоскопических манипуляций в уретру вводился также катеджель. У 9 (2,1%) пациентов после этих манипуляций наблюдалась осложнения в виде лихорадки.

Вывод. Благодаря широкому применению офлоксацина перед манипуляцией и применению катеджеля частоту постманипуляционных инфекционных осложнений удалось снизить до 4,3%.

Анализ послеоперационных осложнений в экстренной хирургии (по данным аутопсий)

Магруппов Б.А., Убайдуллаева В.У., Вerveкина Т.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Расширение диапазона и объема вмешательств на органах брюшной полости и забрюшинного пространства за последние десятилетия способствовало существенному увеличению частоты послеоперационных осложнений и росту летальности. О.Б.Милонов и соавт. (1990) среди осложнений после абдоминальных операций выделяют (1) осложнения, обусловленные плохим качеством технического исполнения операции (кровотечение в брюшную полость, оставление инородных предметов, интраоперационные повреждения) и (2) осложнения, являющиеся следствием выполнения хирургических манипуляций и применения других методов лечения (аспирация, послеоперационная кишечная непроходимость, вызванная заворотом кишки вокруг дренажной трубки и др.)

Анализ послеоперационных осложнений, выявленных при проведении аутопсий в РНЦЭМП и не связанных логически с основным заболеванием, мы смогли разделить на следующие группы:

1. Аспирационный синдром, послуживший причиной летальных исходов. Данное осложнение диагностировано на 11 (4,8%) из 229 аутопсий умерших из взрослого и детского хирургических отделений: во взрослой хирургии 10 (4,7%) из 213, в детской — 1 (6,2%) из 16 аутопсий.

2. Осложнение реанимации и интенсивной терапии, связанное с катетеризацией магистральных сосудов. Повреждение интимы сосуда с развитием тромбоза, неадекватный уход за катетером, спровоцировавшие ТЭЛА, и летальный исход диагностированы в 12 (5,2%) случаях. Во взрослой хирургии количество осложнений данной манипуляции составило 8 (3,7%), в детской — 4 случая из 16. Помимо этого, повреждение висцеральной плевры с развитием пневмоторакса при пункции и катетеризации сосудов наблюдалось в детской хирургии в 1 случае, обширная гематома тимуса, боковой стенки пищевода, трахеи в 1.

3. Нагноение операционной раны после абдоминальной операции имело место только у пациентов из взрослой хирургии, их количество составило 6 (2,8%),

при этом в 2-х случаях, помимо нагноения операционной раны, отмечалось развитие флегмоны мягких тканей. У 1 (0,4%) больного зафиксировано нагноение гематомы после операции ушивания разрыва прямой мышцы живота, с прорывом абсцесса в брюшную полость. У 4 (1,8%) больных, оперированных по поводу ОНМК в нейрохирургии, после операции развился гнойный менингоэнцефалит.

4. Несостоятельность анастомозов, а также несостоятельность и недостаточность швов в ушитых операционных зонах (ГДА, ЭЭА, культи матки, зоны интраоперационного повреждения стенки кишки и др.) при различных заболеваниях органов брюшной полости (ЯБЖ, ЯБДПК, спаечная кишечная непроходимость, дивертикул Меккеля, метрорэндо метрит и др.) наблюдалось в 6 (2,8 %) случаях.

5. Интраоперационное повреждение органов (прямо или косвенно) обнаружено в 2 (0,9%) случаях. В одном имело место повреждение капсулы печени с массивным кровотечением в брюшную полость после ХЭК, во втором — дислокация проводника катетера в просвет СМА с последующим тромбозом и инфарктом мозга при оперативном вмешательстве по поводу аневризмы сосуда головного мозга.

6. Интраоперационные тактические ошибки, которые повлекли за собой ряд осложнений — 5 (2,3%) случаев: недостаточная ревизия холедоха с оставлением камней в его просвете при ЖКБ, нераспознанная злокачественная опухоль (лимфома) слепой кишки и червеобразного отростка при аппендэктомии, не распознанный некроз петли тонкой кишки при ущемленной гигантской вентральной грыже, не диагностированный рак толстой кишки во время оперативного вмешательства по поводу кишечной непроходимости, прошивание правого печеночного протока при ятрогенном повреждении холедоха.

Таким образом, основными причинами возникновения осложнений после операций являются технические, тактические ошибки, несоблюдение правил асептики и антисептики.

Осложнения хирургических вмешательств – общий взгляд на проблему

Магруппов Б.А., Убайдуллаева В.У., Вервекина Т.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

«Хирург – это человек, вооруженный ножом, и, как всякое вооруженное лицо, он представляет опасность для окружающих, если применяет свое оружие не там, где это требуется, и не так, как это дозволено. Но и при соблюдении всех этических, всех юридических и всех медицинских норм, всякое хирургическое вмешательство, даже минимальное, пусть идеально задуманное и безупречно выполненное, представляет опасность. Предугадать ее не всегда возможно» (Гуляев А.В., 1970). Всевозможные хирургические вмешательства могут быть причиной тяжелых, а порой даже смертельных последствий. В связи с этим интра- и послеоперационные осложнения и обусловленные ими летальные исходы остаются для хирургического стационара актуальной проблемой.

Послеоперационные осложнения можно разделить на местные, непосредственно связанные с операционной раной или зоной хирургического вмешательства, и общие, возникающие в организме оперируемого вследствие новых патологических состояний, находящихся в патогенетической связи с операцией (Тимофеев И.В., 1999). Среди местных выделяют кровотечение (первичное или вторичное), расхождение краев ушитой операционной раны (полное или частичное), инфицирование раны, несостоятельность и недостаточность швов, техника их наложения. Общие послеоперационные осложнения могут быть разделены на ранние – синдромы недостаточности жизненно важных органов и поздние – неадекватная репарация поврежденных органов и

тканей, гнойно-септические процессы.

По данным аутопсий за 3 года проведен анализ интраоперационных ошибок и следующих за ними послеоперационных осложнений по отделениям экстренной хирургии. Из общего числа аутопсий (434) не диагностированных кровотечений в послеоперационном периоде было 4 (0,9%), из них кровотечение из ушитой язвы при ЯБЖ и ЯБДПК, острой язвы желудка — 3 (0,7%), кровотечение из операционной зоны после эхинококкэктомии — 1 (0,2%) случаев, нагноения операционной раны было 18 (4,2%). Серьезные интраоперационные ошибки, повлекшие за собой летальный исход, выявлены в 14 (3,2%) случаях, тяжелые послеоперационные осложнения — в 30 (6,9%) (табл.).

Н.И.Пирогову (1897) принадлежат простые, но наполненные глубоким смыслом слова о том, что «даже самый опытный и искусный врач не в состоянии избежать всех неприятностей во время и после операции». Изучение частоты и видов различных осложнений, а также индуцированных ими причин смерти способствует повышению качества лечебно-профилактических мероприятий, направленных на снижение интра- и послеоперационной летальности.

Для думающего врача приведенный список ошибок и осложнений может явиться материалом для серьезного анализа и осмысления своей деятельности. Критический подход к своей работе, скрупулезный анализ её результатов позволит предупредить развития многих осложнений, которые возникающие в повседневной работе.

Таблица. Характер и причины интра- и послеоперационных осложнений

Нозология, операция	№	Ошибки и осложнения
Интраоперационные ошибки и осложнения		
Кишечная непроходимость	1	Не диагностирован рак толстой кишки, не устранена причина непроходимости
ЖКБ. ХЭК	1	Повреждение общего печеночного протока (Чиназ), прошивание правого печеночного протока (РНЦЭМП)
ЖКБ: гангренозный холецистит.	1	Не диагностирован холедохолитиаз
ЖКБ, ХЭК, холедохолитиаз, бужирование холедоха по поводу ошибочного диагноза — опухоль	1	Повреждение холедоха с вклиниванием камня в головку поджелудочной железы
ЖКБ, ХЭК	1	Повреждение капсулы печени, обширная гематома печени с прорывом в брюшную полость
Острый аппендицит, аппендэктомия	1	Не диагностировали опухоль ч/о и слепой кишки (лимфома)
Ущемленная гигантская п.о. вентральная грыжа.	3	Во время операции не распознан некроз ущемленной петли тонкой кишки
Лапаротомия, ревизия бр. полости	1	Не выявлена перфорация язвы на задней стенке ДПК
ЯБДПК, перфорация по передней стенке, ушивание	1	Не диагностированы язвы толстой кишки (амебиаз) с множественными абсцессами печени
Острый живот, лапаротомия, ревизия брюшной полости	1	Рак толстой кишки с перфорацией и образованием абсцесса в малом тазу
«лигатурный абсцесс» с прорывом в брюшную полость — ошибочный диагноз	1	Инфаркт кишки принят за самостоятельную дезинвагинацию
Инвагинация тонкой кишки- ошибочный диагноз	1	Холецистоэнтероанастомоз с деструктивным желчным пузырем
Рак поджелудочной железы- ошибочный диагноз	1	
Послеоперационные осложнения		
Операция Пациора при ЦП	1	Несостоятельность гастротомного отверстия, инородное тело (марлевая салфетка) в бр. полости с нагноением
ЖКБ, холедохолитиаз, ХЭК. Дренаж абсцесса печени	1	Дислокация дренажа из полости абсцесса печени, расплавление купола диафрагмы и прорыв абсцесса в плевральную полость
Рак внепеченочных желчевыводящих путей Наложение ГДА	1	Несостоятельность ГДА

Резекции дивертикула Меккеля	1	Несостоятельность швов
ЯБДПК, ромбовидное иссечение язвы с пилоро-пластикой по Джадду	1	Несостоятельность швов
ЯБДПК, ушивание перфоративной язвы	2	Несостоятельность швов перитонит
ЯБДПК, резекция 2/3 желудка	1	Несостоятельность швов ГДА и культи ДПК
ЯБЖ, ушивание гигантской перфоративной язвы	3	Дважды несостоятельность швов после ушивания язвы
Спаечная кишечная непроходимость, резекция тонкой кишки	1	Недостаточность швов ЭЭА, флегмона правой поясничной области из-за интраоперационного повреждения брюшины
Спаечная кишечная непроходимость, резекция тонкой кишки	1	Прорезывание швов илеостомы, прорезывание швов десерозированных ушитых участков, межпетлевые абсцессы, перитонит
Вентральная грыжа, резекция тонкой кишки	5	несостоятельность швов ЭЭА анастомоза
Метроэндометрит, ампутация матки	1	Несостоятельность культи шейки матки
Спонтанный разрыв прямой мышцы живота, ушивание прямой мышцы живота	1	Нагноение полости гематомы, прорыв абсцесса в бр. полость
ЖКБ: хронический холецистит. Холедохолитиаз.	2	Оставлен камень в холедохе после 2-х операций, несостоятельность швов холедоха
ХЭК. Холедохолитотомия	1	Несостоятельность культи пузырного протока, подпеченочный абсцесс, перитонит
ЖКБ ХЭК	1	Несостоятельность швов гепатикоэнтероанастомоза
Рак ПЖ, гепатикоэнтероанастомоз	1	Прорезывание швов ХДА
Рак ПЖ, наложение ХДА	1	Несостоятельность швов пищевода. Несостоятельность швов гастростомы
Спонтанный разрыв пищевода, ушивание, наложение гастростомы	1	Несостоятельность швов ушитых десероз.участков, недостаточность швов ЭЭА Не диагностирован рак сигмы
Мезентериальный тромбоз, выведение колостомы	1	Несостоятельность ККА разлитой каловый перитонит
Рака толстой кишки, резекция, колоколоанастомоз	1	
Рак сигмы, резекция, выведение стомы	1	Пролабирования в брюшную полость стомы с развитием калового перитонита
Аденома простаты, аденомэктомия	1	Повреждение стенки мочевого пузыря, прошивание устья мочеточника

Пути коррекции фульминантной печеночной недостаточности трансплантацией клеток печени

Мадамин А.А., Уразметова М.Д., Ахмедова Р.К.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Печень здорового взрослого человека состоит из 100 млрд клеток, 65% которых составляют гепатоциты. Экспериментальным путем было установлено, что заселение печени аллогенными гепатоцитами зависит от наличия «ниш» — встраивание донорских клеток было всегда более интенсивным в зонах повреждения и регенерации печени реципиента. После имплантации из каждого аллогенного гепатоцита образовывался островок ткани из 20–100 клеток, вследствие чего многие дольки представляли собой клеточные химеры, а некоторые единичные донорские гепатоциты формировали химерную ткань на платформе старых непролиферирующих синусов (Khokha M.K. et al., 2011). Эффективность трансплантации возрастала в несколько раз, если у крыс предварительно проводили частичную гепатэктомию — пересадка 10 млн. гепатоцитов человека приводила к образованию химерной регенерирующей печеночной паренхимы, где около половины клеток оказались донорскими (Gupta S. et al., 2011).

Ксенотрансплантация гепатоцитов крыс при повреждении печени у трансгенных мышей Alb-Uro (трансфекция гена урокиназы под промотором гена альбумина), предварительно скрещенных с мышами nude для индукции иммунной толерантности, приводила к быстрой репопуляции мышинной печени крысиными гепатоцитами. За 2–3 месяца авторы получили мышей, печень которых наполовину состояла из гепатоцитов крыс. В дальнейшем была получена целая колония

мышей Alb-Uro, печень которых полностью состояла из крысиных гепатоцитов. При этом клеточный гомеостаз органа соответствовал таковому у нормальных мышей — размеры ксеногенной печени не увеличивались, а формы не изменялись (Rhim J.A. et al., 2005).

У крыс с фульминантной печеночной недостаточностью трансплантация в сальник изогенных фетальных гепатоцитов или фетальных гепатоцитов свиньи дозозависимо повышала семидневную выживаемость животных. Наиболее эффективной оказалась пересадка 100–140 фрагментов фетальной печени размером около 0,5 см³ в брыжейку — выживаемость крыс достигала 70–80% (Hagihara M. et al., 1994). Подобные результаты были получены при хронической недостаточности печени (Johnson L.B. et al., 2007). Интраперитонеальное введение 20 млн. сингенных гепатоцитов на 25% повышало выживаемость крыс с печеночной недостаточностью, индуцированной d-галактозамином (Harai S. et al., 2008). После тотальной гепатэктомии выживаемость крыс возрастала в 2–3 раза, если животным предварительно (за 2–7 дней до операции) трансплантировали в селезенку 20–30 млн. гепатоцитов (Vogels B.A. et al., 2006).

Через неделю после трансплантации в селезенку мыши 50 млн. донорских гепатоцитов в 1 см³ ткани печени реципиента определялось от 1 до 1,5 млн. донорских клеток. Повышение дозы до 75 млн. гепатоцитов приводило к увеличению количества прижившихся

клеток до 5 млн./см³ (Rajvanishi P. et al., 2007). Эффективными оказались пересадки в селезенку агрегатов донорских гепатоцитов, состоящих из 50–100 клеток. В том случае, когда аллогенные гепатоциты вводили вместе с фактором пролиферации гепатоцитов (выделен из регенерирующей печени свиньи), через 14 дней в пульпе селезенки формировались типичные печеночные балки. Иногда в селезенке наблюдалось образование из трансплантированных гепатоцитов желчных протоков. Большая часть аллогенных гепатоцитов быстро мигрировала из селезенки в кровоток и заселяла паренхиматозные органы. Однако отдельные клоны оставались в селезенке до конца жизни животного. Иногда введение алло- или ксеногенных клеток печени в селезенку приводило к индукции иммунной толерантности к антигенам донорских гепатоцитов. В частности, через 11 мес. после однократного введения в селезенку крыс выживало до 70% трансплантированных гепатоцитов человека. Такое явление получило название “гепатизации” селезенки (Jiang B. et al., 2010).

Тем не менее, в нормальной печени человека имплантируется весьма ограниченное количество (1–2%) донорских гепатоцитов (Chowdhury J.R. et al., 2009; Grossman M. et al., 2011). Вместе с тем, большинство исследователей склоняются к мнению, что только чужеродные функционирующие гепатоциты способны обеспечить эффективную поддержку поврежденной печени реципиента при ферментопатиях (Makowka L., 2007; Fung J., 2009).

Основной проблемой пересадки гепатоцитов оста-

ется реакция отторжения клеточного трансплантата. Хотя за последние годы достигнуты определенные успехи в создании линий гепатоцитов человека с нокаутом генов главного комплекса гистосовместимости, их приживление ограничивается атакой со стороны NK-клеток реципиента. Биотехнологии, позволяющие наращивать гепатоциты человека из биоптатов для размножения собственных гепатоцитов больного, требуют нескольких месяцев и не применимы при ферментопатиях (Сухих Г.Т., Штиль А.А., 2008).

Несмотря на обнадеживающие результаты многих клинических исследований, полного выздоровления от нарушений обмена веществ у больных с помощью одной только трансплантации гепатоцитов достичь не удалось. Надо признать, что пока не будут найдены альтернативные источники клеток, дефицит донорского органа останется актуальной проблемой. Маловероятно, что в ближайшее время станет возможным широкомасштабное клиническое применение ИГ. Оптимизм вселяет открытие новых возможностей клеточной терапии с помощью эмбриональных гепатоцитов (Fiegel H.C. et al., 2009); прогениторных клеток печени, получаемых из взрослой печени, эмбрионов, крови пуповины и костного мозга (Shikanai M. et al., 2009); иммортализации гепатоцитов (Weber A., 2004). Потенциально неограниченным источником новых гепатоцитов могут стать ксенотрансплантаты. Однако при этом сохраняется потенциальная опасность передачи инфекционных болезней животных – еще одна проблема, требующая своего решения.

Профилактика белковой недостаточности у больных с острым деструктивным панкреатитом

Мамадумаров Т.С., Эралиев М.Й, Абдуллаев Б.К., Мухитдинов У.Р., Мадирова Л.О.

Наманганский филиал РНЦЭМП

В 2001-2011 гг. в НФ РНЦЭМП на лечении находились 1096 больных с деструктивными формами панкреатита, из них 492 (44,8%) мужчины и 604 (55,2%) женщин. Возраст больных колебался от 18 до 81 года. 252 (23,2%) пациента были подвергнуты оперативному вмешательству.

Программу нутритивной поддержки составляли индивидуально с учетом оценки питательного статуса, тяжести состояния и характера повреждения поджелудочной железы. Нутритивная поддержка проводилась 128 больным. Для раннего энтерального питания этим больным с помощью фиброэндоскопа устанавливали назогастральный зонд для декомпрессии желудка и назоюнональный зонд в тощую кишку. Зонд для энтерального питания у больных деструктивным панкреатитом обязательно должен находиться в тощей кишке как можно дистальнее (порядка 30-40 см) связки Трейтца. При тяжелом течении деструктивного панкреатита с инфицированием очагов некроза и развитием синдрома кишечной недостаточности производили срединную лапаротомию и после устранения очага деструкции в просвет тонкой кишки устанавливали многофункциональный двухпросветный назогастроинтестинальный зонд. С помощью зонда проводили декомпрессию ЖКТ, энтеральную терапию, кишечный лаваж и энтеросорбцию. По мере восстановления функциональной активности ЖКТ начинали вводить 10% полуэлементные питательные смеси со скоростью не более 50 мл/ч, постепенно повышая

концентрацию смеси до 20% , а объем питательной смеси доводили до 2 л в сутки. Целесообразно введение через зонд пищеварительных ферментов. Необходимое количество энергии исчисляли из расчета 20-30 ккал/кг/сут., углеводов – 4-6 г/кг/сут., белков – 1,2-2 г/кг/сут. Введение питательной смеси осуществляли гравитационным способом и ручным болюсным введением. На 7-8-е сутки, при условии нормализации уровня амилазы и липазы крови, восстановления функциональной активности ЖКТ переходили на пероральный прием питательных смесей. В случае развития непереносимости энтерального питания (увеличение уровней амилазы и липазы крови, стойкий парез кишечника, тяжелая диарея и рвота) больных переводили на полное парентеральное питание с возвратом на энтеральное питание по мере восстановления функции ЖКТ. Применяли питательные смеси «Нутрилон – 1» и «Нутрилон – 2».

Нутрилон – это сухая полноценная смесь, питательные вещества и легкоусвояемые углеводы. Она содержит уникальную смесь пребиотиков, которые стимулируют нормальный рост естественной микрофлоры в кишечнике, снижает количество патогенных микроорганизмов и риск возникновения инфекций. Пребиотики – это полисахариды , которые устойчивы к перевариванию и всасыванию в желудке, но частично или полностью перевариваются и всасываются в тонкой и толстой кишке. В кишечнике в процессе ферментации образуются жирные кислоты, которые снижают pH

кишечника. Снижение pH кишечника приводит к мягкому стимулированию перистальтики, сохранению жидкости в просвете кишечника. Снижение показателя pH делает среду кишечника неблагоприятной для развития патогенной флоры. «Нутрилон 1-2» содержит олиго- и полисахариды, инулин, галактозу олигосахариды, пектины, сывороточные белки. Данные смеси очень легко перевариваются больными с данной

патологий. Кроме того, «Нутрилон 1-2» содержит полный набор витаминов и микроэлементов.

Выводы. Раннее применение у больных с деструктивным панкреатитом нутритивной терапии способствует более быстрому восстановлению функций ЖКТ, снижению частоты инфекционных осложнений и органных дисфункций, тем самым сокращает сроки пребывания в отделениях реанимации.

Поражение кишечника при химических ожогах пищеварительного тракта

Маликов Б.Х., Кенжемуратова К.С., Умаров А.С., Хушвактов С.Т., Матякубов К.Э.

Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самаркандский государственный медицинский институт

Нами проанализированы результаты лечения 235 больных с химическими ожогами пищевода и желудка и их последствиями, находившихся в Самаркандском филиале РНЦЭМП, а также 35 актов патологоанатомического и судебно-медицинского вскрытия лиц, умерших в различные сроки после отравления коррозионными веществами.

Ожог двенадцатиперстной и тонкой кишок обнаружен у 21 пострадавшего. Наиболее часто поражение указанных органов наблюдалась среди умерших больных (56,7%); как правило, это были погибшие в первые 3-е суток с момента отравления. Ожог двенадцатиперстной и тонкой кишки существенно влияет на прогноз в первые дни отравления коррозионными веществами. Если пациенты в раннем периоде ожога не погибают, то глубокие поражения двенадцатиперстной и тонкой кишки, ведущие к выраженному расстройству их функции, наблюдаются, по нашим данным, редко (3,4%).

Вид принятого химического вещества на частоту ожога кишечника существенного влияния не оказывал. Большей частью поражения кишечника выявлялись у лиц, принявших значительные дозы коррозионной жидкости. Так, среди пациентов, принявших до 50 мл химического вещества, ожог кишечника наступил лишь у 13,1%, а после приема более 50 мл — у 58%.

Следует заметить, что возможность поражения кишечника возрастает у лиц, отравившихся в состоянии алкогольного опьянения. Из 93 человек, принявших коррозионную жидкость в нетрезвом состоянии, ожог кишечника возник у 35 (37,5%). Это говорит о том, что алкоголь вызывает угнетение местной защитной реакции (пилороспазма), что способствует проникновению кислоты или щелочи за привратник.

У пациентов, отравившихся при наполненном пищей желудке, ожоги кишечника возникали несколько чаще (22,4%), чем при отравлении натощак (13,9%). Объяснение этому мы видим отчасти в том, что в первом случае отравления обычно происходили на фоне алкогольного опьянения.

Оказание первой помощи в виде промывания желудка способствует выведению и разведению принятого химического вещества, что несколько уменьшает частоту ожога кишечника. Так, среди пациентов, которым эта манипуляция была выполнена, ожог кишечника возник у 15,5%, а среди тех, у кого не было сделано промывание желудка, — у 20,9%.

Поражение кишечника у наших больных (68) обычно происходило в результате ошибочного или умышленного приема химических веществ. У 2 больных принятая коррозионная жидкость разрушила стенку желудка и, растекаясь по брюшной полости, обжигала на своем пути петли толстой и тонкой кишки, мочевого пузыря, париетальную брюшину.

Характер поражения кишечной трубки зависит от времени, прошедшего с момента ожога. Так, в раннем периоде ожог пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки произошел у 6 человек, пищевода, желудка, двенадцатиперстной и тонкой кишок — у 35, пищевода, желудка, двенадцатиперстной, тонкой и толстой кишки — у 2, ожог пищевода, перфорация желудка, ожог поперечной ободочной и тонкой кишки, мочевого пузыря, париетальной брюшины — у 2.

В позднем периоде у 2 человек отмечались рубцовые изменения желудка и начального отдела двенадцатиперстной кишки, у 3 — изолированные рубцовые изменения двенадцатиперстной кишки, у 1 — изолированный стеноз тонкой кишки.

Выводы. Проникновению коррозионного вещества за привратник с последующим поражением двенадцатиперстной и тонкой кишки способствует прием едких жидкостей в большой дозе и при наполненном желудке, особенно в состоянии алкогольного опьянения. Ожог двенадцатиперстной и тонкой кишки значительноотягощает прогноз в первые дни отравления и встречается у каждого второго умершего. Если пациент выживает, то в позднем периоде легкие поражения проходят бесследно, а на местах глубоких ожогов возникают рубцовые изолированные или сочетанные сужения.

Способы профилактики венозных тромбозомболических осложнений в экстренной хирургии

Мамасолиев Н.С., Верткин А.Л., Юлдашев Р.Н., Сайитжонов Л.С.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Российский государственный стоматологический медицинский университет

Нами разработаны и внедрены в хирургическую практику способы профилактики венозных тромбозомболических осложнений (ВТЭО) с оценкой медико-экономического эффекта.

Суть данного способа заключается в следующем: 1) профилактики ВТЭО следует начинать до операции

(экстренной и плановой) во всех группах риска, так как примерно в половине случаев ВТЭО начинает формироваться уже на операционном столе; 2) первая доза гепарина (НФГ) должна вводиться за 2 часа до начала хирургического вмешательства; 3) низкомолекулярный гепарин (НМГ) больным из группы умеренного риска

также вводят за 2 часа до операции. При высоком риске развития тромбоза (например, у ортопедических больных) НМГ в более высокой дозе вводят за 12 часов до операции; 4) в ургентной хирургии, а также в случаях опасности значительного интраоперационного кровотечения гепаринотерапия может быть начата после завершения хирургического вмешательства, но не позже, чем через 12 часов. В этом случае необходимо применять более высокие дозы НМГ; 5) профилактически антикоагулянты после операции должны назначаться в течение не менее 7-10 дней, их введение необходимо вплоть до полной активизации пациента.

Следующие мероприятия следует проводить у всех без исключения хирургических пациентов:

1. **При низком риске развития ВТЭО** (неосложненные вмешательства продолжительностью до 45 мин - аппендэктомия, грыжесечение, роды, аборт, трансуретральная аденэктомия и др.) — ранняя активизация больных и эластическая компрессия нижних конечностей.

2. **При среднем риске ВТЭО** (большие вмешательства, например, холецистэктомия, резекция желудка или кишечника, осложненная аппендэктомия, кесарево сечение, ампутация матки, артериальная реконструкция, чреспузырная аденэктомия, остеосинтез костей голени и др.) — ранняя активизация больных и НМГ (клексан 20 мг) 1 раз в день п/к или НФГ 5000 ЕД 2 раза в день п/к или длительная прерывистая пневмокомпрессия ног.

3. **При высоком риске ВТЭО** (расширенные вмешательства, например, гастрэктомия, панкреатэктомия, колэктомия, экстирпация матки, остеосинтез бедра, ампутация бедра, протезирование суставов и др.) — НМГ (клексан 40 мг) t^1 1 раз в день п/к или НФГ 5000 7500 ЕД, t^1 3-4 раза в день п/к или ранняя активизация больных, методы ускорения венозного кровотока.

4. **В особых случаях** лечебные дозы НМГ или НФГ и парциальная окклюзия нижней полой вены (имплантация фильтра, пликация).

Типичные клинические ситуации, при которых необходимо взаимодействие хирурга и терапевта

Мамасолиев Н.С., Верткин А.Л., Юлдашев Р.Н.

Андижанский государственный медицинский институт,

Российский государственный стоматологический медицинский университет

В ходе проспективного клинко-эпидемиологического наблюдения проанализированы типичные хирургические ситуации, при которых необходимо общение путем консилиума или взаимодействия хирурга и терапевта. Кроме того, в течение 6 лет сравнивалась частота некоторых патологий и расхождений диагнозов при различных их классах у умерших в лечебно-профилактических учреждениях ЛПУ ДЗМ.

Частота некоторых болезней органов пищеварения (БОП) — первоначальных причин смерти по результатам вскрытий умерших в стационарах взрослой сети ЛПУ ДЗМ составила: язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ЯБДПК) — 1,1%, аппендицит — 0,02%, ущемленные грыжи — 0,1%, сосудистые болезни кишечника — 1,6%, кишечная непро-

ходимость — 0,3%, ЖКБ и холецистит — 0,6%, острый панкреатит — 1,6%.

Самая высокая частота расхождений диагнозов наблюдалась при ЯБЖ и ЯБДК — 22,6%, кишечной непроходимости — 19,2%, остром панкреатите — 17,7%, аппендиците — 16,7%, холецистите — 14,6%, в 4 раза меньше — при грыже ($p < 0,001$).

Следовательно, по этим нозологиям необходимо будет особенное усиление во взаимодействиях хирурга и терапевта при следующих типичных ситуациях: при экстренных операциях, при плановых оперативных вмешательствах, при послеоперационном ведении больных и консервативном их ведении. Естественно, основной способ общения — консилиум хирурга, терапевта и анестезиолога.

Медикаментозная кардиоверсия пароксизмов фибрилляции предсердий

Маткаримов С.О., Жуманиязов Д.К., Худайназаров И.А., Машарипов М.С.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Пароксизм фибрилляции предсердий — частое осложнение ИБС. При фибрилляции предсердий всегда ухудшается коронарный кровоток и гемодинамика. Если синусовый ритм не восстановился, наблюдается высокий риск тромбоэмболических осложнений.

Цель — изучение влияния пропafenона у больных с ИБС, осложненной пароксизмальной формой фибрилляции предсердий.

Обследованы 58 больных в возрасте от 40 до 75 лет (средний возраст $54,7 \pm 8,5$ года), из них 23 мужчины и 35 женщины, с ИБС с осложнением пароксизмальной формой фибрилляции предсердий. Все пациенты поступили в отделение экстренной кардиологии Хорезмского филиала РНЦЭМП, им проведена меди-

каментозная кардиоверсия в экстренном порядке на фоне стандартной терапии ИБС. Всем больным назначили нагрузочную дозу пропafenона, однократный прием внутрь 4 таблеток 600 мг.

У 50 (86%) синусовый ритм восстановился, у 18 (31%) из них в первые 4 часа. У 24 (41%) больных синусовый ритм восстановился в течение 4-8 часов. Медикаментозная кардиоверсия через сутки завершилась успешно у 8 (14%) больных. У остальных 8 (14%) больных ритм не восстановился.

Выводы. Применение нагрузочной дозы пропafenона с целью восстановления синусового ритма является высокоэффективным методом лечения пароксизмальных форм фибрилляции предсердий.

Ўткир аппендицит диагностикаси ва даволаш натижалари

Махмудов А.Х., Хаитов А.Х., Мухтаров Х.А., Юлдашов Ч.Ю.

РШТЁИМ Шўрчи туман субфилиали

Шўрчи туман субфилиалида 2007-2011 йй мобайнида 3245 беморга аппендэктомия амалиёти ўтказилган. УТТ текшируви ёрдамида дифференциал ташхислаш ўтказиш (буйрак, сийдик йўли тош касаллиги, холецистит, панкреатит, аёллар жинсий касаллиги) чоғида, деструктив яллиғланиш кузатилаётган типик жойлашган чувалчангсимон ўсимта контурини ва маҳаллий аппендикуляр инфильтратларни аниқлашни яхши йўлга қўйди. Бундан ташқари ўнг ёнбош соҳада “мўлжал симптоми”, яъни appendico-caecal тешиқнинг (аппендиксинг кўр ичак деворида бириккан жойи) эхосонаграфия текширишда атрофлари аниқ чегараланган доирасимон шаклда кўриниши кузатилди. Ўткир аппендицитнинг перитонит асорати билан кечишида УТТ патологик суюқликнинг тарқалган зонаси, экссудат миқдорини ва консистенциясини аниқлаш самаралидир. Беморларда ичак тутилиши асорати бўлган ҳолатда (рентген текширувидан ташқари) УТТ ёрдамида (проф. А.И.Державин методикаси асосида) ичаклар химуси ҳаракатини баҳолаб паралистик ва механик сабаблар борлиги аниқланди. Аппендицит ташхиси қўйиш қийинчилик туғдирган 3 ҳолатда диагностика лапароскопия қўлланилди. 85 беморда эса қин орқа гўмбази орқали Дуглас бўшлиғини пункция қилиш манипуляцияси бажарилган.

Беморларга маҳаллий ва умумий наркоз билан типик ва ретроград аппендэктомия, аппендикуляр абсцессни очиш ҳамда дренажлаш амалиётлари бажарилди. 3245 бемордан 12 беморга олиними қийин бўлган атипик жойлашган ўткир аппендицит ҳолатида муаллиф методикаси бўйича асоратсиз тўлиқ ретро-

град субсероз аппендэктомия “қўлқоп ечиш усулида” ўтказилди. Ушбу беморлардаги ўтказилган морфологик текширишлар натижасида 684 беморда катарал аппендицит, 1346 ҳолатда флегмонозли ўзгариш, 803 беморда гангреноз ва 406 ҳолатда тешилган гангреноз ўзгаришнинг турли даражадаги перитонит билан кечиши кузатилди, ҳамда 6 беморда қаттиқ, ажралмайдиган аппендикуляр инфильтрат борлиги сабабли амалиёт қорин бўшлиғини санация ва дренажлаш билан якунланди. Бундан ташқари шошилиш жаррохлик амалиётида пайтида 28 беморда тухумдон апоплекцияси ва кистаси асоратлари, 15 беморда бачадондан ташқари хониладорлик ва 2 беморда ўнг сийдик найи дистал сегментига тиқилган тош аниқланганлиги ҳамда бартараф этилиши чоғида чувалчангсимон ўсимтада эса иккиламчи макроскопик яллиғланиш аломати борлиги сабабли “йўл-йўлақай” аппендэктомия амалиёти бажарилган. Беморларга комплекс даволаш чоралари ўтказилди, антибиотикотерапия, анальгетиклар қилинди.

Амалиётдан кейинги даврда 2 беморда ўлим ҳолати кузатилди. Беморлар перитонит, септик шок ва юрак қон томир етишмовчилиги асорати билан вафот этди.

Хуллас, беморларга ўз вақтида тўғри ташхис қўйиш ва адекват жаррохлик амалиёти бажариш ҳамда антибактериал терапия ўтказилиши яхши самара бериши мумкин. Операция пайтида айниқса аёлларда чувалчангсимон ўсимтадаги яллиғланиш ҳолати клиник аломатларга мос келмаса кичик чанок аъзоларини мануал текширишлардан ўтказишни тақоза этади.

Особенности профилактики осложнений у больных с артериальной гипертонией при лапароскопической холецистэктомии в условиях ФФ РНЦЭМП

Махмудов Х.А., Аббасханов Г.Х., Махмудов А.Ф., Юнусов О.Я.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Изменение механики дыхания, положение больного на операционном столе, действие лекарственных препаратов, применяемых для анестезии, длительность оперативного вмешательства при лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) влияют на работу сердечно-сосудистой системы. Это приводит к снижению венозного возврата к сердцу с изменением пред- и постнагрузки и является основной причиной возможных нарушений функции симпатической и ренин-ангиотензиновой системы во время наложения карбоксиперитонеума. В ответ на карбоксиперитонеум происходит активация центральной нервной системы, повышается уровень вазопрессина, катехоламинов. Эти изменения могут привести к серьезным гемодинамическим осложнениям.

В Ферганском филиале РНЦЭМП в хирургических отделениях в 2007-2011 гг. ЛХЭ проведена у 149 больных в возрасте от 35 до 80 лет. У 30 (21,1%) из них имели место сопутствующие заболевания: артериальная гипертония и ишемическая болезнь сердца. Женщин 21 (70%), мужчин 9 (30%). С целью подготовки и коррекции гемодинамики во время проведения ЛХЭ у больных с АГ и ИБС использовали комбинацию ин-

гибитора ангиотензин превращающего фермента эналаприла и антагониста кальция (АК) верапамила.

Верапамил обладает антиангиальным, антиаритмическим, гипотензивным действием и, по некоторым данным, анальгетическим действием. ИАПФ снижает постнагрузку за счёт влияния на ренин-ангиотензиновую систему, подавляя образование ангиотензина II, блокируя его сосудосуживающее действие.

Выводы. 1. Применение верапамила и эналаприла в определённой степени позволяет нивелировать отрицательное влияние карбоксиперитонеума на гемодинамику у больных с АГ и ИБС при ЛХЭ. 2. При проведении ЛХЭ у больных с сопутствующими АГ и ИБС обязателен постоянный мониторинг показателей гемодинамики, сатурация в связи с повышенным риском развития ишемических, гемодинамических осложнений и гиперкапнии. 3. Применение верапамила и эналаприла позволяет снизить дозы препаратов нейролептоанальгезии: фентанила на 10%, дроперидола на 25%. 4. Сокращается время прибывания этих больных на реанимационных койках.

Эндоскопия при кровотечениях из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта

Муминов Р.Д., Касимов Э.К., Нормуродов К., Расулов З.С.

Сырдарьинский филиал РНЦЭМП

Мы располагаем десятилетним опытом более 50 тыс. эзофагогастродуоденоскопий (ЭГДФС). Частота экстренных эндоскопий по поводу кровотечений из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта составляет 1213 (2,4%) от общего количества исследований. Мужчин было 884 (72,9%), женщин — 329 (27,1%). В возрасте до 19 лет было — 44 (3,6%) больных, до 44 лет — 513 (42,3%), от 45 до 59 лет — 377 (31,1%), старше 60 — 279 (23,0%).

У 790 пациентов причиной кровотечения была язва желудка или двенадцати перстной кишки, у 143 — варикозное расширение вен пищевода, у 81 — синдром Меллори-Вейса, у 78 — опухоли пищевода и желудка у 108 — эрозивный гастрит, эзофагит, у 13 — полипы желудка.

При эндоскопическом исследовании у 728 пациентов отмечена остановка кровотечения (эндоскопическая картина характеризовалась наличием темного налета на поверхности язвы); у 446 больных во время эндоскопии выявлен тромб на дне источника кровотечения, из них у 236 отмечалось медленное просачивание геморрагического отделяемого из-под тромба; у 39 больных имело место профузное кровотечение.

Дальнейшая хирургическая тактика и выбор метода временной и окончательной остановки кровотечения зависели от источника и характера кровотечения. При остановившемся кровотечении проводили консервативную гемостатическую терапию. При пищеводных кровотечениях больным устанавливали зонд Блекмора. 3 пациентам с умеренным кровотечением из ВРВ

пищевода выполнили эндоскопическую склеротерапию вен 3% раствором тромбовара с хорошим результатом, у 12 больных для временной остановки кровотечения использовали клей МК-5, у 14 применен адреналин для местного сосудосуживающего действия.

При наличии умеренного кровотечения из язв желудка или двенадцати перстной кишки использовали эндоскопический клей (17) и местные гемостатики (18). У больных с повышенной степенью операционного риска для остановки кровотечения выполняли диатермокоагуляцию эрозий, трещин и язв желудка и ДПК. У 151 (87,8%) из них достигнута остановка кровотечения. У 21 (12,2%) больного кровотечение сохранялось из-за высокой гипертензии. После соответствующей консервативной коррекции артериального давления кровотечение прекратилось у 19 (11%) больных. 19 больным с кровоточащими эрозиями проведена диатермокоагуляция единичных эрозий, что позволило остановить кровотечение. Диатермокоагуляция опухолей пищевода, желудка и ДПК не производилась из-за риска усугубления кровотечения.

При кровотечениях из полипов желудка у 3 больных осуществлена одномоментная полипэктомия, т.к. полипы были на узком основании. У 2 больных полипэктомия проведена поэтапно в плановом порядке после остановки кровотечения, т.к. эти полипы имели широкое основание.

Таким образом, диагностика и лечение кровотечений из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта требует огромной ответственности и большого внимания.

Методика структурного анализа в предотвращении дефектов оказания экстренной медицинской помощи в урологической практике специализированного центра

Муратова Н.Б.

ТашиУВ, РСЦ урологии

Исследования, проведенные в развитых странах, показывают, что большой процент ошибок были следствием неполноты функциональных спецификаций или несогласованности между спецификациями, стандартами, «клиническими путями» и результатами проектирования системы оказания медицинских услуг с использованием информационных технологий.

Использование стандартов и внедрение электронного документооборота на протяжении почти 20 лет в РСЦ урологии, хотя существенно и снизило количество дефектов оказания медицинской помощи, но не ликвидировало полностью осложнения, вызванные этими дефектами. Решением может стать внедрение специальной системы безопасности пациентов.

Прежде, чем начать внедрять систему безопасности пациентов в такой сложный комплекс как специализированный медицинский центр, необходимо четко описать всю существующую систему, провести ее декомпозицию, чтобы найти ключевые «узлы» системы и гармонично интегрировать в нее не менее сложную систему безопасности пациентов, которая должна включать обновленные стандарты, протоколы оказания медицинских услуг, «клинические пути», обязательную систему мониторинга оказания услуг, соглас-

но разработанным протоколам и стандартам, анализ корневых причин, механизмы взаимодействия персонала с пациентом, взаимодействия между персоналом (врач-врач, врач-медсестра, врач-клиницист - врач-лаборант и т.д.), усовершенствованную систему документооборота, систему введения нового работника в работу, поддержания квалификации и навыков и т.д.

Одним из широко используемых в мире методов описания системы и ее среды до определения требований к работе, в том числе к программному обеспечению, является SADT. SADT — аббревиатура слов Structured Analysis and Design Technique (Технология структурного анализа и проектирования) — это графические обозначения и подход к описанию систем. SADT, как правило, применяется на ранних этапах процесса создания системы, который часто называют «жизненным циклом системы», и иногда за этим следует разработка модели, в частности безопасности пациентов, на основе методов SADT.

Применяемый в структурном анализе (SA) цикл врач/пациент позволяет регулярно доводить до сведения врачей замечания к модели. Тем самым обеспечивается непрерывная проверка ее качества на основе обратной связи от пациентов и врачей, вовлечен-

ных в работу и пользование системой обеспечения безопасности. Простота методики, начиная от дисциплины мышления до организации движения документов, пациентов, информации и т.д. обеспечивают наиболее продуктивный и эффективный обмен информацией без искусственных усложнений и возможна эффективная доработка модели предотвращения дефектов оказания медицинских услуг и внедрение системы безопасности пациентов.

Выводы. Методы, подобные SADT, на начальных

этапах создания системы позволяют гораздо лучше понять рассматриваемую проблему. А это сокращает затраты как на создание, так и на эксплуатацию системы, а кроме того, повышает ее надежность. SADT - это способ уменьшить количество дорогостоящих ошибок за счет структуризации на ранних этапах создания системы, улучшения контактов между всеми заинтересованными сторонами и сглаживания перехода от анализа к проектированию.

Холецистэктомия из минидоступа при деструктивных формах острого холецистита

Муртазаев З.И., Рустамов М.И., Камолов Т.К., Хужабаев С.Т., Бойсариев Ш.У., Шеркулов К.У., Дусияров М.М.
Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования — изучение особенностей и эффективности холецистэктомии из мини доступа при деструктивных формах острого холецистита.

В нашей клинике в 2006-2011 гг. у 114 больных произведена холецистэктомия из минидоступа. Около половины всех больных, перенесших минилапаротомную холецистэктомию, были в возрасте от 60 до 75 лет. Женщин было 98 (85,96%), мужчин — 16 (14,0%). Деструктивные формы острого холецистита выявлены у 46 (40,3%) больных, в том числе флегмонозный — у 36, гангренозный — у 10.

При проведении минилапаротомной холецистэктомии у больных использовали усовершенствованный нами новый технический прием, который значительно облегчает выполнение операции. После произведения минилапаротомии, через дополнительный прокол на передней брюшной стенке латеральнее минилапаротомной раны в месте предполагаемой кон-

трапертуры для установки дренажной трубки вводился мягкий зажим с длинными браншами. Зажимом захватывается шейка желчного пузыря и осуществляется тракция латерально-вверх. При этом хирург отчетливо видит область шейки желчного пузыря, гепатодуоденальную связку и двенадцатиперстную кишку, что при выполнении «трудной» холецистэктомии особенно необходимо. После пересечения пузырного протока и артерии желчный пузырь удаляется из минилапаротомной раны.

Полученные результаты показывают, что холецистэктомия из минидоступа позволяет удалить желчный пузырь как при хроническом, так и при остром холецистите без увеличения ее длительности. Применение усовершенствованного варианта минилапаротомной холецистэктомии способствовало достоверному уменьшению числа послеоперационных осложнений с 5 до 0,5%.

Профилактика ТЭЛА у больных с флотирующими тромбозами магистральных вен

Мусоев Т.Я., Хамдамов У.Р., Аюбов Б.М., Хайдаров Ф.Н.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Цель исследования — определение методов профилактики тромбоэмболии легочной артерии и лечебно-диагностической тактики у больных с флотирующими тромбозами магистральных вен инфраингвинальной зоны.

В исследование были включены 94 пациента с различными формами тромбоза магистральных вен нижних конечностей, которые находились на лечении в Бухарском филиале РНЦЭМП в 2007-2011 гг. Всем пациентам для оценки результатов лечения наряду с клиническими методами исследования, было проведено ультразвуковое ангиосканирование. При клиническом обследовании пациентов первичная локализация тромбов по данным доплерографии в большой подкожной вене (БПВ) обнаружена у 41 (43,6%), в малой подкожной вене (МПВ) у 6 (6,4%), в общей бедренной вене (ОБВ) — у 7 (7,4%), в поверхностной бедренной вене (ПБВ) — у 12 (12,8%), подколенной вене — у 13 (14%), в берцовой вене — у 10 (10,6%), в суральной вене — у 5 (5,2%) пациентов.

У 41 (43,6%) пациента с тромбозами магистральных вен нижних конечностей (у которых обнаружен окклюзирующий или пристеночный тромб) была проведена консервативная терапия. У 53 (56,4%) пациентов с эмбологеноопасными тромбозами, помимо консервативной терапии, выполнены различные виды хирургического лечения, в том числе только кроссэк-

томия у 24 (45,3%), кроссэктомия в комбинации с флебэктомией у 19 (36%), в бассейне БПВ и 1 (2%) — в бассейне МПВ, кроссэктомия в комбинации с тромбэктомией из ОБВ у 7 (13,2%), кроссэктомия с тромбэктомией из сафенофemorального соустья у (1,9%), только перевязка ПБВ у 25 (47,1%), перевязка ПБВ в комбинации с тромбэктомией из ОБВ у 17 (32%), тромбэктомия из ОБВ с пликацией ПБВ у 10 (18,8%).

В послеоперационном периоде всем пациентам была продолжена консервативная терапия. Прогрессирование тромботического процесса выявлено у 7 пациентов, у 4 он возник в той же конечности и у 3 в противоположной. Летальных исходов не наблюдалось.

Таким образом, своевременное выявление и наблюдение за эмболоопасным состоянием у пациентов с тромбозом магистральных вен, их обязательное консервативное лечение в специализированных отделениях сосудистой хирургии (можно в обычном отделении, но сосудистым хирургом), а также адекватное своевременное оперативное вмешательство у пациентов с флотирующими тромбами позволит нам успешно лечить и предотвратить ТЭЛА. Поэтому при флотирующих тромбозах инфраингвинальной зоны мы предпочитаем профилактику ТЭЛА путем перевязки или пликации магистральных вен. При окклюзирующих тромбозах методом профилактики является консервативная терапия.

Диагностика и профилактика послеоперационных осложнений при сочетанных повреждениях живота

Мустафакулов И.Б., Карабаев Х.К., Хайдаров Г.А., Тагаев К.Р., Махмудов Ф.Ч., Норов М.Ч.
Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Травмы органов брюшной полости остаются одной из наиболее сложных проблем. По данным разных авторов, летальность при повреждении органов брюшной полости достигает 35-60%, а при сочетании с черепно-мозговой травмой — 81,2% (Хаджибаев А.М. и др., 2008; Багненко С.Ф. и др., 2011).

Цель исследования — улучшение диагностики и оптимизация тактики лечения послеоперационных осложнений при повреждениях внутренних органов.

Нами по Самаркандскому филиалу РНЦЭМП за последние 2 года проанализированы результаты лечения 98 больных с травмами живота. У 60 (61,2%) больных имелись закрытые повреждения, у 38 (38,8%) — открытые. Мужчин было 59 (60,2%), женщин — 39 (39,8%). До 20 лет было 20 (20,4%), 21-30 лет — 35 (35,7%), 31-40 лет — 20 (20,4%), 41-50 лет — 9 (9,2%), 51-60 лет — 12 (12,3%), старше 60 лет — 2 (2,0%), т.е. среди пострадавших были преимущественно лица трудоспособного возраста.

Травмы живота в быту получили 18 (18,3%), аварии — 41 (41,8%), умышленные — 19 (19,3%) больных, из них ножевые ранения — 18 (18,3%), огнестрельные — 2 (2,0%). 67 (68,3%) больных поступили в состоянии алкогольного опьянения.

Оперированы 46 (76,7%) пациентов. У 14 (23,3%) больных при динамическом наблюдении не выявлено повреждения внутренних органов. У 46 (76,7%) были повреждения внутренних органов: паренхиматозных у 8, полых — у 38. Соотношение изолированного повреждения одного органа и множественных повреждений — 1:2.

Открытые повреждения живота наблюдались у 38 (38,8%) больных, из них у 5 (13,2%) непроникающие ранения, у 33 (86,8%) — проникающие в брюшную полость. У 33 пациентов были повреждения внутренних органов: полых — у 24, паренхиматозных — у 9. Повреждение одного органа имело место у 21 (55,2%), множественные — у 17 (44,8%).

Абсолютным признаком проникающего ранения живота явились эвентрация органов: у 11 больных сальника, у 3 — петель тонкой кишки. Проникающее ранение, выявленное при первичной хирургической

обработке ран (у 24), и эвентрация органов (у 14) являются абсолютным показанием к экстренной лапаротомии, так же как и наличие свободного газа и жидкости при закрытых травмах органов брюшной полости.

У 14 из 98 больных с травмой живота проведено консервативное, у 84 — оперативное лечение. В сроки до 3-х часов оперированы 72 (85,7%), до 6 часов — 8 (9,5%), до 12 часов — 4 (4,8%) пострадавших.

Тонкая кишка была повреждена у 30 больных, брыжейка — у 22, печень — у 9, толстая кишка, желудок и селезенка — у 8, двенадцатиперстная кишка — у 7, поджелудочная железа — у 1, мочевого пузыря и желчный пузырь — у 1. Всего 98 повреждений.

Множественные повреждения органов были у 21 больного. Повреждений органов брюшной полости не выявлено у 5 пациентов.

При повреждении селезенки проводилась спленэктомия (6) и ушивание ран (у 2 больных), при повреждениях печени — щадящая органосохраняющая операция (9). Всем больным с повреждениями кишечника произведена трансназальная интубация тонкой кишки зондом Эботта-Мюллера.

1 больному наложена двухствольная энтеростома при терминальной стадии разлитого перитонита. У 3 больных произведена санационная релапаротомия в сроки от 48 до 72 ч после первой операции.

В послеоперационном периоде изолированные и сочетанные осложнения наблюдались у 5 больных: пневмония — у 2, послеоперационный перитонит — у 3, нагноение операционной раны — у 5.

Летальность после операции составила 4,0% (4). Эти больные поступили в реанимационное отделение филиала с политравмой в тяжелом состоянии с травматическим и геморрагическим шоком (2), у 2 больных — в терминальной стадии острого разлитого перитонита.

Анализ полученных результатов показал, что диагностика и тактика лечения послеоперационных осложнений у пострадавших с травмами живота остаются актуальной проблемой. Необходимо более широкое использование новых инструментальных методов исследования, включая компьютерную томографию, ангиографию, вальнулографию и лапароскопию.

Послеоперационная эвентрация при повреждениях живота

Мустафакулов И.Б., Карабаев Х.К., Аллаев Н.М., Махмудов Ф.Ч., Норов М.Ч., Хужамов О.Б.
Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

В Самаркандском филиале РНЦЭМП в 1999-2011 гг. лапаротомия выполнена у 2329 пострадавших с открытыми и закрытыми повреждениями живота. У 221 пострадавшего после операции возникли осложнения, потребовавшие релапаротомии (РЛ). ПЭ была третьим по частоте осложнением после перитонита и острой механической непроходимости кишечника. ПЭ возникла у 29 (13,1%) пациентов, у которых выполнили РЛ (открытая травма была у 19, закрытая — у 10). У всех больных диагностирована полная ПЭ через срединную рану (Милонов О.Б. и др., 1990). Среди пострадавших с ПЭ было 28 мужчин и 1 женщина, в воз-

расте от 20 до 30 лет — 12, от 31 года до 40 лет — 5, от 41 года до 50 лет — 4, от 51 года до 60 лет — 6, от 61 года до 64 лет — 2 больных.

У всех пострадавших в результате травмы в брюшную полость излилось от 0,5 до 2 л крови. У 20 (68,9%) пострадавших перед ПЭ выявлены гипопропротеинемия, АГ меньше единицы. У 15 пациентов содержание общего белка было ниже 60 г/л, у 5 — ниже 50 г/л.

У 18 (62%) пострадавших ПЭ возникла до заживления операционной раны и снятия швов (до 9-х суток). У 5 из них причиной ПЭ явились дефекты техники наложения швов. У 12 пострадавших ПЭ произошла на

фоне гипопроотеинемии, причем у 3 из них с ограниченным перитонитом было инфильтративное воспаление в области раны, приведшее к прорезыванию нитей. У 1 больного ПЭ возникла на фоне острой механической непроходимости кишечника.

У 11 (38%) пациентов эвентрация развивалась через 9-14 суток после операции. У 5 пострадавших острая бронхопневмония сопровождалась сильным кашлем. У 6 больных ПЭ возникла вследствие физической нагрузки при расширении двигательного режима, обычно в день снятия швов или на следующие сутки после него. Среди них 5 больных были старше 55 лет.

Клиническая картина ПЭ обычно четко очерчена. Наиболее частыми диагностическими признаками ПЭ, определявшими показания к РЛ, явились промокание повязки серозной или геморрагической жидкостью (96%), СОЭ более 15 мм/ч у мужчин и более 19 мм/ч у женщин (92%), пульс свыше 80 в 1 мин (88%), температура тела выше 37,1°C (88%), сухой, обложенный язык, сухость во рту (80%), боль в животе (76%), болезненность при пальпации живота (76%), лейкоцитарный индекс интоксикации более 1,5 (76%), вздутие живота (72%), задержка стула и газов (72%), тошнота (72%), рвота (72%), сдвиг лейкоцитарной формулы крови влево (44%), количество нейтрофильных гранулоцитов свыше $9,5 \times 10^9/\text{л}$ (44%), наличие симптомов раздражения брюшины (44%), напряжение мышц передней брюшной стенки (32%).

В зависимости от причины ПЭ санацию брюшной полости и ее дренирование, зашивание раны брюшной стенки выполнили у 9 больных, зашивание раны — у 19, рассечение спаек, санацию брюшной полости, зашивание раны — у 1.

Установление диагноза полной ПЭ считали показанием к операции, которую производили через 1-1,5 ч. Этот период использовали для предоперационной

подготовки, включавшей инфузионную терапию, введение по показаниям препаратов, стимулирующих сердечную деятельность и дыхание. Ревизию брюшной полости производили только при наличии в ней серозного или гнойного выпота. Если его не было, выпавшие петли тонкой кишки или большой сальник обрабатывали раствором фурацилина и вправляли их. Предварительно в брыжейку тонкой кишки вводили 80-100 мл 0,25% раствора новокаина. Рану зашивали через все слои, кроме брюшины. П-образные швы накладывали шелковой нитью №8 на резиновых трубках, отступая от края раны на 2-3 см. При перитоните не сводили края раны на 0,5-1 см для оттока содержимого из брюшной полости. Швы снимали через 13-15 дней.

Швы разошлись повторно у 1 пострадавшего в связи с нагноением операционной раны и трудно купируемой гипопроотеинемией. Умерли 4 (13,8%) пациента через 2-6 суток после РЛ. Причиной смерти во всех наблюдениях был перитонит.

Выводы. Среди послеоперационных осложнений, требующих РЛ при повреждениях живота, частота эвентрации составляет 13,1%, а летальность — 13,8%. При травмах живота ведущими причинами развития ПЭ являются перитонит с нагноением операционной раны, нарушение белкового обмена, резкое увеличение нагрузки на швы (кашель, раннее вставание). Нарушение техники зашивания лапаротомной раны заключается в малом захвате краев апоневроза, обуславливающим прорезывание нитей, сшивании неоднородных тканей, частом наложении швов, нарушающих кровоснабжение тканей. Для профилактики ПЭ необходимо четко соблюдать технику зашивания операционной раны, эффективно бороться с ее нагноением и с перитонитом, купировать гипопроотеинемию и анемию, дифференцированно определять физические нагрузки после операции, особенно у пациентов старше 60 лет.

Острая спаечная непроходимость –грозное осложнение после операции и травм органов брюшной полости

Мустафакулов И.Б., Карабаев Х.К., Шоназаров И.Ш., Эгамов Б.Т., Карабаев Б.Х., Тагаев К.Р., Усманов Г.А.
Самаркандский Государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Под нашим наблюдением находились 152 больных с ОСКН проходивших лечение в хирургическом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП в 1999-2011 гг. Больных женского пола было 101 (66,4%), мужского — 51 (33,6%), возраст — от 17 до 70 лет. Чаще всего к образованию спаек приводила аппендэктомия (40,5%), операции по поводу непроходимости кишечника (14,5%), на матке и придатках (18,8%), травмы брюшной полости с повреждением внутренних органов (9,5%), другие операции (прободная язва, острый холецистит, острый панкреатит и др.) (17,2%).

Согласно классификации спаечной болезни (Женчевский Р.А., 1989) больные были разделены на 5 групп: 1-я — со спайками, болевым синдромом и дисфункцией органов — 21,1%; 2-я — с острой спаечно-динамической непроходимостью кишечника — 21,7%; 3-я — с рецидивирующей спаечной непроходимостью кишечника — 28,9%; 4-я — с обтурационной спаечной непроходимостью кишечника — 21,1%; 5-я — со странгуляционной спаечной непроходимостью кишечника — 7,2%.

Из 32 больных 1-й группы оперативному лечению

подвергнуты 24. Разделение спаек произведено 24, резекция большого сальника — 3, цекопексия — 2. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии.

У остальных 120 больных со спайками в брюшной полости заболевание характеризовалось приступами непроходимости кишечника. У 77 больных была спаечно-динамическая непроходимость, при которой на фоне спаек возникают динамические нарушения функции, дающие картину острой непроходимости кишечника, но без наличия непосредственного препятствия, обтурирующего просвет кишки. Такие приступы чаще поддаются консервативному лечению. Эта разновидность клинической патологии по своему течению подразделяется на острую спаечно-динамическую (первый приступ) и рецидивирующую непроходимость (повторные приступы).

Среди больных 2-й группы с острой спаечно-динамической непроходимостью кишечника 33 госпитализированы впервые в экстренном порядке. Им проведено консервативное лечение, которое одновременно служило целям дифференциальной диагностики. Больные выписаны без операции после купиро-

вания приступа в удовлетворительном состоянии.

3-я группа больных с рецидивирующей спаечно-динамической непроходимостью кишечника была самой многочисленной. 28 больных госпитализированы в экстренном порядке с одним из повторных приступов, который удалось купировать консервативными мероприятиями. Только 1 больной оперирован экстренно через 22 ч с момента поступления в стационар.

Оперированы 10 больных с рецидивирующей спаечной непроходимостью. Им произведено рассечение спаек, 2 — с резекцией большого сальника.

Отличительной особенностью 4-й и 5-й групп больных с механическими видами непроходимости кишечника явилось то, что спайки создавали препятствие для пассажа кишечного содержимого, которое могло быть устранено только оперативным путем. Поэтому все больные этих групп оперированы.

Из числа больных с обтурационной спаечной непроходимостью 32 произведено рассечение спаек, дренирование брюшной полости (3), резекция тонкой кишки (1), наложена подвешная энтеростома (1), обходной трансверзосигмоанастомоз (1). Умерли 3. Операции им были выполнены в поздние сроки на фоне грубых патологических изменений в органах. Во всех случаях при-

чиной смерти явился перитонит. У остальных больных послеоперационный период протекал гладко.

Больные со странгуляционной спаечной непроходимостью кишечника отличались от других тяжестью состояния. Из 11 больных, оперированных в экстренном порядке, у 9 обнаружена тонкокишечная, у 2 — толстокишечная непроходимость. Оба вида непроходимости сопровождались выпотом. Произведено рассечение спаек, ликвидированы ущемления. Кроме того, резекция петель тонкой кишки выполнена 2 больным, подвешная энтеростома наложена 2, резекция сальника — 1. Через 4 и 19 ч после операции умерли 2 больных, которым была выполнена резекция некротизированных петель тонкой кишки на фоне разлитого перитонита.

В последние годы нам с помощью лапароскопии и визуального контроля удалось объективно оценить состояние кишечника и избежать как необоснованных лапаротомий, так и оставления в брюшной полости некротически измененной кишки. Исследования, выполненные у 21 больного с острой спаечной кишечной непроходимостью, поступивших спустя 24 ч от начала заболевания, позволили в 50% случаев выполнить рассечение спаек и избежать лапаротомии.

Результаты профилактической антибактериальной терапии в экстренной абдоминальной хирургии

Нажмиддинов Л.М., Бафоев З.П., Курбанов Ф.У.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Цель исследования — изучение влияния антибактериальной терапии (цефтриаксон в сочетании с левофлоксацин) на развитие раневых гнойно-воспалительных осложнений у пациентов с экстренной абдоминальной патологией в раннем послеоперационном периоде.

Проанализированы результаты профилактической антибактериальной терапии у 1103 пациентов с различной экстренной хирургической патологией. Контрольную группу составили 510 (46,2%), основную — 593 (53,8%) больных. Пациенты обеих групп были сопоставимы по характеру патологии, полу, возрасту (от 21 года до 82 лет), сопутствующим заболеваниям, объему оперативных вмешательств. Экстренная традиционная холецистэктомия выполнена у 126 больных (не считая лапароскопических холецистэктомий) основной и у 112 — контрольной группы, аппендэктомия — соответственно у 220 и 170, грыжесечение по поводу ущемленных грыж — у 81 и 68, резекция кишечника по поводу острой кишечной непроходимости — у 34 и 32, ушивание перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки — у 132 и 128.

С целью профилактики гнойно-воспалительных осложнений использовался цефтриаксон (цефалоспорины III поколения) 1,0 г внутримышечно и левофлоксацин (фторхинолон III поколения) 500 мг внутривенно. Препараты вводили одномоментно за 1 час до операции, в последующем цефтриаксон по 1,0 г внутримышечно 2 раза и левофлоксацин 500 мг в сутки.

Среди больных, получавших предоперационную антибактериальную терапию, раневые осложнения в виде частичного нагноения ран отмечались у 10 (0,9%), из них у 8 больных с деструктивными формами острого аппендицита, у 2 больных после резекции кишечника по поводу кишечной непроходимости. В контрольной группе, которым предоперационная антибактериальная терапия не проводилась, нагноение зафиксированы у 64 (5,8%) больных.

Закключение. Применение с целью профилактики послеоперационных раневых гнойно-воспалительных осложнений антибактериальных препаратов (цефтриаксон и левофлоксацин) в экстренной абдоминальной хирургии позволило снизить их число с 5,8 до 0,9% (более чем в 6 раз).

Особенности диагностики и выбора тактики лечения больных с послеоперационным перитонитом

Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Ходжиев Д.Ш., Садыков Р.Ю.

Республиканский специализированный центр хирургии им.акад.В.Вахидова

За последнее десятилетие основным направлением в лечении больных с различными послеоперационными осложнениями стали разработка и внедрение различных прогностических систем, позволяющих оценить тяжесть состояния и определить потенциальный риск смерти от этого осложнения.

Нами проведен ретроспективный анализ тяжести

состояния пациентов с послеоперационным перитонитом (ПП) с определением частоты неблагоприятных исходов. В исследование включены 317 больных с послеоперационным перитонитом, получавших лечение в 17 стационарах, которые были разделены на 3 группы исследования. В 1-ю группу (республиканский уровень) включен 191 пациент (79 после первичных

экстренных операций и 112 после плановых вмешательств), которые наблюдались в абдоминальных отделениях Республиканского специализированного центра хирургии им. акад. В.Вахидова в 1976-2008 гг. Во 2-ю группу (городской и областной уровень – Ташкент, Самарканд, Нукус) включены 96 пациентов (соответственно 77 и 19), которые наблюдались в различных клиниках городского и областного уровня хирургической службы в 2000-2008 гг. 3-ю группу (районные клиники) составили 30 больных после первичных экстренных операций, которые наблюдались в 10 районных клиниках Республики Каракалпакстан в 2000-2008 гг.

Для оценки вероятности повторного вмешательства проведен анализ по определению прогностического индекса релапаротомии (ПИР), предложенного в качестве прогностического критерия повторных оперативных вмешательств. Система включает балльную оценку по 8 критериям, значение ПИР более 20 баллов – абсолютное показание к релапаротомии. Данные ретроспективного анализа показали, что при всей простоте применения этого индекса по данным историй болезни мы смогли распределить больных по ПИР только в 1-ю и 2-ю группы, причем в 1-ю группу это удалось у 164 из 191 пациента (в историях болезни до 1995 года не было данных о состоянии сознания, приведены некоторые лабораторные показатели). Во 2-й группе проанализированы данные 44 пациентов. ПИР менее 20 баллов был у 31 (18,9%) пациента 1-й и у 14 (31,8%) – 2-й группы.

Анализ летальности показал, что при ПИР менее 20 баллов летальность была минимальной и составила 9,7% в 1-й и 14,3% – во 2-й группе, при ПИР от 20 до 22 баллов летальность резко возросла, достигнув соответственно 43,5 и 53,8%; при ПИР 23-24 балла – 80,9 и 88,9%, при ПИР более 25 баллов – 100%.

Объективная интегральная и количественная оценка тяжести состояния больных в критическом состоя-

нии, в том числе и при абдоминальном сепсисе, не может быть выполнена без использования объективных систем-шкал оценки функциональных нарушений (APACHE II, SAPS) и оценки степени органических нарушений (MODS, SOFA). Система оценки SOFA (Sepsis-Related Organ Failure Assessment, Vincent J., 1996), предназначенная для динамической оценки тяжести полиорганной дисфункции и эффективности лечебных мероприятий, является наиболее удобной и простой в применении. Ретроспективное распределение пациентов оказалось возможным также только в 1-й и 2-й группах, причем фактически только у трети пациентов. Согласно данным распределения, показатель SOFA в 1-4 балла получен у 25,3% пациентов 1-й и у 26,1% – 2-й группы. 5-8 баллов – у 51,6 и 43,5%, более 9 баллов – у 23,2 и 30,4%.

Соответственно распределению по тяжести показателя SOFA летальность в 1-й группе при SOFA в 1-4 балла составила 8,3%, 5-8 баллов – 40,8%, более 9 баллов – 100%, в группе 2 – соответственно 16,7, 50,0 и 100%.

Проведенный анализ показал, что независимо от уровня хирургической службы республики в подавляющем большинстве случаев выбор тактики лечения больных с ПП осуществляется эмпирически, на основе данных клинико-инструментальных исследований. При этом наиболее оптимальным вариантом стандартизации протоколов ведения этой категории пациентов является применение прогностических интегральных шкал, включающих определение прогностического индекса релапаротомии – в качестве прогностического критерия повторных оперативных вмешательств и шкалы SOFA – для динамической оценки тяжести полиорганной дисфункции и эффективности проводимых лечебных мероприятий, совокупность результатов которых позволит адекватно оценить риск повторного оперативного вмешательства и оптимизировать выбор тактики лечения.

Осложнения после обширных анатомических резекций печени

Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш., Сайдазимов Е.М., Хакимов Ю.У.

Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В.Вахидова

Хирургическое лечение злокачественных новообразований печени и внутривенных протоков, обширных доброкачественных опухолей – одна из важнейших проблем хирургии, в связи с повсеместным ростом заболеваемости населения очаговыми образованиями печени. Основными осложнениями, определяющими высокую степень операционного риска обширных резекций, являются массивные операционные кровотечения и послеоперационная печеночная недостаточность. Вопросы профилактики осложнений после обширных резекций печени не утратили своей актуальности.

Цель исследования – улучшение результатов лечения больных с очаговыми образованиями печени путем внедрения новых технологий при выполнении обширных анатомических резекций печени.

Материал и методы. В 1997–2011 гг. произведено 138 резекций печени по поводу заболеваний различного генеза. Возраст больных колебался от 22 до 58 лет. Лица трудоспособного возраста (от 23 до 40 лет) было до (65,2%). В зависимости от техники выполне-

ния резекции больные разделены на две группы. В 1-ю группу включены 72 пациента, у которых применены так называемые методики «бескровной» резекции печени с включением прецизионной техники, аргонного коагулятора (АК) и ультразвукового скальпеля (УС), атравматичного монофиламентного шовного материала и клипирующих устройств. Во 2-ю группу вошли 66 больных, которым резекционный этап проводился с традиционным гемостазом.

Результаты исследования. Объем интраоперационной кровопотери 1-й группы в среднем составил $202,7 \pm 11,6$ мл, 2-й – $512,5 \pm 78,2$ мл. В послеоперационном периоде внутрибрюшное кровотечение в 1-й группе было у 1 (1,3%) пациента, во 2-й – у 3 (4,5%); поддиафрагмальный абсцесс, асцит, острое нарушение коронарного кровообращения и плевропневмония развились у 1 (1,4%) больного 2-й группы; печеночная недостаточность в 1-й группе была у 1 (1,3%), во 2-й – у 5 (7,5%). Кроме того, у 4 (6%) больных 2-й группы наблюдался желчный свищ. У 2 из них желчные свищи закрылись самостоятельно в течение 11 и 16

дней. Следует отметить, что в 1-й группе после применения УС+АК желчеистечение не наблюдалось.

Осложнения в 1-й группе встречались в 2,6%, во 2-й — в 18%. Послеоперационная летальность во 2-й группе составила 8,2%, в 1-й группе была в 3 раза ниже (2,8%).

Заключение. Снижения частоты послеоперационных осложнений после обширных резекций печени удалось достичь не только качественной предопера-

ционной диагностикой и тщательные послеоперационным мониторингом с адекватной коррекцией или профилактикой специфических осложнений, но и благодаря интраоперационному применению «бескровных» резекционных технологий, обеспечивающих «сухую» резекцию с минимальной кровопотерей. Количество послеоперационных осложнений уменьшилось с 18 до 2,6%, послеоперационная летальность — с 8,2 до 1,8%.

Критерии оценки тяжести течения и выбора тактики лечения послеоперационных абсцессов брюшной полости

Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Ходжиев Д.Ш., Садыков Р.Ю.

Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В.Вахидова

Проанализированы результаты лечения 88 больных с послеоперационными ограниченными гнойниками в брюшной полости из 16 стационаров. В 1-ю группу (республиканский уровень) включены 67 пациентов, которые наблюдались в РСЦХ им. акад. В.Вахидова в 1976 - 2008 гг. Во 2-ю группу (городской и областной уровень) вошли 14 пациентов, которые наблюдались в различных клиниках городского и областного уровня в 2000-2008 гг. 3-ю группу (районные клиники) составили 7 больных после первичных экстренных операций, которые наблюдались в районных клиниках Республики Каракалпакстан в 2000-2008 гг. Женщин было 38 (43,2%), мужчин — 50 (56,8%).

Наиболее часто послеоперационные гнойники в брюшной полости возникали после холецистэктомий, аппендэктомий (во 2-й и 3-й группах), эхинококкэктомий, неадекватной санации брюшной полости при ПХЭС, операций по поводу острого панкреатита, операций на желудке и кишечнике.

Тяжесть состояния пациентов оценивали на основании выраженности синдрома системной воспалительной реакции (ССВР) и сепсиса, сформулированным на Согласительной конференции Американского колледжа пульмонологов и Общества медицины критических состояний в Чикаго в 1991 г. с дополнениями R. Bone (1997), M. Rangel-Frausto, R. Wenzel (1997).

Попытки консервативного разрешения ограниченных гнойных образований в брюшной полости должны проводиться только до развития средней степени ССВР (наличие 3 критериев по SIRS). То есть при наличии 1-2 критериев возможна попытка консервативного лечения с включением комбинаций антибактериальных препаратов широкого спектра действия, имму-

ностимулирующей терапии, так как одним из факторов развития этих осложнений является снижение реактивности организма, коррекции других нарушений. Обязательно выполнение динамического УЗИ для оценки эффективности проводимого лечения по размерам очага. При положительном эффекте консервативные мероприятия проводятся до разрешения проблемы.

При неэффективности консервативных мероприятий или наличии 3-4 критериев по SIRS рекомендуется повторное вмешательство для санации патологического очага. Особое значение как миниинвазивного вмешательства мы отводим лапароскопии. Конечно, использование лечебной лапароскопии ограничено целым рядом факторов, однако ее практическая эффективность и миниинвазивность делают этот вид вмешательства операций выбора, особенно у пациентов с выраженным проявлением ССВР. При наличии доступного для лапароскопии солитарного очага выполняется лапароскопическая санация с дренированием. Если лапароскопия невозможна или в брюшной полости имеется несколько очагов, следует проводить релапаротомию с адекватной санацией, дренированием, при необходимости тампонированием ложа абсцесса.

Интраоперационно обязательно проводится забор содержимого абсцесса для бактериологического анализа и выявления чувствительности микроорганизмов к различным группам антибиотиков. Из особенностей дренирования следует отметить возможность сквозного промывания полости абсцесса, для чего в ложе абсцесса подводится либо двухпросветный дренаж, либо два дренажа с контрлатеральных сторон.

Операция Гартмана при хирургических заболеваниях и травмах толстой кишки

Нарзуллаев С.И., Карабаев Х.К., Жаббаров З.И., Захидова С.Х., Исмоилов И.И.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Несостоятельность анастомоза — одно из наиболее частых и грозных осложнений одноэтапных резекций толстой кишки. В связи с этим в ряде случаев значительные преимущества приобретает операция Гартмана, которая нередко применяется не только при раке, но и при неопухолевых заболеваниях и травмах ободочной и прямой кишки.

Нами данная операция произведена у 62 больных с различными хирургическими заболеваниями и травмами толстой кишки. У 24 из этих больных в возрасте от 20 до 82 лет были преимущественно завороты сигмовидной кишки. Мужчин было 44, женщин — 18. При

завороте сигмовидной кишки операция Гартмана выполнена у 19 больных. Основным показанием к этой операции была гангрена кишки. После операции умерли 4 больных. У 3 из них причиной смерти был разлитой перитонит, развившийся еще до операции, у 1 операция Гартмана, произведенная после одноэтапной резекции сигмовидной кишки по поводу несостоятельности анастомоза, осложнилась расхождением культи дистального отдела кишки, развитием абсцесса брюшной полости и сепсиса. Наш опыт показал, что одномоментная резекция нежизнеспособной кишки с анастомозом конец в конец при завороте сигмовид-

ной кишки сопровождается высокой летальностью. По материалам Самаркандского филиала РНЦЭМП (за 1999-2001 гг.) одноэтапная ее резекция, преимущественно при жизнеспособной кишке, была выполнена у 45 больных с летальностью 24,4%. Послеоперационная летальность после операции Гартмана при гангрене сигмовидной кишки оказалась ниже. Наши данные согласуются с мнением ряда хирургов, которые считают, что одномоментная резекция сигмовидной кишки с анастомозом при ее завороте допустима только при жизнеспособной кишке, а при гангрене методом выбора должна быть операция Гартмана.

При раке прямой и левой половины ободочной кишки операция Гартмана как радикальное или паллиативное вмешательство применяется при кишечной непроходимости, наличии метастазов и отсутствии условий для последующей восстановительной операции. Мы произвели операцию Гартмана при раке ободочной и прямой кишки у 22 больных, из них у 16 операция выполнялась по неотложным показаниям в связи с обтурационной кишечной непроходимостью. После операции умерли 2 больных.

В настоящее время при обтурационной непроходимости кишечника, вызванной раком левой половины толстой кишки, существует две тактики хирургического лечения. Первая из них состоит в срочной декомпрессии кишечника путем наложения колостомы и повторной операции с целью удаления опухоли. Вторая тактика включает одномоментную резекцию ободочной кишки с декомпрессией проксимального ее отдела (операция Гартмана). Преимущества первой тактики в сравнительной простоте операции и меньшей летальности, второй – в радикальности и сокращении сроков лечения. Мы отдаем предпочтение второй тактике, считая, что интенсивная терапия до и после операции позволяет до минимума снизить летальность при резекции кишки по Гартману. Отдаленные результаты после этой операции также лучше, поскольку опухоль удаляется в более ранние сроки.

Операция Гартмана может служить также методом выбора при перфорациях толстой кишки на почве ди-

вертикулеза, язвенного колита или инородными телами. Такая операция при перфорациях ободочной кишки выполнена у 12 больных с 2 летальными исходами. Причины перфорации: дивертикулы (6), язвенный колит (3), инородные тела (2), изъязвившаяся липома сигмовидной кишки (1). Перфорация толстой кишки в свободную брюшную полость является грозным осложнением дивертикулеза, амебного и неспецифического колита, распадающихся опухолей, так как быстро ведет к развитию разлитого перитонита. Паллиативные операции в виде ушивания перфоративного отверстия, наложение колостомы, дренирования брюшной полости или одноэтапной резекции кишки анастомозом дают плохие результаты. Наиболее реален благоприятный выход в подобных ситуациях при широкой резекции пораженного участка кишки по Гартману.

При ранениях толстой кишки операция Гартмана применяется сравнительно редко, так как в большинстве случаев удается ушить дефект кишки или ограничиться наложением колостомы при повреждениях прямой кишки. Показания к резекции возникают только в случаях больших дефектов и нарушения кровоснабжения ее. Резекция по Гартману выполнена у 9 больных с травматическими повреждениями ободочной и прямой кишки. Показаниями к операции были обширный дефект сигмовидной и нисходящей кишки (5), отрыв брыжейки кишки (2). После операции умер 1 больной от шока и кровотечения.

Таким образом, из 62 больных, которым выполнена резекция толстой кишки по Гартману, после операции умерли 9 (14,5%). Учитывая, что у 53 (85,5%) пациентов операция производилась на фоне обтурационной кишечной непроходимости, перитонита, послеоперационную летальность можно считать невысокой.

Выводы. 1. Операция Гартмана является более безопасным вмешательством, чем одноэтапная резекция толстой кишки. 2. Операция Гартмана является методом выбора при экстренных операциях при завороте сигмовидной кишки с ее гангреней, при перфорациях, обтурационной непроходимости, обширных ранениях левой половины толстой кишки.

Осложнения кардиодилатации при лечении больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии

Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Бекчанов Х.Н., Цой А.О., Курбанов А., Мальков А.

Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В.Вахидова

Цель — изучение характера осложнений различных методов кардиодилатации у больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии

Материал и методы. В отделении хирургии пищевода и желудка РСЦХ им. акад. В.Вахидова за период с 1975 по 2011 гг. на лечении находились 413 больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии в возрасте от 12 до 84 лет (33,7±2,58 года). На основании классификации Б.В.Петровского, I стадия установлена у 29 (7%), II стадия — у 129 (31,2%), III стадия — у 208 (50,4%), IV стадия — у 47 (11,4%) пациентов. Основным методом лечения является кардиодилатация, выполненная у 377 (91,3%) больных. Аппарат Штарка (АШ) использован у 35, пневматический дилататор (ПД) у 312, гидробаллонный дилататор (ГД) у 30 больных.

Результаты и обсуждение. Суть кардиодилатации заключается в «насильственном» расширении кардии с помощью специальных инструментов — кардиоди-

лататоров, которые имеют три основных разновидности: механический (аппарат Штарка), пневматический и гидробаллонный. Несмотря на то, что кардиодилатация относится к миниинвазивной манипуляции, она может привести к ряду опасных осложнений: кровотечению из слизистой кардии и дистального отдела пищевода, обострению эзофагита, перфорации пищевода, инвагинации желудка в просвет пищевода.

Нами проведен сравнительный анализ частоты осложнений дилатации в зависимости от использованного аппарата. Наибольшее число осложнений развилось после дилатации АШ — у 14 (40%) больных, после ПД — у 66 (21,2%), после ГД — только у 4 (13,3%). Причем у 2 больных во время дилатации АШ наступили грозные осложнения: перфорация пищевода и инвагинация желудка в просвет последнего, что потребовало экстренных хирургических вмешательств, которые выполнены в течение первых 3-х часов с мо-

мента наступления осложнений. Соответственно проведено ушивание дефекта пищевода с дренированием средостения и дезинвагинация желудка с фундопликацией. После хирургического лечения летальных исходов не было.

Во время дилатации АШ кровотечение отмечено у 4 (11,4%), а обострение эзофагита у 8 (22,8%) больных. При использовании ПД кровотечение развилось у 21 (6,7%), обострение эзофагита у 45 (14,4%) больных. Наилучшие результаты получены у пациентов после ГД: кровотечение – у 1 (3,3%), обострение эзофагита – у 3 (10%).

Тактика лечения кровотечений заключалась в прекращении сеансов дилатации. Больным назначалась щадящая диета, проводилась противоязвенная и гемостатическая терапия. Лечение обострения эзофагита, который проявляется жгучими болями за грудиной и в эпигастрии, а также изжогой, заключалось в назначении щадящей диеты и противоязвенной терапии. На фоне проводимой консервативной терапии у всех

пациентов удалось добиться купирования проявлений кровотечения и эзофагита без повторных хирургических вмешательств.

Следовательно, большое число осложнений у больных во время дилатации АШ, по-видимому, обусловлено конструкцией самого аппарата, в связи с чем он в настоящее время нами не применяется. Сравнительная оценка частоты осложнений дилатации подтверждена данными статистического анализа. При этом установлена достоверность снижения частоты осложнений при пневматической ($p=0,006$) и гидробаллонной ($p=0,008$) дилатации по сравнению с использованием АШ.

Заключение. Частота осложнений дилатации при лечении больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии зависит от варианта кардиодилататоров. Наиболее оптимальные результаты получены у пациентов после пневматической и гидробаллонной дилатации.

Частота и тактика лечения осложнений эндоскопических манипуляций при лечении нерезектабельных стадий рака пищевода

Низамходжаев З.М., Струцкий Л.П., Лигаи Р.Е., Омонов Р.Р., Рахимов С.О.
Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В.Вахидова

Цель — изучение частоты и характера осложнений эндоскопических вмешательств у больных с нерезектабельными стадиями рака пищевода.

Материал и методы. Отделение хирургии пищевода и желудка РСЦХ им. акад. В.Вахидова располагает опытом лечения 182 больных с нерезектабельными стадиями рака пищевода за период с 2004 по 2010 гг. Мужчин было 105, женщин – 77, большинство пациентов было старше 60 лет – 122 (67%). Всем пациентам выполнены различные варианты эндоскопических вмешательств: диатермотуннелизация – у 31 (17%), бужирование – у 18 (9,9%), стентирование – у 133 (73,1%).

Результаты и обсуждение. Эндоскопические вмешательства являются методом выбора лечения больных с нерезектабельными стадиями рака пищевода в связи с минимальной травматичностью и возможностью восстановления естественного питания. Однако они могут привести к ряду опасных осложнений.

Кровотечение из опухоли развилось у 6 больных: во время ЭДТ (2) и бужирования (4). У всех пациентов кровотечение остановлено консервативными мероприятиями: гемостатической терапией, переливанием крови, плазмы и белковых препаратов, проведением назогастрального зонда с соответствующим питанием.

Перфорация пищевода наступила у 11 больных. У 6 пациентов благодаря ранней диагностике (в первые 3 часа), а также небольшим ложным ходом (1-3 см) успешно проведена консервативная терапия, однако у 5 пациентов с клиникой гнойного медиастинита пришлось прибегнуть к экстренному хирургическому вмешательству. Характер хирургического доступа и объем операции зависел от локализации повреждения, вре-

мени с момента травмы и степени проявлений медиастинита. ни в одном случае не представлялось возможным и целесообразным ушивание дефекта опухолевой ткани.

Основными принципами хирургического лечения были адекватность хирургического доступа, тщательная санация, дренирование и тампонирование средостения, а также обеспечение перорального питания путем наложения гастростомы. 4 больным выполнена лапаротомия, диафрагмотомия по Савиных, санация, дренирование и тампонирование средостения, проведение назогастрального зонда и наложение гастростомы по Штамму. У 1 пациентки с повреждением опухоли на границе верхней и средней трети дополнительно произведена колитомия, дренирование верхнего средостения с выведением эзофагостомы. В удовлетворительном состоянии выписано 3 больных для дальнейшего наблюдения и лечения в онкологическом учреждении. У остальных 2 пациентов состояние оставалось крайне тяжелым, что было обусловлено продолжающимся гнойным медиастинитом, в связи с чем больные были выписаны по настоянию родственников.

Заключение. Эндоскопические вмешательства позволяют улучшить качество оставшейся жизни больных с нерезектабельными стадиями рака пищевода и могут служить альтернативой гастростомии. Тактика лечения осложнений зависит от состояния больного, локализации опухоли, причин ее возникновения. Результат хирургического лечения больных с перфорацией опухоли зависит от времени с момента травмы, общего состояния, локализации опухоли и степени выраженности медиастинита.

Особенности послеоперационных осложнений пластики пищевода у больных с постожоговыми рубцовыми стриктурами

Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Абдуллаев Д.С., Мальков А.В.

Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В.Вахидова

Цель — изучение структуры послеоперационных осложнений реконструктивно-восстановительных операций на пищеводе у больных с постожоговыми рубцовыми стриктурами.

Материал и методы. За период с 1991 до 2011 гг. в отделении хирургии пищевода и желудка РСЦХ им. акад. В.Вахидова выполнено 136 реконструктивных операций на пищеводе у больных с ПРСП. Показания к операциям на пищеводе у 81 (59,6%) больного были неудачи при попытках бужирования, у 2 (1,9%) невозможность бужирования, у 8 (5,9%) «застарелые» ожоги с признаками малигнизации, у 11 (8,1%) неэффективность бужирования, у 9 (6,6%) травма пищевода в анамнезе.

Результаты и обсуждение. Шунтирующая колоэзофагопластика выполнена у 111 (81,6%); шунтирующая фарингоколоэзофагопластика у 14 (10,3%) и экстирпация пищевода у 11 (8,1%) больных. Все проведенные операции были одномоментными.

В послеоперационном периоде у 94 (69,1%) больных осложнений не было, а у 42 (30,9%) пациентов отмечалось одно и более осложнений. Наибольшее количество послеоперационных осложнений было со стороны дыхательной системы, так называемые бронхолегочные (пневмония, плеврит, коллапс легких), которые развились у 32 (23,5%) больных. Следующими по частоте были гнойно-воспалительные, к которым относятся нагноение шейной и лапаротомной ран, а также гнойный медиастинит — у 23 (16,9%). Необходимо отметить, что данная группа осложнений чаще является следствием специфических осложнений, которые связаны непосредственно с техникой выполнения реконструктивно-восстановительной операции на пищеводе: некроз колотрансплантата, недо-

статочность пищеводных анастомозов, а также несостоятельность коло-гастроанастомоза и коло-колоанастомоза — 19 (13,9%) больных.

Одними из самых грозных осложнений в хирургии пищевода являются кровотечения, которые также непосредственно связаны с другими осложнениями. Так, кровотечение из средостения (1) было следствием тотального некроза колотрансплантата, а кровотечение из шейной раны (3) наступило в результате аррозии щитовидной артерии на фоне недостаточности эзофагоколоанастомоза.

Летальный исход наступил у 7 (5,1%) больных из 136 прооперированных: 1 больная после экстирпации пищевода с гастропластикой, 1 — после фарингоколопластики, 5 — после шунтирующей колоэзофагопластики.

Причинами летальных исходов были тотальный некроз колотрансплантата, осложненный продолжающимся гнойным медиастинитом (2), острая дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность на фоне двусторонней пневмонии (2), абсцедирующей пневмонии (1), тромбоэмболия легочной артерии (1), недостаточность коло-колоанастомоза, разлитой каловый перитонит + рецидивирующее кровотечение из щитовидной артерии (1).

Заключение. Следовательно, реконструктивно-восстановительные операции на пищеводе у больных с ПРСП относятся к группе наиболее сложных в торако-абдоминальной хирургии. При решении вопроса о необходимости хирургического лечения больных с ПРСП необходимо придерживаться четких критериев выбора способа реконструктивной операции. Летальность после реконструктивных вмешательств у больных с ПРСП зависит от тяжести наступивших послеоперационных осложнений.

Пути снижения осложнений в хирургии острого аппендицита

Нишонов Х.Т., Исантурдиев У.И., Кунишев Ш.У., Рахимов П.Н.

Сырдарьинский филиал РНЦЭМП

Цель исследования — улучшение результатов лечения больных с острым аппендицитом путем внедрения эндоскопических вмешательств и разработки способа местной санации брюшной полости при деструктивных формах заболевания.

Проанализированы результаты лечения 94 больных с гангренозной формой острого аппендицита, находившихся на стационарном лечении в Сырдарьинском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в 2006-2011 гг. Все больные были разделены на 2 группы: 72 пациента контрольной группы были подвергнуты традиционной аппендэктомии с локальной санацией брюшной полости 0,02% раствором фурацилина; 22 больным основной группы выполнена лапароскопическая аппендэктомия, местную санацию брюшной полости осуществляли 0,2% раствором гипохлорита натрия.

В контрольной группе средняя продолжительность операции составила 87,4±16,2 мин. Длительность пребывания больных в стационаре колебалась от 6 до 15

дней, в среднем 7,5±2,3 суток. Проведенные микробиологические исследования показали, что исходное содержание аэробных микробов было равно 8,3±0,9 lg КОЕ/мл, а анаэробов — 7,6±0,6 lg КОЕ/мл. На фоне локального лаважа брюшной полости 0,02% раствором фурацилина концентрация аэробных микробов снизилась до 5,6±0,8 lg КОЕ/мл, анаэробов — 4,9±0,4 lg КОЕ/мл. Чувствительность бактерий к антибиотикам после санации особенно не изменялась. В послеоперационном периоде наиболее частым осложнением традиционной аппендэктомии были раневые осложнения, которые отмечались у 32 больных. У 1 пациента после операции по поводу острого гангренозного перфоративного аппендицита с местным гнойным перитонитом развился абсцесс дугласова пространства, потребовавший релапаротомии с санацией и дренированием брюшной полости. Летальных случаев не было.

В основной группе средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 45,2±9,6 мин. Длительность пребывания пациентов в стационаре —

в среднем $3,9 \pm 1,4$ суток. Средняя геометрическая концентрация как аэробных, так и анаэробных микробов в основной группе на фоне санации уменьшилась. Так, если исходное содержание аэробных микробов было равно $8,4 \pm 0,7$ lg КОЕ /мл, а анаэробов – $7,9 \pm 0,9$ lg КОЕ /мл, то на фоне локального лаважа брюшной полости гипохлоритом натрия концентрация аэробных микробов снизилось до $3,6 \pm 0,7$ lg КОЕ /мл, а роста анаэробных бактерий не отмечалось. Чувствительность бактерий к антибиотикам после санации резко повышалась.

Значение назогастроэнтеральной интубации в предупреждении послеоперационных абдоминальных осложнений

Нишанов Х.Т., Исантурдиев У.И., Ортиков А.М., Бегманов Р.Б.
Сырдарьинский филиал РНЦЭМП

Увеличение количества и объема экстренных оперативных вмешательств на органах брюшной полости за последние десятилетия способствовало значительному возрастанию частоты послеоперационных абдоминальных осложнений. Подобные осложнения встречаются у 8-12% оперированных, при наиболее продолжительных и обширных urgentных операциях частота их достигает 15-29,5%. Среди причин последних немаловажное значение имеет паралитическая непроходимость кишечника, которая встречается у 12,3% больных с острой абдоминальной патологией. Особенно возрастает значение послеоперационного пареза у больных с распространенным перитонитом, в связи с изначальным наличием у последних синдрома острой относительной или абсолютной кишечной недостаточности усугубляющей имеющийся у них эндотоксикоз.

Цель исследования — определение роли и значения назогастроэнтеральной декомпрессии в профилактике послеоперационных внутрибрюшных осложнений у больных с острой абдоминальной патологией.

Исследование проведено у 384 больных с острой абдоминальной патологией, находившихся на лечении в хирургическом отделении Сырдарьинского филиала РНЦЭМП в 2003-2012 гг. Мужчин было 226, женщин – 158 больных. Средний возраст 43,7 года. У 92 больных были деструктивные формы острого аппендицита, у 68 — острый калькулезный холецистит, у 32 — острый панкреатит, у 52 — гастродуоденальные язвенные перфорации, у 56 — различные формы острой кишечной непроходимости, у 84 — травмы органов брюшной полости.

Все больные были подвергнуты различным оперативным вмешательствам срединным лапаротомным разрезом под эндотрахеальным наркозом. У 218 больных до- и интраоперационно был диагностирован перитонит различной распространенности. Местный перитонит имел место у 104 (47,4%), диффузный — у 82 (37,8%), разлитой перитонит у 32 (14,8%) боль-

В послеоперационном периоде лишь у 2 больных развились серомы послеоперационной раны, причем у 1 из них во время операции вынуждены были перейти к конверсии. Летальных случаев не было.

Таким образом, применение эндоскопической технологии в диагностике и хирургическом лечении острого аппендицита, локальная санация брюшной полости электролизным водным раствором гипохлорита натрия позволили значительно снизить частоту и тяжесть послеоперационных осложнений.

Декомпрессия кишечника осуществлялась по показаниям путем назоэнтеральной интубации силиконовым зондом соответствующей длины с боковыми отверстиями. Всем обследованным больным в послеоперационном периоде проводилась стандартная интенсивная консервативная терапия.

В ходе операции у 114 больных были выявлены показания к проведению назоэнтеральной декомпрессии кишечника. У 66 из них данная манипуляция была осуществлена (основная группа). У 48 больных назоэнтеральная интубация не проводилась (контрольная группа).

Наблюдение показало, что у больных контрольной группы результаты были значительно хуже, чем в основной группе. Прежде всего, у больных контрольной группы чаще всего встречались послеоперационные осложнения (68,8%). Несостоятельность швов анастомоза наблюдалась у 2, продолжающийся перитонит у 3 больных. В связи с наличием столь большого количества послеоперационных осложнений показатели релапаротомии (16,7%) и послеоперационной летальности (8,3 %) оказались недопустимо высокими.

У больных основной группы практически не наблюдалось грозных послеоперационных осложнений (8,3%). В этой группе больных не было случаев релапаротомии, а показатели послеоперационной летальности были минимальными (1,5 %).

Таким образом, у больных с экстренной абдоминальной патологией, сопровождающейся распространенным перитонитом, имеются показания к проведению интраоперационной декомпрессии кишечника путем назоэнтеральной интубации последней. Назоэнтеральная интубация кишечника приводит к значительному уменьшению абдоминальных осложнений в послеоперационном периоде, существенно снижает число релапаротомий и показатели летальности, тем самым улучшает результаты лечения больных.

Роль динамической торакоскопии в диагностике и лечении осложнений изолированных закрытых травм грудной клетки

Нишанов Х.Т., Джурабаев Н.Э., Расулов З.С.
Сырдарьинский филиал РНЦЭМП

Цель исследования — улучшение результатов лечения больных закрытой травмой грудной клетки минимальноинвазивными методами.

Материал и методы. Изучены результаты лечения

78 больных, находившихся на лечении в Сырдарьинском филиале РНЦЭМП в 2007 – 2012 гг. Лиц мужского пола было 47 (60,2%), женского – 31 (39,8%). Возраст больных варьировал от 15 до 70 лет. 56 (71,7%) боль-

ных поступили по линии скорой помощи в течение одного часа после травмы, 22 (28,3%) – самотеком, из них в течение одного часа – 15 (68,2%), в течение двух часов – 7 (31,8%).

У 68 (87,2%) больных были односторонние закрытые повреждения грудной клетки, у 10 (12,8%) – двустороннее повреждение. Всем больным выполнены общеклиническое исследование по стандарту (ОАК, ОАМ, биохимия, коагулограмма, рентгеноскопия в прямой и латеропозиции, УЗИ плевральной полости) с использованием в последнее время КТ. Так как у всех больных были выявлены признаки пневмо- или гемоторакса (или гемопневмоторакса), на первичном диагностико-лечебном этапе выполнялось одно- или двустороннее дренирование плевральной полости по Бюлау. После дренирования плевральной полости всем больным проводили диагностическую торакоскопию, с помощью которой были выявлены краевые или массивные разрывы легочной паренхимы, повреждения межреберной артерии, надрывы легочной паренхимы, ушибы легких и сердца). У 18 (23,1%) больных было решено перейти к традиционной торакотомии в связи с обширностью легочных повреждений или при безуспешной попытке остановки кровотечения из межреберной артерии. При краевых разрывах было использовано ушивание, клипирование легочной паренхимы или коагулирование надрыва паренхимы легких. При развитии осложнений в послеоперационном периоде (свернувшийся гемоторакс, стойкий пневмоторакс, рецидив кровотечения из межреберной артерии) использовали динамическую торакоскопию. Из 5 больных, оперированных традиционным способом, у 2 имели место стойкий пневмоторакс.

После диагностической торакопии им выполнены кривая атипичная (1) и лобэктомия (1). У 2 больных с рецидивом кровотечения из межреберной артерии остановить его удалось торакоскопическим методом. 1 больному произведена реторакотомия с окончательным гемостазом. Из 60 больных, у которых использовали лечебную торакоскопию, у 8 были выявлены следующие осложнения: у 4 рецидив кровотечения из межреберной артерии, у 2 свернувшийся гемоторакс, у 2 стойкий гемоторакс. При этом у 3 больных рецидив кровотечения из межреберной артерии удалось остановить торакоскопическим методом. У 1 пациента окончательного гемостаза у удалось путем прицельной миниторакотомии, у 2 свернувшийся гемоторакс ликвидирован торакоскопией. У 2х больных со стойким пневмотораксом после динамической торакопии было решено произвести прицельную миниторакотомию с последующей краевой атипичной резекцией легких.

Применяя динамическую торакоскопию в диагностике и лечении осложнений при изолированных закрытых травмах грудной клетки, нам удалось добиться улучшения результатов лечения. При этом была возможность рано активизировать больных, уменьшить расход анальгетиков и антибактериальных препаратов, инфузионных сред. Хотелось бы также подчеркнуть, для того, чтобы избежать осложнений после торакоскопических операций, надо тщательно подходить к использованию мининвазивных технологий в экстренных ситуациях, решительно переходить к конверсии в трудных случаях, постоянно повышать квалификацию специалистов, владеющих методом торакоскопических вмешательств.

Пути повышения качества и эффективности консультаций терапевта в неотложных хирургических ситуациях

Ниязов З.М., Мамасолиев Н.С., Верткин А.Л., Усманов Б.У.

АнДГосМИ, Российский государственный стоматологический медицинский университет

Один из наиболее сложных разделов в практике врача терапевта – качественная и эффективная консультация в хирургической клинике при неотложных ситуациях. В АФ РНЦЭМП и на кафедре скорой помощи и терапии РГСМУ разработаны алгоритмы повышения эффективности консультаций терапевта в экстренной хирургической клинике, которые обучают неотложной диагностике и тактике ведения больных.

Нами выдвинут главный тезис — способ общения терапевта, хирурга и анестезиолога в острых хирургических осложненных ситуациях — это только консилиум! В заключении консультанта-терапевта должны быть отражены последовательно следующие вопросы: 1) заключение самого терапевта, 2) что нужно хирургу от терапевта перед выполнением предстоящей операции, 3) что нужно хирургу от терапевта перед выпиской пациента.

Так, в своем заключении терапевту следует указать, что у пациента нет явных признаков, препятствующих предстоящей операции. Предполагается, что терапевт более компетентен в оценке ЭКГ, функций внешнего дыхания и показателей лабораторных ис-

следований.

Перед выполнением предстоящей экстренной операции терапевту необходимо ответить на 4 вопроса: 1) уверенность в состоянии основных систем обеспечения жизни пациента, 2) выдержат ли эти системы предстоящие во время операции нагрузки, 3) что можно ожидать от имеющихся в организме отклонений в послеоперационном периоде, 4) нужна ли коррекция или поддержка имеющихся в организме нарушений (высокое АД, аритмии, гипергликемия, нарушения в системе свертывания крови и др.).

Перед выпиской пациента от консультанта врача – терапевта хирургу нужны четкие рекомендации следующего содержания: 1) определение общих принципов терапии (прежде всего, лекарственной) сопутствующих заболеваний, 2) согласование общего рецепта, возможных физических нагрузок и определение рациональной диеты, особенно после операции на органах пищеварения!

Рекомендуемый алгоритм позволит правильно ориентироваться в неотложной осложненной хирургической ситуации и профессионально помочь больному.

Роль лапароскопии в urgentной хирургии брюшной полости

Норкузиев Ф.Н., Порсахонов Р.Г., Маматкулов Ж.А., Нахалбоев Р.Т., Хамидов Ш.С.
Джизакский филиал РНЦЭМП

В 2009-2011 гг. в хирургическом отделении Джизакского филиала РНЦЭМП выполнена 81 диагностическая лапароскопия. Предоперационное обследование больных включало стандартное лабораторно-инструментальное исследование. Диагностическая лапароскопия применена при неясности клинического диагноза. Возраст больных варьировал от 14 до 75 лет (в среднем, 28 лет). Мужчин было 27 (33,3%), женщин – 54 (66,7%).

У 64 (79%) больных диагностических лапароскопии проведена для исключения острой хирургической патологии органов брюшной полости и 17 (21%) при тупых травмах живота. У 48 (75%) из них была выявлена острая хирургическая патология, которая потребовала выполнения различных оперативных вмешательств. 34 (53,1%) пациентам выполнена лапароскопическая аппендэктомия, 4 (6,2%) — традиционная аппендэктомия из-за ретроцекального расположения червеобразного отростка, 1 (1,6%) — лапароскопическая холецистэктомия по поводу деструктивного бескаменного холецистита, 6 (9,3%) — лапароскопическое ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки. У 1 (1,6%) больного диагностирована острая кишечная непроходимость на почве инвагинации тонкого кишечника, у 2

(3,2%) — разрыв эхинококковой кисты печени. У 16 (25%) пациентов острая хирургическая патология со стороны органов брюшной полости не обнаружено.

Из 17 (21%) больных, которым выполнена диагностическая лапароскопия с тупой травмой живота, у 2 (11,7%) диагностирована забрюшинная гематома, у 4 (23,5) — разрыв селезенки, у 3 (17,6%) — разрыв брыжейки тонкого кишечника, у 1 (5,9%) — повреждение печени. Во всех случаях произведена лапаротомия. У 7 (41,2%) больных повреждения со стороны органов брюшной полости не выявлено.

Мы считаем, что лапароскопические вмешательства в экстренной абдоминальной хирургии занимают особое место. Лапароскопия является наиболее эффективным методом диагностики и лечения больных с экстренной хирургической патологией, инвазивность которого полностью оправдывается высокой информативностью и лечебной ценностью. Использование лапароскопического метода способствует улучшению качества диагностики и лечения, уменьшению количества послеоперационных осложнений, снижению числа нежелательных лапаротомий и летальности, а также сокращению количества койко-дней.

Причины конверсий при лапароскопических холецистэктомиях

Норкузиев Ф.Н., Порсахонов Р.Г., Хамидов Ш.С., Маматкулов Ж.А.
Джизакский филиал РНЦЭМП

В последние годы лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) в связи с ее неоспоримыми преимуществами стала альтернативным методом лечения больных калькулезным холециститом, а также калькулезным холециститом в сочетании с холедохолитиазом. Удельный вес ЛХЭ в развитых странах мира достигает до 97%. Вместе с тем ее выполнение в 0,9-8,3% случаев сопряжено с большими техническими трудностями, что может стать причиной серьезных ошибок, осложнений и перехода на открытую традиционную холецистэктомию.

Цель работы — изучение причин конверсии при ЛХЭ для ее дооперационного прогнозирования.

Материал и методы. В 2009-2011 гг. в отделении экстренной хирургии №1 Джизакского филиала РНЦЭМП ЛХЭ выполнена у 148 больных, из них 111 (75%) женщин, 37 (25%) мужчин, в возрасте от 19 до 78 лет. Острый катаральный калькулезный холецистит диагностирован у 32 больных, деструктивные формы острого холецистита (флегмонозный, гангренозный холецистит, эмпиема желчного пузыря, паравезикальный инфильтрат или абсцесс) — у 116.

Результаты. Конверсия осуществлена у 16 (10,8%) больных. Причинами с у 10 больных были выраженный воспалительный-инфильтративный процесс в подпеченочном пространстве, у 1 — кровотечение, у 2 — ятрогенное повреждение холедоха, у 2 — парапузырный абсцесс, у 1 — перитонит. Чаще всего (у 10 боль-

ных) значительные трудности при выполнении ЛХЭ представлял воспалительный инфильтрат в области ворот печени, желчного пузыря и гепатодуоденальной связки, в который были вовлечены большой сальник, желудок, двенадцатиперстная и поперечная ободочная кишка.

Прогнозировать возможность перехода ЛХЭ на «открытую» холецистэктомию можно на основании алгоритма дооперационных признаков: наличие перитонита, пальпируемый болезненный желчный пузырь, высокий лейкоцитоз и повышение СОЭ, ультразвуковые изменения желчного пузыря и гепатопанкреатодуоденальной зоны, эффективность консервативного лечения, наличие послеоперационных рубцов на передней брюшной стенке. ЛХЭ противопоказана при обтурационной желтухе, индуративном и псевдотуморозном панкреатите, холангите, флегмонозно-гангренозном холецистите с перитонитом, перивезикальном инфильтрате, выраженном спаечном процессе в верхней половине живота.

Заключение и выводы. Конверсия при ЛХЭ является оптимальной вариантом этапа завершения операции, чтобы избежать тяжелых интра- и послеоперационных осложнений. Прогнозировать возможность перехода ЛХЭ на «открытую» холецистэктомию можно на основании ряда клинических признаков, данных дооперационных УЗИ, лапароскопии при строгом учете противопоказаний к выполнению ЛХЭ.

Ближайшие послеоперационные осложнения после ушивания перфоративных гастродуоденальных язв

Норкузиев Ф.Н., Нахалбоев Р.Т.

Джизакский филиал РНЦЭМП

Прободение является одним из тяжелых и опасных осложнений язвенной болезни. Наибольшее число прободений гастродуоденальных язв (67,6%) приходится на мужскую половину населения в возрасте 20-40 лет (Лобанков В.М., 2005). Летальность при данной патологии уже в течение многих лет остается на уровне 5-12,5% (Гринберг А.А., 2000), а по сообщениям зарубежных авторов, достигает 26,5% и не имеет тенденции к снижению.

Материал и методы. За период 2005-2011 гг. в Джизакском филиале РНЦЭМП по поводу перфоративных гастродуоденальных язв оперированы 225 больных. Все пациенты оперированы сразу после поступления в стационар в сроки от 1-го часа до 34 часов от начала заболевания под эндотрахеальным наркозом с миорелаксантами. Мужчин было 199 (91,5%), женщин — 26 (8,5%), в возрасте от 19 до 75 лет. У 203 (90,2%) больных диагноз «перфорация полого органа» сомнений не вызывал и был выставлен в дооперационном периоде на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований. У 22 (9,8%) пациентов с целью дифференциальной диагностики производилась диагностическая лапароскопия.

Прободение двенадцатиперстной кишки установлено у 206 (91,7%) больных, пилорического отдела желудка у 12 (5,3%), тела желудка у 7 (3,1%). Язвенный инфильтрат имел диаметр от 0,5 до 3 см, перфоративное отверстие — от 0,3 до 1,5 см.

При перфоративной язве двенадцатиперстной кишки 209 (92,2%) больным произведено ушивание по Оппелю-Поликарпову, у 2 (0,88%) выполнена резекция желудка по Бильрот-I (1) и Бильрот-II (1). У 3 (1,3%) больных на фоне разлитого гнойного перитонита, декомпенсированного стеноза пришлось прибег-

нуть к ушиванию перфоративной язвы по Оппелю-Поликарпову и наложению передиободочного гастрозентероанастомоза на длинной петле с энтероэнтероанастомозом по Брауну. С приобретением лапароскопической операционной стойки начато лапароскопическое ушивание — у 7 (3,1%). У 4 (1,7%) больных применялись различные виды пилоропластики и дуоденопластики, комбинированные с ваготомией.

Все больные в послеоперационном периоде получали Н2-блокаторы, ингибиторы протеаз, антибиотики широкого спектра действия, инфузионную терапию, проводилась постоянная декомпрессия желудка.

Послеоперационные осложнения возникли у 11 (4,8%) больных. У 4 больных было нагноение послеоперационной раны, у 2 (0,88%) — ранняя кишечная непроходимость, которая разрешилась консервативными мероприятиями. После лапароскопических ушиваний осложнений не отмечалось.

Летальные исходы были у 5 (2,2%) больных, вследствие продолжающегося разлитого гнойного перитонита и полиорганной недостаточности.

Таким образом, при перфоративных гастродуоденальных язвах, если нет противопоказаний, целесообразно применять лапароскопическое ушивание, а при наличии распространенного перитонита, требующего тщательной санации брюшной полости, предпочтение отдается простым ушиваниям традиционным способом. При сочетанных осложнениях (перфорация+стеноз) считаем целесообразным применять операции иссечения язв с различными видами пилоропластики, дополненными ваготомией и ушиванием с дренирующей операцией, ибо такой подход не только приводит к спасению жизни больного, но и может избавить его от дальнейшего прогрессирования язвенной болезни.

Чукур куйиш жарохатларида даволаш самадорлигини ошириш йўллари

Орипов Д.У., Ёриев А.О., Исаков Н.Н.

РШТЁИМ Фарғона филиали

Катта майдонли чукур куйиш жарохатларини даволаш хозирги замон комбустиологларининг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Бу гуруҳ беморларни анъанавий усулда даволашда узоқ муддат мобайнида куйган яра юзасида некротик тўқималарни сақланиб туриши аутодермопластика операциясини ўтказишга тўсқинлик қилади ва йирингли септик асортларни юзага келишига шароит яратади. Бу эса куйиш жарохати олган беморларда ўлим кўрсаткичи сўнгги йиллар мобайнида юқориликча сақланиб қолишига сабаб бўлмоқда.

Комбустиология бўлимида 2010-2011 йиллар мобайнида 42 та чукур куйиш жарохати бўлган беморларни даволашда эрта некрэктомия усули ва вақтинчалик тери қопламлари қўлланилди. Куйиш жарохатини чуқурлигини аниқлашда дермал термометр мосламаси қўлланилди. Термометрия усули соғ ва шикастланган тери юзалааридаги харорат фарқини кўрсатишга асосланган. Чукур куйиш жарохатлари бўлган сохаларда тери харорати соғ тери сохасига қараганда

1,5-3°C гача паст бўлиши аниқланди. Чукур куйиш жарохати бўлган беморларда эрта некрэктомия операцияси касалликнинг 5-7-кунлари, қачонки яра сохасида маҳаллий яллиғланиш аломатлари юзага келмасдан ўтказилди. Чукур куйиш майдони 5% ни ташкил қилган 12 беморда эрта некрэктомия бир вақтнинг ўзида тери дефектини аутодермопластика қилиш билан яқунланди. Жаррохлик муолажасидан кейинги даврда ўтказилган аутотрансплантатларнинг қониқарли битиши кузатилди.

Катта майдонли куйиш жарохати 15-25% бўлган 22 та беморда тангенциал некрэктомия бир неча босқичларда амалга оширилди ва тери дефектлари вақтинчалик тери қопламаси “Фолдерм” ёрдамида беркирилди. Бу эса ўз навбатида яра юзасидан оқсил, электролитларни йўқолиши, ярани иккиламчи ифлосланишини олдини олади. Шу билан бир қаторда яра юзасида грануляцион тўқима хосил бўлишини тезлаштирди. Катта майдонли грануляцион яралари бўлган 9 та кичик ёшдаги беморларда тери дефектла-

рини аралаш (ауто-, алло) пластика йўли билан даволанди. Донор сифатида бемор ота-онаси ёки яқин қариндошлари олинди. Бу гуруҳдаги беморларни даволаш натижалари шуни кўрсатдики, ўтказилган аллотерилар бир муддат мобайнида тери дефектини беркитиб, сўнгра лизисга учради. Бу эса ўз навбатида ўтказиладиган босқичли аутодермопластика амалиё-

тини ўтказишга қулай замин яратди.

Шундай қилиб, олинган натижалар шуни кўрсатдики, чуқур куйиш жарохати бўлган беморларда дермал термометрия усули ёрдамида ташхис қўйиш, жадал жаррохлик усули ва вақтинчалик тери қопламларини қўллаш бу гуруҳ беморларни даволаш самарадорлигини оширади.

Лимфатическая стимуляция в терапии гиперазотемических осложнений при кишечной непроходимости

Пахмурин И.Р., Ходжиматов Г.М.

Андижанский Государственный медицинский институт, Андижанский филиал РНЦЭМП

При острой кишечной непроходимости общая гидратация организма, гиповолемия, артериальная гипотония, циркуляция продуктов распада гемоглобина в сочетании с артериальной гипоксемией приводят к развитию острой почечной недостаточности, клиническим проявлением которой служит прогрессирующая олигурия, а также рост в крови содержания мочевины, креатинина, калия. Очевидно, что при наличии ретроградного тока лимфы из почки в околопочечную клетчатку рациональным средством разрешения возникших нарушений является изменение направления потока токсинов на вымывание их из тканей в циркулирующую кровь с последующим усилением как естественных механизмов детоксикации, так и извлечением шлаков экстракорпоральными методами.

Цель работы — выбор метода лимфатической стимуляции в терапии послеоперационной гиперазотемии при кишечной непроходимости.

Материал и методы. В 2010-2011 гг. по поводу острой кишечной непроходимости прооперировано 221 больной, что составило 3,99% от общего числа выполненных операций под наркозом. Из общего числа (84) летальных случаев на данную патологию пришлось 9 (10,71%). Необходимо отметить, что все летальные слу-

чаи сопровождала гиперазотемия различной степени. Исследованию подлежали больные с острой кишечной непроходимостью при наличии клинических признаков нарушения лимфоциркуляции с повышенным уровнем азотистых шлаков в раннем послеоперационном периоде. В эту группу вошли 45 (20,36%) пациентов, которым лимфатическая стимуляция с целью профилактики гиперазотемии проводилась применением массивных объемов жидкостей в виде водной нагрузки и средств и стимулирующих диурез.

Функциональное состояние почек оценивалось по содержанию креатинина в сыворотке крови, величине остаточного азота и мочевины крови, скорости клубочковой фильтрации (GFR), лейкоцитарному индексу интоксикации (ЛИИ), показателям КЩР, Na⁺, K⁺, суточному диурезу, удельной плотности мочи.

Результаты и выводы. У пациентов с кишечной непроходимостью с различными стадиями нарушения лимфообращения лимфатическая стимуляция методом водной нагрузки и форсирования диуреза в раннем послеоперационном периоде является рациональным средством изменения направления потока токсинов на вымывание их из тканей в циркулирующую кровь, что способствует снижению уровня азотемии.

Послеоперационная эмпиема плевры, причины развития и пути профилактики

Пахомов Г.Л., Худайбергенов Ш.Н., Хаялиев Р.Я., Ирисов О.Т.

Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В.Вахидова, Ташкентская медицинская академия

Осложнения во время торакальных операций, несмотря на совершенствование оперативной техники, встречаются довольно часто и при различных вмешательствах составляют от 13 до 20%. Задачей местного лечения в ближайшем и раннем послеоперационном периоде является создание наиболее благоприятных условий для течения раневого процесса и профилактики инфекции в плевральной полости, возможности ранней диагностики послеоперационных осложнений. После частичных резекций легких наиболее важно максимально быстрое расправление оперированного легкого и ликвидация остаточных плевральных полостей.

В 2004-2011 гг. в отделении хирургии легких и средостения РСЦХ им. акад. В.Вахидова выполнено 1506 торакальных операций, из них 1288 — большие торакотомные, 218 — малоинвазивные. Острая послеоперационная эмпиема плевры наблюдалась у 74 (4,9%) больных. Лиц мужского пола было 50 (67,6%), женского — 24 (32,4%), возраст — от 7 до 74 лет. Заболевание справа диагностировано у 43 (58,1%), слева — у 31 (41,9%) больного. По распространению: ограниченная — у 47 (63,5%), субтотальная — у 22 (29,7%), эмпиема

остаточной полости после пневмонэктомии — у 5 (6,8%). У 17 (22,97%) больных отмечалось нагноение операционной раны. Следует отметить, что при бактериологическом исследовании мокроты у 35 больных и отделяемого из плевральной полости у 28 больных, на дооперационном этапе и интраоперационно уже верифицирована патогенная флора. Причем, если в мокроте преобладали *Str. pyogenes*, то в экссудате — грамотрицательные бактерии. В послеоперационном периоде имела смена флоры, в частности, у 23 больных, длительно получавших консервативную терапию, направленную на ликвидацию патогенной флоры, зарегистрировано появление *Ps. aeruginosa*, *Proteus vulgaris* (2), *Klebsiella* (1).

У 65 больных явления эмпиемы плевры ликвидированы консервативно, 2 произведено наложение вторичных швов на рану, 9 потребовалось проведение повторного оперативного вмешательства: иссечение желудочно-плеврального свища (1), резекция оставшейся части легкого по типу пневмонэктомии (3), перрезекция культи долевого бронха с декортикацией (1), реберная торакомиопластика (2). Летальный ис-

ход был у 1 (1,4%) больного вследствие выраженности основного процесса, так и сопутствующих заболеваний: проявлений ишемической болезни сердца и гипертонической болезни.

При анализе причин, приведших к развитию в послеоперационном периоде эмпиемы плевры, выявлено, что среди данной категории больных как на дооперационном этапе, так интраоперационно и в раннем послеоперационном периоде были допущены ошибки. У 63 больных до операции имелась патогенная флора в трахеобронхиальном дереве и плевральной полости. Неполноценная антибактериальная терапия могла способствовать интраоперационному инфицированию плевральной полости. Неадекватная интраоперационная оценка функциональности легочной ткани у 19 пациентов привела к оставлению морфологически недееспособных участков, что явилось причиной недорасправления легкого, образования остаточ-

ной плевральной полости и эмпиемы плевры. У 7 больных в раннем послеоперационном периоде наблюдалась обструкция сегментарных бронхов с развитием ателектаза. У 7 к эмпиеме плевры привело длительное нахождение дренажных трубок в плевральной полости вследствие непрекращающейся пневмореи, что в свою очередь свидетельствовало о наличии деплевризованных участков легочной ткани или бронхоплевральном свище.

Выводы. Для профилактики развития послеоперационной эмпиемы необходимо обеспечение беспрепятственного и полного расправления оставшейся части легкого, что достигается при свободной проходимости бронхов, герметичности плевральной полости, полной эвакуации из плевральной полости воздуха, крови и экссудата, соответствии остатка легкого объему плевральной полости.

Диагностика и лечение посттравматической пневмонии у больных с закрытыми травмами груди

Пулатова Г.М., Таджибаева Г.М.

Ферганский филиал РНЦЭМП

В связи с ростом дорожного травматизма и ухудшением криминальной обстановки в последние годы отмечается заметное увеличение числа пострадавших с закрытыми повреждениями груди и, в частности с переломами ребер, что приводит к нарушению целостности грудной клетки, ухудшению вентиляции легких и развитию посттравматической пневмонии. Повреждения грудной клетки и органов груди принадлежат к категории особо тяжелых. Пострадавший часто погибает не от разрушения органа, а от вызванной травмой нарушений дыхания и кровообращения. Вопрос о посттравматической пневмонии в ряде руководств по травме груди вообще не обсуждается, хотя это осложнение встречается в 5,8-14,5% случаев (Дерябин И.И., Насокин О.С., 1987). Для закрытых травм груди характерна сравнительно большая длительность сроков амбулаторного и стационарного лечения (соответственно 14,2 и 16,3 сут.). Экономическое значение этого обстоятельства становится более наглядным, если учесть, что почти 72,1% этих больных относятся к трудоспособной части населения (Вагнер Е.А., 1985). Все вышеперечисленное и послужило основанием для нашего исследования, в котором мы обобщили и систематизировали опыт диагностики, лечения и профилактики посттравматической пневмонии при закрытой травме груди, накопленный на базе отделения травматологии.

Цель исследования — улучшение диагностики, профилактики и лечения посттравматической пневмонии у пострадавших с закрытой травмой груди.

На основании клинических данных изучена частота развития посттравматической пневмонии при закрытой травме груди с повреждением ребер у 96 больных госпитализированных в травматологическое отделение в 2011 г. Определены факторы, влияющие на развитие посттравматической пневмонии. Разработаны меры профилактики посттравматической пневмонии при закрытой травме груди с переломами ребер. Разработанные методики комплексной оценки риска развития посттравматической пневмонии и активного ведения пострадавших с переломами ребер на фоне

адекватного обезболивания позволили уменьшить число пациентов с посттравматической пневмонией, улучшить результаты ее лечения и значительно снизить летальность.

Факторами, влияющими на развитие посттравматической пневмонии у пострадавших с закрытой травмой груди, являются поздняя госпитализация, двусторонний перелом ребер, наличие в анамнезе легочной патологии, неадекватное обезболивание, нарушение легочной вентиляции с развитием застойных явлений в легких. При закрытой травме груди, переломах ребер с повреждением легкого для ранней диагностики осложнений целесообразно использовать ультразвуковой метод исследования. Особенностью течения посттравматической пневмонии является этапное ее развитие. Разработанная методика комплексной оценки риска развития посттравматической пневмонии позволяет эффективно проводить профилактические и ранние лечебные мероприятия у данной категории пациентов.

Выводы. 1. При закрытой травме груди, переломах ребер посттравматическая пневмония встречается в 5,4% (в 4,7-6,2% от общего числа пострадавших). 2. Факторами, способствующими развитию посттравматической пневмонии, являются - сроки с момента травмы до госпитализации свыше 6 часов, 24 часа и позже, не адекватное обезболивание, двухсторонний перелом ребер, наличие легочной патологии в анамнезе. 3. Характерной особенностью посттравматической пневмонии является этапность патологических процессов, протекающих в ткани легкого. В течение первых 12 часов выражено венозное и капиллярное полнокровие. Через 12-24 часа в очаге ушиба выражен отек, встречаются ателектазы и очаги эмфиземы, просветы бронхов выполнены слизью с примесью эритроцитов, лейкоцитов и альвеолярных макрофагов. Спустя сутки возникает картина бронхопневмонии. 4. Лечение посттравматической пневмонии необходимо проводить с учетом характера повреждения грудной клетки и легких и этапности развития посттравматической пневмонии.

Профилактика тромбоэмболических осложнений лапароскопической холецистэктомии

Райимов Г.Н., Холматов К.К., Набижонов О.Г.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Цель исследования — оптимизация схемы профилактики и лечения тромбоэмболических осложнений (ТЭО) лапароскопической (ЛХЭ) и открытой холецистэктомии.

В 2001-2010 гг. нами выполнено 436 холецистэктомий, из них 62 — открытым способом, 372 — с использованием лапароскопических технологий. У 2 пациентов операция была ограничена формированием холецистостомы из-за тяжести состояния больных (в этой группе пациентов оперативные вмешательства выполнялись открытым способом).

Среди оперированных было 87 (19,9%) мужчин и 349 (80,1%) женщин. Возраст пациентов колебался от 25 лет до 71 года. Степень операционного риска оценивали по шкале ASA. Для профилактики тромбоэмболических осложнений всех больных в зависимости от риска их возникновения разделили на 3 группы: с низким риском — 139 (32%), со средним риском — 215 (49%), с высоким риском — 82 (19%).

Для выделения групп риска использовали следующие критерии: возраст старше 40 лет, варикозное расширение вен нижних конечностей, прием эстрогенных препаратов, недостаточность кровообращения, постельный режим более 4-х суток, ожирение II-IV степеней, беременность и послеродовой период (6 нед.), острые воспалительные синдромы, онкологические заболевания, тромбоз глубоких вен нижних конечностей и тромбоз легочной артерии в анамнезе, паралич нижних конечностей, тромбофилии и т.д.

Всех оперированных больных разделили на 2 группы (1-я группа — 2001-2005 гг., 2-я группа — 2006-2010 гг.). В 2001-2005 гг. для профилактики ТЭО предпочтение отдавали нефракционированному гепарину. За это время прооперированы 153 больных, из них лапароскопические холецистэктомии выполнены 113 (73,8%), открытые холецистэктомии — 40 (26,2%), холецистостомии не выполнялись. В 2006-2010 гг. предпочтение отдавали низкомолекулярным гепаринам (клексан, фраксипарин). За это время прооперированы 283 больных, из них лапароскопические холецистэктомии — 259 (91,5%), открытые холецистэктомии — 22 (7,8%), холецистостомии — 2 (0,7%).

Среди 436 оперированных осложнения наблюдались у 16 (3,6%) пациентов, из них у 3 (0,6%) тромбоэмболические, большая часть которых возникала после открытых операций (2).

Наиболее часто ТЭО возникали у пациентов, которые перенесли открытые холецистэктомии. Это связано с тяжестью их состояния, ограничивающей объем операции. Следует отметить, что в начальном периоде исследования (2001—2005 гг.) для профилактики ТЭО применяли нефракционированный гепарин, и основная масса осложнений приходилась на этот этап. После внедрения в лечебную практику низкомолекулярных гепаринов (2006-2010 гг.) тромбоэмболические осложнения не наблюдались.

Для профилактики ТЭО у больных с калькулезным холециститом применяли:

низкий риск — ранняя активизация больного;

средний риск — эластичное бинтование нижних конечностей, пневмоперитонеум с давлением не выше 12 мм рт. ст., положение Фовлера с углом наклона стола не более 30°, фраксипарин 0,3 мл подкожно в переднюю брюшную стенку или клексан — 20 мг за 2 часа до операции и 1 раз в сутки на протяжении 4—6 суток после операции;

высокий риск — эластичное бинтование нижних конечностей, пневмоперитонеум с давлением не выше 8-10 мм рт. ст., положение Фовлера с углом наклона стола не более 20°, фраксипарин 0,6 мл подкожно в переднюю брюшную стенку или клексан — 40 мг за 1 часа до операции и 1 раз в сутки на протяжении 7 суток после операции.

Несмотря на проводимую профилактику, нам не удалось избежать летальных исходов. От ТЭО умерли 6 (1,4%) больных: 1 — после ЛХЭ, 4 — после открытых операций (в том числе 1 — после холецистостомии).

Таким образом, профилактика ТЭО при открытых и лапароскопических операциях на желчном пузыре, включающая неспецифические (эластическая компрессия, ранняя активизация) и специфические (антикоагулянтная терапия низкомолекулярными гепаринами) мероприятия, снижает риск тромбоэмболических осложнений.

Рациональное дренирование брюшной полости и антибактериальная терапия у больных перитонитом

Райимов Г.Н., Холматов К.К., Набижонов О.Г.

Ферганский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

Под нашим наблюдением находились 111 больных с диффузным, разлитым и общим перитонитом. Мужчин было 76, женщин — 35. Общая летальность составила 18,3%.

После ликвидации первичного источника перитонита производим тщательное осушение брюшной полости, всех ее карманов и углублений электроотсосом, а также увлажненными марлевыми салфетками, максимально удаляя экссудат, гной и инородное содержимое. Считаем очень важным элементом санации брюшной полости промывание ее на операционном столе (лаваж). При этом используем раствор фурацилина 1:5000 — до 5 л и 3% раствор перекиси водорода до 2 л, подогретые до 37°C. Важным условием успешной

санации является разъединение всех сращений и тщательное отмывание всех карманов брюшной полости.

Во всех случаях дренирование брюшной полости осуществляли через контрапертуры перчаточнотрубочными дренажами. В большинстве случаев распространенного перитонита прибегали к методике дренирования из 4-х точек по Б. А. Петрову: через контрапертуры в правом и левом подреберьях, а также дугласова пространства и левого бокового канала через контрапертуры в правой и левой подвздошных областях. Так, при распространенных формах перитонита, вызванного острым аппендицитом, дренирование брюшной полости по Б. А. Петрову осуществлено нами у 18 из 32 больных, перфоративной язвой желудка и двена-

дцатиперстной кишки — у 26 из 30, кишечной непроходимостью — у 10 из 15, острым холециститом — у 9 из 12, травмами живота — у 7 из 9, а также во всех случаях перфораций рака желудочно-кишечного тракта. В остальных случаях дренирование выполняли из 2-х или 3-х точек, но с соблюдением основного условия — подведения дренажей к месту локализации источника перитонита и полости малого таза.

В случаях распространенного перитонита, вызванного деструктивной формой острого панкреатита, дренирование брюшной полости осуществляли по Петрову или дополняли дренажом, выведенным через контрапертуру в поясничной области. При этом дренажные трубки через верхние контрапертуры заводили в салниковую сумку: слева через окно в большом салнике, справа — через отверстие Винклова и укладывали на поверхности поджелудочной железы.

В 53% случаев выявлена колибациллярная флора, в 39,5% — различные ассоциации микробов и только в 6,5% — мономикробная флора (стафилококк, стрептококк и др.), наиболее чувствительные к антибиотикам цефалоспориновой группы.

Антибактериальную терапию начинали до операции, в послеоперационном периоде во все дренажи вводили около 400—500 мл 0,25 % раствора новокаина, в котором растворяли 0,5 канамицина или мономицина, а дренажные трубки зажимали на 2 часа. В первые дни после операции до получения и изучения антибиотикограммы применялись те же антибиотики широкого спектра действия, что и во время операции,

но в сочетании с внутримышечным и внутривенным введением цефалоспоринов 4-го поколения. После определения состава и свойств микрофлоры производили коррекцию антибактериальной терапии, которая продолжалась в среднем 10—12 дней.

В послеоперационном периоде проводили мощную дезинтоксикационную трансфузионную терапию, коррекцию метаболических расстройств, нарушений функций органов и систем; повышали иммунобиологическую реактивность организма. Особое внимание уделяли восстановлению моторной функции желудочно-кишечного тракта путем своевременной и полной коррекции электролитного баланса, применением антихолинэстеразных препаратов, электростимуляцией, одна из наибольших значений в этом плане придаем трансназальной тотальной интубации тонкого кишечника.

Выводы. 1. Наиболее важным составным элементом комплексного лечения разлитого перитонита является ранняя диагностика и экстренное оперативное лечение, направленное на устранение источника перитонита. 2. Тщательное промывание брюшной полости на операционном столе (лаваж) и адекватное дренирование в зависимости от распространенности процесса являются при распространенных формах перитонита. 3. Рациональная антибиотикотерапия при распространенных перитонитах включает подбор оптимальных сочетаний антибиотиков в зависимости от механизма и спектра их действия, а также индивидуальный подбор на основании изучения возбудителя и чувствительности его к антибиотикам.

Бедренно-берцовое аутовенозное шунтирование *in situ* в лечении критической ишемии нижних конечностей

Расулов У.А.

Центральный военный клинический госпиталь МО РУз

Доказано, что единственный шанс сохранения конечности у лиц с критической ишемией нижних конечностей (КИНК) — выполнение реконструктивной операции. Не подлежит сомнению и тот факт, что наилучшим материалом для проведения этих операций является аутовена. Основным недостатком использования реверсированной большой подкожной вены является появление разницы в диаметрах артериального сосуда и аутовенозного шунта в области проксимального и дистального анастомозов, что отрицательно сказывается на гемодинамике в этих зонах и способствует тромбообразованию. Также методика предусматривает обязательное выделение аутовены на всем протяжении, что обуславливает выполнение протяженных разрезов и повышение травматичности операции.

Во многом лишена этих недостатков операция аутовенозного шунтирования *in situ*. Основными преимуществами использования вены *in situ* перед реверсированной веной являются: 1) оптимальное соотношение диаметров вены и артерии в области анастомозов; 2) коническое физиологическое сужение аутовены, способствующее улучшению гемодинамики по шунту; 3) сохранение *vasa vasorum*, что улучшает жизнеспособность шунта; 4) меньшая травматичность операции.

Сравнительный анализ результатов бедренно-берцового шунтирования реверсированной аутовеной и аутовеной *in situ* убедительно свидетельствует о

преимуществах последней в показателях проходимости шунта и сохранения конечностей у больных с КИНК. Так, если 5-летняя проходимость бедренно-берцовых шунтов по методике *in situ* составляет 60,0 - 85,0%, то проходимость бедренно-берцовых шунтов реверсированной веной равна только 43,0-62,4%.

Нами выполнено 8 операций у больных с атеросклеротическим поражением бедренно-подколенно-тибиального сегмента с КИНК. После мобилизации общей, поверхностной и глубокой артерий бедра мобилизовывали большую подкожную вену у устья с пересечением коллатералей. После введения больному 5000 ЕД гепарина накладывали проксимальный анастомоз на уровне бифуркации общей бедренной артерии. Далее вальвулотомом разрушали клапаны венозного шунта и оценивали объемную скорость кровотока по шунту. Для этого открывали дистальный конец шунта и под контролем секундомера определяли время истечения в шприц 20 мл крови. Если время истечения меньше 10 секунд, проходимость шунта считали достаточной (нормальной для объемной скорости кровотока по шунту считали 120 мл/мин и выше) и накладывали дистальный анастомоз. У 5 пациентов дистальный анастомоз накладывали с задней большеберцовой артерией, у 3 — с передней большеберцовой артерией. Отводящие ветки венозного шунта сохраняли для дополнительной разгрузки шунта. После контрольного ультразвукового дуплексного сканирования, при до-

статочности кровотока по тиббиальным артериям, на 2-3-и сутки после операции под местной анестезией перевязывали крупные отводящие ветки венозного шунта. В раннем послеоперационном периоде произошел тромбоз одного аутовенозного шунта, наложенного на переднюю большеберцовую артерию. Причиной тромбоза стал выраженный стеноз передней большеберцовой артерии в дистальной части. Попытки тромбэктомии из шунта не производились, т.к. после наступления тромбоза шунта кровоснабжение дистальной части конечности осталось компенсированным за счет

глубокой артерии бедра и сохраненных отводящих веток венозного шунта. Все остальные больные выписаны в удовлетворительном состоянии с пульсацией одной или обеих берцовых артерий.

Выводы. Применение метода бедренно-берцового аутовенозного шунтирования *in situ* в хирургическом лечении облитерирующих поражений бедренно-подколенно-берцового сегмента с КИНК является операцией выбора. Оно сокращает время и снижает травматичность операции, улучшает кровообращение конечности и улучшает качество жизни пациентов.

Хирургическое лечение гастродуоденальных язв, осложненных перфорацией

Рахимов Р.И., Хожибоев А.М.

Чирчикский филиал РНЦЭМП

Нами изучены результаты оперативного лечения 71 больного, находившегося на лечении в отделении экстренной хирургии Чирчикского филиала РНЦЭМП в 2009-2012 гг. с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. Мужчин было 64 (90,1%), женщин — 7 (9,9%) в возрасте от 16 до 81 года. В трудоспособном возрасте было 90% из них, что определяет социальную значимость проблемы.

Дуоденальные язвы, осложненные перфорацией, обнаружены у 49 (69%) больных, желудочные — у 22 (31%). В первые 6 часов с момента перфорации в клинику был доставлен 31 (43,6%) пациент, от 6 до 12 часов — 27 (38%), от 12 до 24 — 11 (15,4%), спустя 24 часа — 2 (2,8%). Причинами поздней госпитализации в основном были ошибки на догоспитальном этапе и несвоевременное обращение больных за врачебной помощью. 52 (73,2%) больных имели типичную картину перфорации, у 16 (22,5%) больных язвенной анамнез отсутствовал, 3 (4,2%) больных поступили с повторными перфорациями.

У 5 (7%) больных перфорация сочеталась с кровотечением — во время операции у них в брюшной полости обнаружено наличие кофейной гущи в количестве от 200 до 500 мл.

У 55 (77,4%) больных было выполнено только ушивание перфоративного отверстия, так как у всех у них были явления диффузного и разлитого, у 4 (5,6%) пациентов выполнено ушивание по Оппелю-Поликарпову.

Осложнения возникли при выборе способа оперативного вмешательства у 8 (11,2%) больных с пер-

форацией язвы, осложненной пилородуоденальным стенозом. 5 (62,5%) больным произведено иссечение язвы с дуоденопластикой, 3 (37,5%) в сочетании с СПВ.

У 4 (5,6%) больных, поступивших в первые 6 часов от начала заболевания, осуществлена резекция желудка по Бильрот-I. Осложнений в послеоперационном периоде у них не наблюдалось. 2 (2,8%) больных оперированы по поводу повторных перфораций (ранее им произведено ушивание перфоративного отверстия). Им вновь выполнено ушивание перфоративной язвы в связи с явлениями разлитого и общего перитонита. 1 больному через 10-12 дней после ушивания произведена резекция желудка с удовлетворительным результатом.

В послеоперационном периоде умерли 2 (2,8%) больных. Основными причинами летальных исходов явился продолжающийся перитонит (1) и острый инфаркт миокарда, тромбоэмболия, печеночно-почечная недостаточность (1).

Таким образом, пути улучшения результатов лечения больных с перфоративными язвами мы видим в ранней диагностике и более раннем проведении хирургического вмешательства. При своевременной госпитализации большинству больных можно выполнить радикальную операцию. У больных с язвами ДПК при отсутствии интраоперационных признаков нарушения ее проходимости оптимальной операцией является ушивание перфоративного отверстия в сочетании с селективной проксимальной ваготомией. У остальных больных более обоснованной считаем резекцию желудка по Бильрот-II.

Профилактика септических осложнений после неотложного хирургического вмешательства у больных с нарушенной внематочной беременностью

Рахманкулова Ш.С., Якубова О.А., Насриддинова Г.У., Нуриддинова Ш.М.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Известно, что состояние гемоперитонеума при нарушенной внематочной беременности является своеобразной идеальной средой для размножения инфекции в анаэробных условиях, поэтому профилактика гнойно-септических осложнений после операций по поводу внематочной беременности является основной задачей врача гинеколога, оказывающего неотложную помощь данному контингенту больных.

Цель исследования — изучение влияния лимфотропного введения антибиотиков на предупреждение развития септических осложнений после неотложного

хирургического вмешательства у больных с нарушенной внематочной беременностью.

Материал и методы. 94 женщинам, поступившим в отделение неотложной гинекологии с нарушенной внематочной беременностью в 2011 г., сразу же после оперативного вмешательства наряду с инфузионной и симптоматической терапией была начата регионарная лимфотропная антибиотикотерапия. Назначался один из антибиотиков (ампициллин, гентамицин, цефазолин и др.) в зависимости от переносимости и чувствительности, в разовой дозе вместе с раствором новока-

ина 0,5% 10 мл после лимфостимуляции фуросемидом в дозе 0,5 мл также с раствором новокаина 0,5% 10 мл. Данный состав вводился непрямым эндолимфатическим путём в область проекции круглой маточной связки с последующим наложением спиртового компресса на 30 минут. Процедура проводилась 1 раз в день в течение первых 3-х суток, с последующим переходом на пероральные формы антибиотиков (ступенчатая терапия).

Результаты исследования. Сроки пребывания больных на койке в среднем составили $4,2 \pm 1,3$ дня. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось. Экономический эффект выражался в уменьшении потребления антибиотиков в 4-5 раз (не учитывая при этом степень рассасывания внутримы-

шечных инъекции в области ягодиц) и одноразовых шприцев с различными растворителями. Заживление послеоперационной раны у 94,6% оперированных больных произошло первичным натяжением, у 6,7% из-за наличия экстрагенитальной патологии (эндокринопатия с ожирением – 4, сахарный диабет у 1) — вторичным заживлением.

Таким образом, предупреждение септических осложнений после неотложного хирургического вмешательства у больных с внематочной беременностью лимфотропным введением антибиотиков является клинически и экономически выгодным: во-первых, позволяет уменьшить количество вводимых антибиотиков, во-вторых, сокращает количество койко-дней лечения в отделении.

Профилактика гнойно-септических осложнений после операций добровольной хирургической стерилизации у женщин репродуктивного периода

Рахманкулова Ш.С., Якубова О.А., Насриддинова Г.У., Нуриддинова Ш.М.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Хирургическая стерилизация является одной из составных частей программ по планированию семьи. Женская ДХС один из наиболее распространенных в мире методов контрацепции, которым в настоящее время пользуются более 166 млн женщин.

Несмотря на то, что стерилизация обычно является дорогостоящей процедурой, в отличие от временных методов контрацепции она не требует повторных затрат ни от пациентки, ни от медицинской службы.

В нашей стране согласно Постановлению Президента Республики Узбекистан № ПП-1096 от 13 апреля 2009 года “О дополнительных мерах по охране здоровья матери и ребёнка, формированию здорового поколения” проводится комплекс мероприятий с целью дальнейшего усиления и повышения эффективности общегосударственных мер по развитию и укреплению системы родовспоможения и охраны здоровья матери и ребёнка. Организована бесплатная медицинская помощь женщинам, желающим в качестве метода контрацепции применить хирургическую стерилизацию.

Материал и методы. Согласно Приказу Министра здравоохранения РУз №40 от 30 марта 2010 г. на базе нашего центра в течение 2011 г. произведено 667 операций, во время которых выполнена стерилизация маточных труб. 435 (65,2%) женщинам, поступивших в стационар по направлению городских поликлиник и СВП произведена добровольная хирургическая стерилизация маточных труб. 232 (34,8%) пациенткам выполнена симультанная стерилизация маточных труб во время хирургических и гинекологических операций. 185 (27,3%) женщинам оперативное вмешательство произведено лапароскопическим доступом.

В раннем послеоперационном периоде всем пациенткам проводилась симптоматическая (анальгетики) терапия, а также начата регионарная антибиотикоте-

рапия с целью профилактики гнойно-септических осложнений. При необходимости дополнительно в первые сутки после операции проводилась инфузионная терапия.

Регионарная антибактериальная терапия проводилась в проекции круглой связки матки (или в клетчатку паховой области) одним из антибактериальных средств (ампициллин, цефалоспорины, гентамицин, амицил и др.), имеющихся в арсенале отделения с учетом переносимости и чувствительности. С 3-х суток пациентки переводились на пероральный прием антибактериальных средств, имеющихся в арсенале нашего центра.

Результаты. Часть пациенток (65%) по собственному желанию в удовлетворительном состоянии были выписаны из стационара уже на 2-е сутки под дальнейшее наблюдение участкового специалиста с соответствующими рекомендациями по ведению в послеоперационном периоде. С данной категорией пациенток и их участковыми врачами поддерживалась связь для выяснения факта развития послеоперационных осложнений. Ни в одном случае жалоб и повторных обращений не было.

Среднее пребывание пациенток в стационаре составило 2,5 суток. За время наблюдения пациенток гипертермии, патологических изменений со стороны послеоперационных ран, выраженного болевого синдрома и дизурических явлений не отмечалось. Женщины на 2-е сутки после операции были активными, не нуждались в дополнительном уходе.

Выводы. Регионарная лимфотропная антибактериальная терапия является эффективным и экономически выгодным методом профилактики гнойно-септических осложнений после проведения операции хирургической стерилизации маточных труб.

Диагностика и лечение осложнений травматических повреждений мочевого пузыря

Рашидов М.М., Абдуллажанов М.М.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В неотложной урологии особого внимания заслуживают повреждения органов мочевой системы, в частности разрывы мочевого пузыря. Подавляющее

число повреждений мочевого пузыря носит сочетанный характер. По разным данным, частота повреждений мочевого пузыря при закрытой травме живота

колеблется от 3,5 до 16,6 %. Внебрюшинные разрывы мочевого пузыря при переломах костей таза составляют от 31,5 до 81,4 %.

Нами проведен ретроспективный анализ 76 больных, находившихся на стационарном лечении с повреждением мочевого пузыря в РНЦЭМП в 2001-2010 гг. Мужчины было 64 (84,2%), женщин — 12 (15,8%) в возрасте от 15 до 72 лет (средний возраст — 38,4). В дорожно-транспортных авариях травму получил 31 (40,8%) пострадавший, при падении с высоты — 23 (30,2%), из них более чем с 3 метров — у 12 человек (15,8%). Ранение мочевого пузыря вследствие прямого удара в его область имело место у 13 (17,1%); у 3 (3,9%) больных была бытовая травма, у 4 (5,2%) — производственная, у 2 (2,6%) — ятрогенное повреждение мочевого пузыря.

Во всех случаях речь идет о полных разрывах мочевого пузыря, причем у 45 (59,2%) они были внутрибрюшинными, у 29 больных (38,1%) — внебрюшинными, у 2 (2,6%) — смешанными. Сочетанная травма мочевого пузыря с переломом костей таза наблюдалась у 27 (35,5%), у большинства из этих наблюдался травматический шок III-IV степени.

Летальность при травме мочевого пузыря состави-

ла 10,5% (8 больных). Основными причинами смерти были нарушения витальных функций — стойкая, не поддающаяся коррекции гипотония, нарушения функции дыхания, сердечная недостаточность, нарушения функции центральной нервной системы, обусловленные или тяжестью самих повреждений или развитием тяжелой кровопотери. Большое значение имело время от получения травмы до обращения в приемное отделение. Так при поздней обращаемости количество осложнений и летальность увеличивались. В периоде поздних проявлений основными причинами смерти было развитие мочевого перитонита.

Сложность диагностики при сочетанной травме была обусловлена разнообразием, стертой клинических проявлений повреждений органов брюшной полости, забрюшинного пространства и повреждением костей таза.

Таким образом, четкая регламентация и правильность проведения диагностических и тактических мероприятий позволяют значительно повысить эффективность лечебно-диагностических мероприятий и снизить количество осложнений при лечении больных с повреждением мочевого пузыря.

Прогнозирование послеоперационных осложнений у больных деструктивным панкреатитом

Ризаев К.С., Мамадумаров Т.С., Курбонбоев Б.Н., Алижанов А.А.

РНЦЭМП, Наманганский филиал РНЦЭМП

С 2001 по 2011 гг. в отделениях экстренной хирургии Наманганского филиала РНЦЭМП с диагнозом острый панкреатит находились 1096 больных. Оперативному вмешательству были подвергнуты 252 (22,9%) больных. Мужчин было 120, женщин — 132. Возраст больных колебался от 19 до 81 года. Причинами развития деструктивного панкреатита у 173 (68,7%) больных была желчнокаменная болезнь (ЖКБ), у 36 (14,2%) — алкоголизм, у 38 (14,9%) — травма поджелудочной железы, у 5 (2%) — сахарный диабет.

По масштабу поражения поджелудочной железы (ПЖЖ) оперированные больные были распределены следующим образом: мелкоочаговый и субтотальный жировой панкреонекроз — у 79 (31,3%), субтотально-тотальный геморрагический панкреонекроз — у 96 (38,1%), тотальный гнойный панкреонекроз с образованием абсцесса ПЖЖ и забрюшинной флегмоны — у 77 (30,6%).

Для верификации диагноза и выбора адекватного метода хирургического лечения острого деструктивного панкреатита проводили ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерную томографию (КТ) и лапароскопию. Сроки оперативного вмешательства зависели от общего состояния больного, клинического течения болезни и степени нарастания признаков интоксикации (тяжесть гемодинамических нарушений и степень панкреатогенного шока), функциональной недостаточности паренхиматозных органов, постнекротических осложнений, а также данных инструментальных исследований.

Для оценки тяжести течения панкреонекроза применяли критерии системы APACHE-II. Полученные показатели позволили выделить из группы больных панкреонекрозом лиц с повышенным риском осложнений. При оценке тяжести состояния по APACHE-II боль-

ные распределились следующим образом: до 10 баллов — 71, от 10 до 15 баллов — 118, более 15 баллов — 63 пациента. Из 252 больных 78 (31,1%) были оперированы в первые сутки после госпитализации. Показаниями к экстренному оперативному вмешательству служили продолжающийся панкреонекроз, деструктивный холецистит, перитонит и неэффективная консервативная терапия с прогрессирующим ухудшением состояния больного.

Во время операции у 82 (32,5%) больных имело место изолированное поражение ПЖЖ в области тела, у 97 (38,7%) — тела и хвоста, а у 73 (28,8%) — тотальное поражение паренхимы ПЖЖ с образованием абсцесса сальниковой сумки и забрюшинной флегмоны. Местный перитонит выявлен у 67 (26,6%) больных, диффузный — у 139 (55,2%), разлитой — у 46 (18,2%).

Послеоперационный период у больных со степенью тяжести, оцененной более чем в 15 баллов, протекал очень тяжело с проявлением синдрома полиорганной недостаточности (21,7%). У этих же больных отмечались следующие послеоперационные осложнения: продолжающийся панкреонекроз с развитием забрюшинной флегмоны (11,5%), формирование абсцессов брюшной полости (10,2%), аррозивные кровотечения из ППЖ (7,4%), желудочно-кишечные (4,7%) и панкреатические свищи (12,9%), формирование псевдокист ПЖЖ (19%).

После операции среди больных с оценкой тяжести состояния до 10 баллов умерли 12,5%, от 10 до 15 баллов — 19,8%, более 15 баллов — 29,9%.

Таким образом, критерии оценки тяжести состояния больного позволяют предвидеть возникновение ранних послеоперационных осложнений, а следовательно провести профилактику грозных осложнений деструктивного панкреатита.

Эндоскопическая профилактика острого билиарного панкреатита

Ризаев К.С., Эрметов А.Т., Мамаджанов А.А., Рузиматов А.Э., Тожибоев А.Х., Пулатов Х.Н.

Наманганский филиал РНЦЭМП, Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Диагностика и лечение острого панкреатита одной из самых сложных проблем хирургической гастроэнтерологии. Ведущей причиной (37-55%) развития острого панкреатита является желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз, осложненная обструкцией общего желчного протока и большого дуоденального сосочка. Эндоскопическое вмешательство при ущемленном камне большого дуоденального сосочка (БДС), направлено в первую очередь на раннюю диагностику и устранение билиарной и панкреатической гипертензии.

В период с 2009 по февраль 2012 гг. в Наманганский филиал РНЦЭМП поступили 34 больных с диагнозом ущемленного камня БДС. Мужчин было 12, женщин — 24. Средний возраст больных 65 лет. Всем больным при поступлении в приемном отделении проведены ультразвуковое исследование гепатобилиарной системы и эзофагодуоденоскопия.

Основным эндоскопическим признаком острого билиарного панкреатита (ОБП) было наличие острой обтурации БДС желчными камнями с полным отсутствием поступления желчи и панкреатического сока в просвет ДПК. БДС был резко увеличен в размерах и напряжен, поверхность его гладкая и блестящая. При выраженном выбухании БДС занимал до 2/3 просвета ДПК. Сосочек имел плотную консистенцию, при давлении на него практически не смещался. Продольная складка, являющаяся контуром интрадуоденальной части холедоха, была утолщена и напряжена. При длительной фиксации камня появлялись признаки некроза слизистой оболочки в области устья БДС, возникала и нарастала имбиция слизистой парапапиллярной зоны панкреатическим соком.

После выявления обтурации БДС конкрементом

проводили комбинированную эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ). Вначале рассечение производилось с помощью игольчатого или торцевого электрода на 11-12 часах по крыше БДС по направлению продольной складки до вскрытия ампулярной полости. При этом в подавляющем большинстве случаев наблюдалось отхождение вколоченного в ампулу БДС конкремента. При ликвидации обтурации отмечалось поступление в просвет кишки мутной желчи и панкреатического сока. После устранения дистального блока БДС была проведена селективная эндоскопическая ретроградная холангиография (ЭРПХГ), во время которой оценивали состояние желчевыводящей системы. У 21 больного после ЭПСТ наблюдалось самостоятельное отхождение конкрементов, а у 13 больных они удалены с помощью корзинки Dormia. Несмотря на устранение блока терминального отдела холедоха, у 6 больных развился отечный панкреатит. После консервативной терапии приступ удалось купировать. Несмотря на проводимую терапию у 2 пациентов развился тотальный панкреонекроз с образованием забрюшинной флегмоны. После хирургического вмешательства эти больные погибли, от полиорганной недостаточности и генерализованного сепсиса.

Осложнений, связанных с проведением эндоскопического вмешательства, не было.

Таким образом, своевременное применение эндоскопических методов диагностики и лечения острого билиарного панкреатита позволяет в ранние сроки более эффективно выявлять и устранять причину заболевания, купировать синдром механической желтухи, предупреждает развитие деструктивных форм острого панкреатита, его осложнений.

Отдаленные послеоперационные осложнения у больных с деструктивным панкреатитом

Ризаев К.С., Эрметов А.Т., Солиев Б.Э., Мамадумаров Т.С., Курбонбоев Б.Н., Алижанов А.А.

РНЦЭМП, Наманганский филиал РНЦЭМП

В отделениях экстренной хирургии Наманганского филиала РНЦЭМП в течение 10 лет на лечение находилось 1096 больных острым панкреатитом. Хирургическое лечение проведено у 252 (22,9 %) больных, из них 12 мужчин и 132 женщины. Средний возраст больных 41,8 года.

Для ретроспективного изучения результатов лечения больных распределили на 2 группы. 1-я группа — больные, при лечении которых мы придерживались активно-хирургической тактики (2001-2006 гг.), 2-я группа — больные, у которых применялась активно-выжидательная тактика (2007 — 2011 гг.).

Из 589 больных 1-й группы оперативному вмешательству был подвергнут 161 (27,3%). У них в основном широко использовались закрытые методы послеоперационного введения, т.е. после некрсеквестрэктомии с санацией зоны поджелудочной железы производился длительный лаваж сальниковой сумки закрытым способом с помощью дренажных трубок. В раннем послеоперационном периоде нагноение раны наблюдалось у 23 больных, кишечные свищи у 2, панкреатогенная диарея, инфаркт селезенки — 1. Из

поздних осложнений встречались постнекротические кисты поджелудочной железы (12), сахарный диабет (10), панкреатические свищи (8). Послеоперационная летальность составила 22,3 % (36 больных).

У 507 больных 2-й группы, которым проводилась активно-выжидательная тактика, оперативному вмешательству был подвергнут 91 (17,9%) больной. При поступлении в клинику больным этой группы назначалась инфузионно-детоксикационная терапия, включавшая системную и селективную антибактериальную терапию с внутриаортальным введением препарата, экстракорпоральные методы детоксикации, энтеросорбцию, энтерально-зондовое питание, назобилиарное дренирование холедоха. К оперативному вмешательству прибегали только при развитии гнойных осложнений острого панкреатита. Одним из основных моментов послеоперационного введения этих больных были этапные программные санации сальниковой сумки через широко наложенную оментопанкреатобурсостомию. В послеоперационном периоде у 4 пациентов отмечалось нагноение раны, у 2 — панкреатогенная диарея, у 1 — панкреатический свищ. Из поздних осложнений

послеоперационная вентральная грыжа имело место у 8, сахарный диабет у 5, постнекротические кисты поджелудочной железы у 4. Послеоперационная летальность составило 12,1% (11 больных).

Таким образом, использование вышеуказанной

тактики лечения в сочетании с эфферентными методами детоксикации и внутриаортальным введением препаратов позволило уменьшить число послеоперационных осложнений как в раннем, так и в поздних периодах, а также снизить летальность.

Бронхолегочные осложнения при сочетанной травме груди и живота и их профилактика

Сайдалиев С.С., Ахмедов М., Кодиров М.А., Холматжонов С.С.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Под нашим наблюдением находились 32 больных с сочетанной травмой груди и живота с бронхолегочными осложнениями. Все больные в зависимости от тяжести травмы и характера гнойно-септических осложнений разделены на 2 группы. 1-ю группу составили 10 пострадавших с сочетанной травмой груди и живота с объемом кровопотери до 500 мл без бронхолегочных осложнений. Во 2-ю группу включены 22 пострадавших с кровопотерей 500-2500 мл с обширными гнойными ранами, свищами, бронхолегочными осложнениями.

Состояние перекисного окисления липидов (ПОЛ) изучено в динамике. Кроме того, в качестве контроля обследованы 20 здоровых лиц. Одновременно с определением ПОЛ изучали содержание так называемых индикаторных ферментов. Оценивали особенности клинического течения и тяжесть состояния пострадавших.

Как показали результаты исследования, у больных 1-й и 2-й групп имелась значительная активация процессов ПОЛ. При сравнении результатов лечения в двух группах было установлено, что изменения состояния антиокислительной системы носили прямо про-

тивоположный характер.

Известно, что увеличение уровня ПОЛ приводит к расходу токоферола (ТФ) на ингибирование ПОЛ, что сопровождается снижением содержания ТФ. Однако в наших исследованиях уровень ПОЛ не снижался, несмотря на снижение уровня ТФ в сыворотке, что, видимо, было вызвано активацией другого антиоксиданта — церулоплазмينا в крови. Более выраженные сдвиги ферментного спектра наблюдались у больных 2-й группы, что связано с прямым повреждением печени. Эти исследования явились основанием для раннего применения у 25 пострадавших с тяжелыми бронхолегочными осложнениями антиоксиданта токоферола в сочетании с 5% раствором витамина С.

Оценка клинической эффективности лечения токоферола в дозе 50 мг в/м ежедневно показала, что наряду с улучшением общего состояния, снижается уровень перекисных соединений в сыворотке крови, значительно улучшается субъективное состояние больных. Послеоперационный период протекал гладко, без нагноения операционных ран.

Профилактика нарушений бронхиальной проходимости при различных вариантах холецистэктомии

Темиров Р.И., Курбонбоев Б.Н., Хусаинов А.А.

Наманганский филиал РНЦЭМП

Нарушение аэродинамики дыхательных путей является предопределяющим патогенетическим механизмом любой респираторной патологии, в том числе и послеоперационных бронхолегочных осложнений (БЛО). Поэтому изучение аэродинамики дыхательных путей у больных острым калькулезным холециститом до и после различных вариантов холецистэктомии, несомненно, поможет выявить особенности развития и формирования послеоперационных БЛО.

Состояние аэродинамики дыхательных путей изучено нами у 137 больных, находившихся на лечении в хирургических отделениях Наманганского филиала РНЦЭМП по поводу острого калькулезного холецистита, до и после оперативного вмешательства. На показатели бронхиальной проходимости в послеоперационном периоде оказывают влияние тяжесть и продолжительность самой операции и проводимая анестезия.

Наиболее выраженные нарушения аэродинамики дыхательных путей наблюдались у больных, перенесших традиционную холецистэктомию (ТХЭ). У них показатели бронхиальной проходимости у них были статистически достоверно ниже, чем у пациентов после лапароскопической холецистэктомии. Такое же статистически достоверное снижение определяется и со стороны показателей легочных объемов.

Нарушения аэродинамики дыхательных путей у

больных, перенесших ТХЭ, вполне объяснимы, так как после ТХЭ происходит рефлекторное ограничение глубокого дыхания и кашля из-за пересечения больших мышечно-апоневротических слоев и боли в области проведения операции. При ЛХЭ же развивается диафрагмальная дисфункция в связи с рефлекторным подавлением экскурсии диафрагмы через стимуляцию механорецепторов висцеральных нервов в результате остаточного CO_2 в брюшной полости, а также снижение вентиляции базальных отделов легких вследствие интраоперационного наложения напряженного пневмоперитонеума.

Однако необходимо отметить, что отрицательные факторы, вызываемые ТХЭ, носят более травматичный и продолжительный характер, чем ЛХЭ. Более выраженный болевой синдром у больных, перенесших ТХЭ, продолжает угнетающе действовать на состояние легочной вентиляции и в послеоперационном периоде. При ЛХЭ же максимальному стрессу система легочной вентиляции подвергается больше во время самой операции. В послеоперационном периоде действие отрицательных факторов ослабевает. Поэтому бронхиальная проходимость у больных, перенесших ЛХЭ, в послеоперационном периоде восстанавливается быстрее, чем у больных после ТХЭ.

ЛХЭ имеет значительные преимущества перед ТХЭ.

Она вызывает меньшую травматизацию тканей, при этом длительность вмешательства и анестезии минимальна. Кроме того, она позволяет избежать интраоперационной дисфункции диафрагмы. Поэтому все показатели аэродинамики дыхательных путей у больных после ЛХЭ оставались в пределах нижней границы условной нормы.

Цитологические исследования мокроты после различных вариантов холецистэктомии

Темиров Р.И.

Наманганский филиал РНЦЭПМ

Как известно, в патогенезе развития послеоперационных бронхолегочных осложнений (БЛО) важную роль играют состояние мукоцилиарного клиренса и микробный фактор. Мукоцилиарный клиренс — сложный процесс выведения из респираторного тракта ингалированных частиц, бактерий, продуктов их метаболизма — осуществляется в результате деятельности реснитчатого эпителия при оптимальной вязкости и эластичности трахеобронхиального секрета. Этот процесс обеспечивает защиту всего респираторного тракта, так как в нормальных условиях инвазия микроорганизмов в эпителий практически невозможна из-за кратковременности их контактирования.

Очевидно, что нарушение равновесия между механизмами защиты и агрессии дыхательных путей в послеоперационном периоде становится одной из основных причин формирования БЛО. Однако на доклинических стадиях развития послеоперационных БЛО выявить возникающие изменения с помощью функциональных тестов не представляется возможным. Чтобы разработать достоверные способы прогнозирования формирования БЛО и их профилактики после различных видов холецистэктомии, мы провели комплексные цитологические исследования мокроты у 137 больных калькулезным холециститом, перенесших различные варианты холецистэктомии: традиционная холецистэктомия (ТХЭ) выполнена 62, лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) — 75 больным.

Цитологическая характеристика мокроты изучена в до- и послеоперационном периодах с верификацией: эпителиальных клеток (реснитчатые, бокаловидные, промежуточные, базальные, дистрофический измененные клетки мерцательного эпителия), альвеолярных макрофагов, нейтрофильных и эозинофильных лейкоцитов, моноцитов, лимфоцитов, базофилов и тучных клеток.

Степень и характер патологических изменений мукоцилиарного клиренса мокроты больных оценивали с помощью коэффициентов (К), характеризующих

Таким образом, выявленные у больных изменения аэродинамики дыхательных путей совпадают с частотой БЛО в зависимости от перенесенного оперативного вмешательства. Так, наибольшее количество послеоперационных БЛО отмечалось в группе больных, перенесших ТХЭ. После ЛХЭ данный показатель был в 2 раза ниже — соответственно 12,7 и 10,0%.

удельный вес отдельных типов клеток в общей массе или их взаимоотношения.

Показатели трахеобронхиального секрета больных после ЛХЭ статистически достоверно отличались от таковых при ТХЭ, что свидетельствует о глубоких нарушениях процессов мукоцилиарного клиренса.

С целью определения влияния на показатели трахеобронхиального секрета дыхательных путей тяжести и продолжительности самой операции, проводимой анестезии и повышения репрезентативности изучаемых групп нами в послеоперационном периоде полученные результаты проанализированы только у больных 1-й группы. Оказалось, что показатели цитологии мокроты зависели от вида примененного оперативного пособия.

Наиболее значительные изменения показателей цитологии мокроты наблюдались у больных после ТХЭ. В послеоперационном периоде у них отмечалось достоверное увеличение бокаловидноклеточной гиперплазии эпителия бронхов. Наряду с этим определялось снижение показателя состояния эвакуаторного механизма, что несомненно, связано с уменьшением абсолютного числа реснитчатых клеток. Эти изменения привели к увеличению выработки бронхоального секрета и нарушениям процессов бронхоочищения, т.е. угнетению мукоцилиарного клиренса. Отражением этого явилось увеличение у них показателя воспалительной реакции.

Кроме того, показатель регенерации реснитчатых клеток у больных после ЛХЭ был в 3 раза выше, чем у больных, перенесших ТХЭ, что, по-видимому, можно расценить как выражение компенсаторной адаптации дыхательных путей к операционно-анестезиологической травме. Только на основании изменения данного показателя трудно судить о возможной функционально-полноценной регенерации реснитчатых клеток. Однако, несомненно, что у больных, перенесших ЛХЭ, возможности компенсаторных механизмов выше, чем у пациентов после ТХЭ.

Применение фотодинамической терапии в лечении гнойных послеоперационных ран

Тешаев О.Р., Муродов А.С., Садыков Р.Р.

Ташкентская медицинская академия

Профилактика послеоперационных гнойных осложнений в абдоминальной хирургии остается актуальной проблемой. Хирургические гнойно-септические послеоперационные осложнения входят в группу внутрибольничных инфекций. К этой группе, на долю которой приходится 15–25% от всех инфекций в стационаре, относятся инфекции хирургических, ожоговых и травматических ран. Частота их развития зависит от типа

оперативного вмешательства: при чистых ранах — 1,5–6,9%, условно чистых — 7,8–11,7%, контаминированных — 12,9–17%, грязных — 10–40% (Страчунский Л.С., 2000). В последние годы арсенал антимикробных средств значительно расширился. Появились новые высокоэффективные пенициллины, цефалоспорины, карбапенемы, фторхинолоны и т.д. Но даже эти антибиотики не всегда могут помочь при наличии антибиотико-

резистентных возбудителей. Фотодинамическая терапия (ФДТ) — это довольно новое направление в борьбе с антибиотико-резистентными штаммами. ФДТ — основана на применении лекарственных препаратов — фотосенсибилизаторов (веществ, чувствительных к свету) и лазерного излучения с определенной длиной волны, соответствующей пику поглощения фотосенсибилизатора (Ишук, 2009).

Цель работы — улучшение результатов лечения больных с послеоперационными гнойными ранами в абдоминальной хирургии путем комплексного применения ФДТ.

Было проведено обследование и лечение 22 больных с гнойными ранами после абдоминальных операций, находившихся в отделении гнойной хирургии 1-й городской клинической больницы на базе кафедры ВОП хирургии ТМА в 2010-2011 гг. Больные были разделены на 2 группы. 11 больным 1-й группы (контрольная) проведено традиционное лечение. 10 пациентам 2-й группы (основная) после хирургической обработки гнойного очага традиционное лечение дополняли ФДТ. На рану после промывания 3% раствором перекиси водорода и высушивания накладывали фотосенсибилизатор — 0,05% буферный раствор метиленовой сини, экспозиция 30 мин. Через 30 мин с раневой поверхности фотосенсибилизатор смывали и выполняли облучение раневой поверхности аппаратом ФДУ-1. Длина волны — 620-650 нм, плотность мощности — 200 мВт/см², расстояние от излучателя до раневой поверхности — 2-3 см. Длительность лечения — 15-30 мин, в зависимости от площади раневой поверхности. Кратность процедуры — 4-6 сеансов в зависимости от состояния раны. Возраст больных колебался от 20 до 82 лет, но преобладали

пациенты трудоспособного возраста (до 80%). Мужчин было в 1,5 раза больше, чем женщин. Сопутствующие заболевания имелись у 40% больных.

В основной группе 4 (40%) пациента были после аппендэктомии (все деструктивные формы), 2 (20%) — после грыжесечения (один из них с применением аллотрансплантата), у 2 (20%) были заболевания толстой кишки, у 1 — ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки.

Об эффективности ФДТ судили по срокам очищения и заживления раны, характеру отделяемого, микробиологии раны. Результаты оценивали на 3-, 7-е и 10-е сутки от начала лечения.

При поступлении у всех больных были признаки интоксикации различной степени выраженности, о чем свидетельствовали изменения лейкоцитарной формулы крови: лейкоцитоз, повышение количества незрелых форм нейтрофилов, снижение количества моноцитов и лимфоцитов, а также увеличение ЛИИ. В среднем лейкоцитоз у больных с гнойно-воспалительными ранами мягких тканей составлял $9,8-12,6 \cdot 10^9/\text{л}$.

У больных контрольной группы раны заживали на 15-18-е сутки, в основной группе — на 14 ± 2 сутки. При традиционном лечении количество койко-дней составляло 9-10, при комплексном лечении с применением ФДТ — 6-7 дней. Дополнение традиционного местного лечения гнойной раны ФДТ способствовало улучшению общего состояния больных. Температура тела нормализовалась на 2-3-и сутки после начала лечения.

Заключение. ФДТ в комплексном лечении гнойных ран после операции на органах брюшной полости способствует более быстрому очищению ран, эрадикации микробной флоры и заживлению.

Антибактериальная профилактика и терапия в абдоминальной хирургии

Тешаев О.Р., Мадаминов Р.М., Муродов А.С.

Ташкентская медицинская академия

Несмотря на повышение техники оперативных вмешательств и внедрение системы профилактических мероприятий, частота послеоперационных раневых инфекций при операциях на органах брюшной полости остается высокой. Так, число послеоперационных гнойных осложнений в плановой абдоминальной хирургии составляет 6-8%; при «чистых» операциях гнойные осложнения развиваются в 0,8-2%, при «загрязненных» или контаминированных количество нагноений ран увеличивается до 20%.

Цель работы — улучшение результатов послеоперационного течения больных после хирургических операций на органах брюшной полости путем применения различных вариантов антибиотикотерапии.

Мы применяли следующие виды антибиотикопрофилактики: 1. Ультракороткая — 2 доза однократно внутривенно до операции. 2. Короткая — 1 доза внутривенно до операции и 1 доза внутривенно после операции. 3. Средней продолжительности — 1 доза внутривенно до операции и 3 дозы после операции в течение 24 часов. 4. Длительная — 1 доза внутривенно до операции и 6-9 доз после операции в течение 48-72 часов.

Проанализированы результаты лечения больных, перенесших операции на органах брюшной полости

по поводу различных нозологий, в отделении хирургии 1-й городской клинической больницы на базе кафедры ВОП хирургии ТМА. Острый аппендицит был у 875 (36,7%) больных, грыжи — у 506 (21,2%), холециститы — у 343 (14,3%), эхинококки различной локализации — у 129 (5,4%).

Всем больным перед операцией (на вводимом наркозе) вводили антибиотики, при этом препаратами выбора были цефалоспорины 3-го поколения и метронидазол соответственно по 400 и 500 мг. Применение препаратов продолжалось в послеоперационном периоде в виде ступенчатой терапии (в течение 2-3 суток парентерально, затем по 500 мг 2 раза в сутки per os в течение 7 дней). Продолжительность антибиотикотерапии зависела от характера предоперационной подготовки, протяженности разреза, объема кровопотери, использования чужеродных материалов (протезы, дренажи), степени травматичности операции и др.

У больных, перенесших операции на органах брюшной полости, применение адекватной антибиотикопрофилактики и терапии уменьшает число послеоперационных гнойно-септических осложнений на 3,2%, сокращает сроки пребывания в стационаре до 3,3 суток.

Непосредственные и отдаленные осложнения лапароскопической холецистэктомии

Тимошин А.Д., Мирзаев А.У., Барнаев А.Л., Шодиев С.И.

Отделение общей хирургии РНЦХ РАМН, г. Москва

Изучены результаты 808 лапароскопических холецистэктомий у 126 мужчин и 682 женщин в возрасте от 11 до 82 лет ($49,8 \pm 0,5$ лет). Острый холецистит, а также воспалительные и деструктивные осложнения со стороны желчного пузыря были у 119 (14,7%) больных.

Наш опыт включил также 26 больных (3,2%), потребовавших эндоскопических вмешательств на БДС ДПК в связи с холедохолитиазом или стенозом терминального отдела холедоха. В 23 случаях была выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия. Лапароскопическая холецистэктомия выполнялась больным в сроки до 5 суток после ЭПСТ.

В отделении общей хирургии сочетанные операции с использованием видеоэндоскопической техники выполнены 67 больным. Чаще всего лапароскопическая холецистэктомия сочеталась с аппендэктомией (11), герниопластикой (10), фенестрацией кист печени и яичников (12). Эти операции выполнялись полностью с использованием лапароскопической техники. Кроме того, у 96 больных лапароскопические операции сочетались с традиционными вмешательствами, в том числе с резекцией щитовидной железы, грыжесечением, сафенэктомией.

Известно, что по разным причинам лапароскопическая холецистэктомия оказывается невыполнимой у части больных. В настоящем исследовании переход к лапаротомии потребовался 27 больным (3,3%). Наиболее частым основанием для перехода явился выраженный воспалительный инфильтрат желчного пузыря, преимущественно в области шейки. Основные причины перехода на лапаротомию указаны в табл. №3.

Интраоперационно во время лапароскопической холецистэктомии кровотечение из ложа желчного пузыря потребовало лапаротомии и ушивания ложа пузыря у одной больной, во втором случае ушивание ложа было выполнено из минилапаротомного доступа. В последнем случае кровотечение из пузырной артерии было остановлено лапароскопически. Пневмоторакс и пневмомедиастинум справа, в связи с травмой диафрагмы троакарном, развились во время операции у 1 больной. Был установлен дренаж в правую плевральную полость. Дальнейшее течение заболевания без осложнений.

Травма общего желчного протока во время лапароскопической холецистэктомии была у 3 больных (0,4%). У 2 больных при лапаротомии выявлена травма протока клипсами с развитием механической желтухи и последующей перфорацией протока у одного больного. В обоих случаях потребовалось дренирование Т-образным дренажем. У одной больной термическое повреждение общего печеночного протока привело к развитию механической желтухи и желчного перитонита. Выполнено наложение гепатикодуоденоанастомоза, санация и дренирование брюшной полости.

В ближайшем послеоперационном периоде в 11 случаях отмечено нагноение послеоперационной раны, пневмония в 4, трахеобронхит в 4, цистит в 5, тромбоз в 2 случаях. У 1 больного в ближайшем послеоперационном периоде развилось желудочное кровотечение, обусловленное эрозивным гастритом и остановленное консервативными мероприятиями.

Оценка отдаленных результатов (на основании обращения больных) выявила послеоперационную параумбиликальную грыжу у 6 больных в различные сроки после операции, лигатурный свищ у 1 больного, холедохолитиаз, потребовавший ЭПСТ у 1 больного.

Лапароскопические вмешательства при желчнокаменной болезни, несомненно, являются операцией выбора, которая возможна не только при неосложненном холецистите, но и при осложненных формах заболевания, в том числе при заболеваниях общего желчного протока. Число случаев перехода на лапаротомию, в целом, невелико, а в тех случаях, когда это необходимо, показано применение минилапаротомного доступа. В целом, практически во всех случаях вмешательства на желчных путях можно выполнить с применением малоинвазивных методик.

Лапароскопические операции, которые являются более легко переносятся больными, позволяют широко ставить показания к выполнению сочетанных операций, целесообразность которых обусловлена низким числом осложнений, сокращением времени госпитализации и хорошими результатами лечения. Наличие острого воспаления в желчном пузыре не служит противопоказанием к выполнению сочетанных вмешательств.

Оказание экстренной медицинской помощи больным с острой кишечной непроходимостью

Тогаев Ш.Б., Норбоев О.И., Мурадов Б.Х.

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Цель — улучшение результатов лечения больных с кишечной непроходимостью.

За период с 2002 по 2011 гг. в Кашкадарьинском филиале РНЦЭМП наблюдались 223 больных с ОКН, из них 180 (80,7%) — с острой тонкокишечной непроходимостью, 43 (19,3%) — с острой толстокишечной непроходимостью. Мужчин было 153 (68,6%), женщин — 70 (31,4%). При поступлении пациенты обследовались по установленному протоколу.

Лечебные мероприятия начинались с консервативного воздействия: декомпрессии верхних отделов желудочно-кишечного тракта, очистки дистальных

отделов толстой кишки ниже обструкции, инфузионно-трансфузионной терапии и симптоматического лечения. Таким образом удалось ликвидировать явления кишечной непроходимости у 73 больных (32,7%), остальные были оперированы.

Предоперационная подготовка проводилась в течение 1,5-3 часов и включала инфузионно-трансфузионную терапию, декомпрессию верхних отделов желудочно-кишечного тракта, очистку дистальных отделов толстой кишки. В инфузионную терапию входили гемодилюция, мероприятия по улучшению реологических свойств крови и дезинтоксикация.

Операции проводились под эндотрахеальным наркозом, объём их зависел от состояния и жизнеспособности кишечника. В тех случаях, когда устранялась причина ОКН (странгуляционный тяж, обтурация и т.д.), и кишечник восстанавливал перистальтические сокращения в поражённой части, операция ограничивалась назоинтестинальной интубацией зондом Эбота. Всеми в поражённой части кишечника отмечались необратимые изменения, проводилась операция резекции поражённой части кишки с наложением анастомоза бок в бок, конец в конец с назоинтестинальным зондированием, включая наложенный анастомоз. В первые сутки после операции больным прово-

дилась перидуральная анестезия, что способствовало ускоренному восстановлению перистальтики кишечника. У 6 пациентов наложена илеостома из-за позднего обращения и тяжести состояния. Из числа оперированных умерли 27 (18%) больных.

Проведённый анализ показал, что при раннем обращении и ранней доставке больных, своевременном оказании оперативного пособия летальность несколько уменьшилось. Применение зонда Эбота и перидуральной анестезии способствует более раннему восстановлению перистальтики кишечника в послеоперационном периоде.

Тактика лечения болезни Крона тонкой и толстой кишки в экстренной хирургии

Тогаев Ш.Б., Наврузов М.Н., Тулаков Р.П., Гелдиев Б.Д.

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Болезнь Крона (БК) — хроническое рецидивирующее заболевание пищеварительного тракта, характеризующееся трансмуральным гранулематозным воспалением. Патологический процесс может локализоваться в любом отделе желудочно-кишечного тракта — от ротовой полости до анального отверстия (Фёдоров В.Д., 1989; Киселев Ю.И. и др., 1992; Шифрин О.А. 2005). Заболевание часто сопровождается различными осложнениями как местного, так и системного характера (Лоранская И.Д. и др., 1999). Основными причинами тяжёлых осложнений и высокой летальности являются поздняя диагностика и запоздалое начало лечения (Фёдоров В.Д., Аллер Г., 2001; Ивашкин В.Т., Шифрин О.С., 2002; Levy C., Tremaine W., 2002). БК нередко обнаруживается во время экстренных операций по поводу острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в виде сегментарного поражения тонкой и толстой кишки. Значительно реже удаётся диагностировать это заболевание до операции (Кулибаба Д.М., 1992).

В литературе нет единого мнения о лечебной тактике при БК (Логачев В.К., 1984; Аллер Г., 2001). Вопрос о радикальности операции при БК также решается не однозначно (Байриев Ч.Б., 1987; Белоусова Е.А., 2000; Levy C., 2002; Cattani P. et al., 2002).

Цель — улучшение результатов лечения больных с болезнью Крона тонкой и толстой кишки в экстренной хирургии.

Материал и методы. За период с 2000 по 2012 гг. в Кашкадарьинском филиале РНЦЭМП на лечении находились 17 больных с болезнью Крона. Из них 9 (52,9%) больных детского и подросткового возраста, 8 (47,1%) — взрослых, в том числе лиц мужского пола 12 (70,6%), женского — 5 (29,4%). Все больные поступили в клинику с другими первичными диагнозами: у 4 (23,5%) фигурировал острый аппендицит, у 9 (52,9%) — перитонит, у 3 (17,7%) — острая кишечная непроходимость, у 1 (5,9%) — абсцесс правой подвздошной области. СПО аппендэктомия. Ни в одном из случаев первично не был установлен основной диагноз БК.

Всем больным до операции по показаниям прове-

дены стандартные диагностические исследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимия крови, УЗИ и рентгенография и рентгеноскопия органов брюшной полости).

Результаты. Все больные оперированы в экстренном порядке. Интраоперационно обнаружено, что у 10 (58,8%) больных БК локализована в различных отделах тонкой кишки, у 7 (41,2%) — в толстом кишечнике. Радикальная хирургическая тактика применялась у 7 (41,2%) больных. 2 (11,8%) из них произведена резекция тонкой кишки с наложением одностольной илеостомы, у 3 (17,6%) — резекция тонкой кишки, с наложением энтеро - энтероанастомоза, у 1 (5,9%) — резекция илеоцекального угла с наложением илеоколоанастомоза конец в бок, у 1 (5,9%) — правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза. У 10 (58,8%) больных интраоперационно выявлены неосложнённые формы БК. У 4 (23,5%) из них имелся вторичный катаральный аппендицит, по поводу которого произведена аппендэктомия. У 6 (34,3%) больных ограничилось дренированием брюшной полости. Все больные в послеоперационном периоде получали антибиотикотерапию и препараты производных аминсалициловой кислоты — салюфальк (per os: взрослым по 500 мг 3 раза в сутки, детям 30 – 50 мг/кг/сут. в 3 приёма). Осложнение в послеоперационном периоде при осложнённых формах БК наблюдались у 2 (11,8%) больных; у 1 (5,9%) — прогрессирующий перитонит, у 1 (5,9%) — нагноение послеоперационной раны. Летальных исходов среди оперированных пациентов не было.

Выводы. 1. При осложнённых формах БК оптимальным методом лечения является радикальное хирургическое лечение. Объём операции зависит от локализации процесса и вида осложнения. 2. При неосложнённых формах БК и в послеоперационном периоде по поводу осложнённых форм БК с целью профилактики рецидивов хороший результат достигается использованием производных аминсалициловой кислоты — салюфалька.

Ранняя профилактика и лечения послеоперационного панкреатита

Тоиров А.С., Камалов С.К., Ахмедов А.И., Худойназаров У.Р.

Самаркандский государственный медицинский институт

Послеоперационный панкреатит (ПП) – наиболее частая форма травматического панкреатита. Поздняя диагностика ПП весьма часто является причиной неблагоприятных исходов операций на верхнем этаже органов брюшной полости. Часто причиной первичного асептического некроза участков поджелудочной железы (ПЖ) является синдром отека фасциального ложа, приводящий к нарастанию отека ткани ПЖ в отдельных долях, имеющих выраженную (склерозированную) соединительнотканную капсулу и исходно нарушенный лимфоотток. Синдром отека фасциального ложа может развиваться вследствие стойкого спазма резистентных сосудов ПЖ, обусловленного либо прямым механическим повреждением или сдавлением железистой ткани или ее сосудов, либо рефлекторным механизмом по типу аксон-рефлюкса при манипуляциях на соседних органах по ходу выполняемой операции.

Необходимо отметить, что отек ПЖ (начальная фаза ПП) значительно усугубляется при расстройстве системного кровообращения и гипергидратации, а некроз панкреоцитов наступает раньше в тех ацинусах, которые в данный момент активно функционируют и являются наиболее чувствительными к гипоксии. Учитывая основные фазы развития патогенеза ПП, мы провели у 49 больных в возрасте от 32 до 86 лет с хирургическими вмешательствами на органах верхнего этажа брюшной полости, у которых предполагалось развитие ПП, профилактические мероприятия. У 24 (48,9%) пациентов была хроническая язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная пенетрацией в головку ПЖ; у 16 (32,6%) — хронический калькулезный холецистит, сочетанный с холедохолитиазом; с неоднократным развитием механической желтухи; у 9 (18,3%) — опухоль пилорантрального сегмента желудка с прорастанием в головку ПЖ. У 11 (22,4%) оперированных больных в послеоперационном периоде наблюдался ПП, у 6 (12,2%) из них была выполнена расширенная резекция желудка, у 2 (4%) ПП осложнился панкреонекрозом. Несмотря на применение данной тактики лечения эти больные умерли от панкреатической токсемии и полиорганной недостаточности. Среди больных, которым были выполнены хирургические вмешательства на желчном пузыре

и желчных ходах с осложненной механической желтухой, ПП наблюдался у 3 (6,1%). 1 больной умер из-за развития острого инфаркта миокарда на фоне ПП на 8-е сутки после операции. Среди больных, которым были выполнены резекционные операции на поперечно-ободочной кишке, ПП развился у 1 и разрешился на 14-16-е сутки. Общая летальность среди оперированных больных составила 6,1%.

Система профилактики данного осложнения должна включать предложенный нами комплекс обязательных мероприятий при лечении ПП. С целью снижения патологической импульсации при хирургических вмешательствах на органах верхнего этажа брюшной полости в независимо от характера обезболивания обязательным является выполнение новокаиновой (в смеси с спазмолитиками и ингибиторами фибринолиза) блокада капсулы ПЖ в начале и в конце операции.

В раннем послеоперационном периоде, наряду с адекватным обезболиванием, необходимо назначать спазмолитики, а при стабильном АД – α -адреноблокаторы.

Хирургические вмешательства, при которых имеет место контакт с ПЖ, резко повышают вероятность развития ПП, поэтому в подобных случаях до операции, а затем и в послеоперационном периоде в течение 6-7-ми суток обязательным является фармакологическое ингибирование функции ПЖ сандостатином или цитостатиками. При хирургических вмешательствах на ПЖ, желчном пузыре, желчных ходах, двенадцатиперстной кишке, желудке, поперечно-ободочной кишке необходимо применять H_2 -блокаторы гистаминергических рецепторов за 2-4 часа до операции и в послеоперационном периоде в течение 6-7 суток.

Интраоперационная инфузионная терапия должна быть минимальной при систематическом контроле ЦВД. При этом необходимо предупредить функциональную олигурию (особенно у больных пожилого и старческого возраста) путем стимуляции диуреза как в интраоперационном, так и в послеоперационном периоде.

Таким образом, предложенная нами тактика профилактики и лечения ПП панкреатита при выполнении хирургических вмешательств на верхнем этаже брюшной полости способствует уменьшению частоты ПП и снижает летальность среди этих больных.

Флеботромбозы и риск развития тромбоэмболии легочной артерии у больных с механической травмой таза и нижних конечностей

Туляков Р.П., Тогаев Ш.Б., Кушшаев Н.П., Кодиров Б.

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Цель исследования — снижение частоты и тяжести ТЭЛА у больных с механической травмой таза и нижних конечностей путем оптимизации профилактики, диагностики и лечения эмболических флеботромбозов.

Под наблюдением были 214 пациентов с механической травмой таза и нижних конечностей, госпитализированных в отделения экстренной травматологии и хирургии сосудов РНЦЭМП в 2003-2008 гг. Молекулярно-генетическим исследованиям подвергнуты 73 больных с острым флеботромбозом различного гене-

за, а также 47 клинически здоровых лиц для оценки частоты носительства мутантных аллелей генов фактора V, протромбина и МТГФР.

При проведении ПЦР-анализа мутация FV Leiden обнаружена у 18 (24,6%) из 73 лиц с флеботромбозом (у 16 – с гетеро- и у 2 – с гомозиготной формой). Частота встречаемости этой мутации среди здоровых лиц Ташкента (обследованы 47 человек) составила 4,3% (выявлена только у 2 лиц с гетерозиготной формой. Мутация гена МТГФР 677C→T оказалась статистически

не значимой ($\chi^2=1,242$, $df=1$, $P=0,265$), но в то же время наиболее часто встречаемой из трех изученных аллелей. Эта мутация идентифицирована у 32 (43,8%) из 73 больных с ТГВНК (у 28 – гетерозиготная, у 4 – гомозиготная форма). Частота этой мутации для популяции Ташкента составила 36,2% (в 31,9% случаев гетерозиготная, в 4,3% — гомозиготная форма). В наших исследованиях достоверно не значимым ($P=0,266$) был вариант мутации 20210G→A в гене протромбина, которая обнаружена только у 4 (5,5%) из 73 пациентов с тромбозом глубоких вен нижних конечностей. При этом во всех случаях имела место гетерозиготная форма дефекта. В то же время для местной популяции населения этот аллельный ген вообще не характерен (0% среди здоровых доноров).

Из трех изученных аллелей достоверно значимой оказалась мутация гена FV Leiden, являющаяся существенным фактором риска развития ТГВНК. Этот показатель превышал критический уровень более чем в 1,86 раза. Несмотря на то, что мутация гена FII (протромбина) не могла быть оценена по критерию хи

-квадрат, его уровень значимости, по оценке точным критерием Фишера, был равен $P=0,266$, или вероятность справедливости нулевой гипотезы была в данном случае выше уровня значимости $\alpha>0,05$. Изучение частоты встречаемости наследственной тромбофилии при различных клинических ситуациях развития флеботромбозов показало, что практически у всех (92,3%) больных с посттравматическим флеботромбозом обнаруживалась наиболее достоверно значимая мутация генов тромбофилических состояний ($P<0,001$). Необходимо отметить, что мощность исследования ($\alpha<0,05$) в этих группах, то есть объем выборки, был достаточным для такого утверждения.

Таким образом, у 92,3% больных с посттравматическим флеботромбозом обнаружены достоверно значимые ($\chi^2=22,433$, $df=1$, $P<0,001$) те или иные мутации генов фактора V, протромбина и МТГФР. В связи с этим наследственную тромбофилию можно считать основным предрасполагающим компонентом данного осложнения.

Ошибки в диагностике и лечении осложненных форм острого аппендицита

Тургунов Ш.Ш., Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Холматов Х.Р.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Анализ 302 наблюдений за больными с осложненными формами острого аппендицита, лечившимся в хирургическом отделении РНЦЭМП Андижанского филиала, показал, что такие осложнения острого аппендицита как местный и разлитой перитонит, абсцессы и инфильтраты, перфорация червеобразного отростка, резко меняют клиническую картину заболевания. Поэтому диагностировать эти формы значительно труднее, что приводит к увеличению процента диагностических ошибок. В настоящем сообщении анализируются ошибки, допущенные хирургами во время проведения операции и в послеоперационном периоде.

В большинстве наблюдений был допущен ряд следующих друг за другом ошибочных действий, в итоге приведших к развитию тяжелых осложнений. Однако часто удавалось выделить исходную тактическую ошибку, которая явилась причиной неблагоприятного течения заболевания. Наиболее частая тактическая ошибка — неправильно примененный метод оперативного вмешательства, например, аппендэктомия при плотном инфильтрате, обнаруженном во время операции. Разрушение естественного ограничивающего барьера, повреждение петель прилежащих кишок в отсутствие достаточного дренирования приводило к возникновению разлитого перитонита, абсцессам брюшной полости, флегмонам брюшной стенки, тяжелой гнойной интоксикации; отказ от дренирования и зашивание брюшной полости наглухо при наличии периаппендикулярного абсцесса; недостаточное или неправильное дренирование очага деструкции, связанное как с неправильным выбором места оставления дренажа, так и с технически неправильно выполненным дренированием.

К числу тактических ошибок, приводящих к развитию тяжелых осложнений, относится и неправильный выбор оперативного доступа, не позволяющий осуществить достаточно полное осушивание брюшной полости. При разлитом гнойном перитоните косой переме-

нный разрез не дает возможности провести полноценную ревизию и достаточную санацию брюшной полости. Анализ показал, что отступление от общепринятых рекомендаций производить срединную лапаротомию при обнаружении разлитого гнойного перитонита, используя косой разрез для последующего дренирования, значительно увеличивает опасность возникновения гнойных осложнений.

Наиболее частыми тактическими ошибками, допущенными в послеоперационном периоде были раннее удаление тампонов и дренажей. При раннем удалении тампона преждевременно прекращается отток гноя из очагов деструкции, что приводит к вторичному образованию гнойников и последующим тяжелым осложнениям.

Среди тактических ошибок, допускаемых в послеоперационном периоде, необходимо указать на несвоевременное или недостаточное раскрытие гнойной раны, неполноценную ревизию раны, несвоевременное вскрытие гнойных затеков, абсцессов, что нередко приводит к гнойному расплавлению прилежащих органов и образованию кишечных свищей. Как правило, эта тактическая ошибка является завершающей после ряда других, приведших к прогрессированию гнойного процесса в ране и брюшной полости. Опасность ее заключается в том, что она лишает больного последней возможности выздоровления, которое могло бы быть достигнуто только при условии широкого дренирования гнойных очагов.

Таким образом, внимательное, продуманное изучение состояния больного, правильное тактическое решение и техническое проведение операции являются основой успеха в лечении больного с осложненными формами острого аппендицита. Профилактика, своевременное выявление и ликвидация осложнений в послеоперационном периоде позволяют снизить летальность при остром аппендиците.

Ошибки в диагностике и лечении перфоративных язв двенадцатиперстной кишки

Тургунов Ш.Ш., Ходжиматов Г.М., Холматов Х.Р.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Нами проведен анализ ошибок диагностики и лечения перфоративных язв двенадцатиперстной кишки у 245 больных. 94,7% пациентов были мужского пола, 77,4% больных — в возрасте от 20 до 50 лет, у 71,3% — наблюдалась в осенние и весенние месяцы года. Перфорации «немых» язв отмечались у 37 больных. Длительность язвенного анамнеза у наших больных — 1-14 лет.

В сроки до 6 часов после прободения в стационар поступили 77,4%, до 12 ч — 13,6%, до 24 ч — 6,3%, спустя 24 ч — 2,7% больных. Позднее обращения больных за медицинской помощью имело место у 5,7% больных (лица пожилого и старческого возраста). Причинами поздней госпитализации у 8,4% пациентов были диагностические ошибки врачей скорой помощи и поликлиник. Правильный диагноз ими был установлен в 82,7% случаев, правильный диагноз врачами приемного отделения был установлен в 92,3% случаев, остальным больным ставили различные ошибочные диагнозы. Диагностические ошибки имели место и в хирургическом стационаре, где с диагнозом острый панкреатит оперированы 3 больных, острый аппендицит — 7, острая кишечная непроходимость — 3; 4 больным произведена диагностическая лапароскопия. Диагностические ошибки врачей различных уровней повлекли за собой и тактические ошибки

(задержка с направлением 7 больных в больницу, отказ 2 больным в госпитализации, в стационаре — неоправданно длительное наблюдение за состоянием больного с целью уточнения диагноза).

При перфорации язв способ операции выбирали за операционным столом в зависимости от конкретной ситуации. Так, при прикрытых перфорациях всем 18 (7,3%) больным произведена резекция желудка по Габереру, ушивание перфоративных язв двенадцатиперстной кишки произведена в 24,9%, иссечение перфоративных язв ДПК — у 63,7%, первичная резекция желудка — у 11,2%, ушивание перфоративных язв с наложением гастроэнтероанастомоза с Браунским соустьем — у 1,2%. Во всех случаях во время операции проводилась тщательная санация брюшной полости антисептиками и антибактериальная терапия в послеоперационном периоде. Из числа оперированных умерли 3 (1,2%) из-за несостоятельности швов после ушивания (2) и от острого кровотечения из ушитой язвы (1).

Таким образом, своевременная доставка больных врачами скорой помощи и направление в хирургические стационары врачами поликлиник, а также налаженность системы диагностики в стационаре позволяет расширить показания к выполнению более радикальных хирургических вмешательств.

Микробиологическая диагностика инфекций мочевого тракта у урологических больных

Турсунова М., Артиков Д., Мемджанова А.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Приблизительно у 10% пациентов с инфекцией мочевого тракта (ИМТ), в моче присутствуют два микроорганизма, оба из которых могут рассматриваться как возбудители заболевания. Вместе с тем в моче пациентов с ИМТ, которым установлен постоянный катетер мочевого пузыря, часто наблюдается множество различных микроорганизмов.

В наших наблюдениях часто высевалась синегнойная палочка. Исследуемым материалом являлась моча, полученная неинвазивным путем, и моча, полученная инвазивным путем (надлобковая пункция мочевого пузыря, цистоскопия, катетеризация).

Наиболее частыми возбудителями гнойно-воспалительных процессов мочевого тракта являются грамотрицательные бактерии: *E. coli*, *Enterobacter* spp., *Klebsiella* spp., *Pseudomonas aeruginosa*; грамположительные бактерии — *Enterococcus* spp. Возбудителями могут быть также *Staphylococcus* spp., *Mycoplasma* gominis, *Candida albicans* и др.

Степени бактериурии оценивают при выявлении 10^4 или даже менее микроорганизмов в 1 мл мочи, что является адекватным индикатором инфекции. Немаловажным является правильный забор мочи, от которого зависит окончательный результат. После тщательного туалета наружных половых органов кипяченой водой с мылом в середине мочеиспускания средняя порция мочи в количестве 10–15 мл собирается в стерильный контейнер с крышкой. Предпочтительно отбирать утренние порции мочи, а вечером воздержаться от мочеиспускания до взятия анализа.

Все пробы следует доставлять в лабораторию в течение 2 ч после отбора или хранить в холодильнике при +4°C до момента доставки в лабораторию.

Степень бактериурии — количество КОЕ в 1 мл мочи. Определяют степень методом секторных посевов мочи на чашку Петри с питательным агаром (Эндо или Мак-Конки). Чашки инкубируют при +37°C 18–24 ч, после чего подсчитывают число колоний, выросших в разных секторах. Определение степени бактериурии по количеству выделенных колоний производят согласно прилагаемым таблицам пересчета. Добавление кровяного агара в число сред, на которые засевают мочу, способствует быстрой идентификации грамположительных кокков.

По данным 2010 г. всего исследовано 125 образцов мочи и 35 — сока простаты. Микробный пейзаж мочи представлен следующей условно-патогенной микрофлорой: *E. coli* — 32 (25%), *Enterobacter* spp., *Klebsiella* spp. — 2 (1,6%), *Pseudomonas aeruginosa* — 3 (2,8%); грамположительные бактерии — *Enterococcus* spp. — 3 (2,8%), *Candida albicans* — 2 (1,6%), *Staphylococcus* — 4 (3,2%), микст-инфекция — 8 (6,3%). В соке простаты обнаружены *Staphylococcus aureus* — в 9 (25,7%), *E. coli* — в 2 (5,7%), *Enterococcus* spp. — в 3 (8,6%), микстинфекция — в 1 (2,9%) случае.

Наибольшая чувствительность отмечалась к антибиотикам цефалоспоринового ряда: гептацефу, цефтриаксону; промежуточно устойчива к абакталу, цефазолину, амицилу; устойчива к цефотаксиму.

Осложнения, которых могло бы не быть

Тучин С.В., Миннуллин И.П., Озеров В.Ф., Мирошниченко А.Г.

Научно-исследовательский институт Скорой медицинской помощи им. И.И.Джанелидзе

«У нас считается, что грыжа есть операция лёгкая... на самом деле эта операция вовсе не простая с точки зрения правильного и хорошего исполнения..., поэтому с самого начала своей деятельности врач должен очень внимательно относиться к радикальным операциям грыж» (Фёдоров С.П., 1928).

Анализ 32 историй болезни пациентов, умерших в стационарах по поводу ущемлённых грыж, показал, что многих послеоперационных осложнений можно было избежать. 28 (87,5%) больных были в возрасте от 61 до 90 лет.

Бедренные грыжи были у 3 (9,4%), из них 1 мужчина и 2 женщины, белой и спигелиевой линии – 1 (3,1%), из них 1 женщина, вентральные (послеоперационные) – у 15 (46,9%), из них 2 мужчин и 13 женщин, диафрагмальные – у 1 (3,1%) женщины, окологривочные – у 2 (6,2%) женщин, паховые – у 7 (21,9%) – соответственно у 6 и пупочные – у 3 (9,4%) женщины.

Все умершие пациенты нуждались в неотложных оперативных вмешательствах. Тем не менее, из 32 оперированных больных только 12 (37,5%) было оказано своевременное оперативное пособие. 20 (62,5%) больным были выполнены необходимые, но поздние оперативные вмешательства, которые мало чем могли помочь на фоне гнойных осложнений и прогрессирующей интоксикации.

6 (18,8%) больных в результате грубых тактико-диагностических ошибок были прооперированы во временном промежутке от 10 часов до 2 суток с момента госпитализации; 13 (40,6%) пациентов – в сроки от 3-х до 6 часов в результате необоснованно длительной, непрофессиональной предоперационной подготовки. 1 (3,1%) больной через 7 часов после госпитализации в результате первоначального отказа от своевременной операции.

Все оперированные больные имели по 2 и более осложнений в течение послеоперационного периода. Чаще всего отмечались острая лёгочно-сердечная недостаточность (19,6%), интоксикация вследствие основного заболевания (14,4%) и пневмония (14,4%), разлитой прогрессирующий перитонит (12,4%), острая сердечно-сосудистая недостаточность (9,3%). На осложнение в виде нагноения послеоперационной раны пришлось 4,1%.

Повторно оперированы 10 (31,2%) больных. У 3-х (18,8%) отмечался сегментарный тромбоз сосудов

брыжейки тонкой кишки; у 2 (12,5%) – прогрессирующий перитонит, тотальная интоксикация; у 2 (12,5%) – нагноение послеоперационной раны, забрюшинные абсцессы. Выполнено 11 оперативных вмешательств, из которых 8 (72,7%) релапаротомий и 3 (27,3%) малоинвазивных оперативных вмешательства в форме трахеостомии и дренирования переднего средостения по поводу пневмомедиастинума.

В результате ошибочной диагностики произведено два неоправданных повторных оперативных вмешательства (релапаротомии), при которых ожидаемой хирургической патологии (некроз петли тонкой кишки и внутрибрюшинные абсцессы) не выявлено. Эти вмешательства значительно убавили шансы на выздоровление.

В группе больных с нозологической формой ущемлённой грыжи среди причин летальных исходов острая лёгочно-сердечная недостаточность вместе с пневмонией составили в сумме 42,4% и вышли на первое место.

Ранее мы утверждали, что послеоперационные осложнённые пневмонии в сочетании с острой лёгочно-сердечной недостаточностью постепенно приобретают роль одного из ведущих факторов летальных исходов у больных с патологией остrego живота. Результаты проведенного анализа подтверждают все сказанное нами. У 15 пациентов функциональная неполноценность именно лёгочной ткани стала одним из основных факторов, определивших смертельный исход (24,6%).

При этом у 3 (4,9%) больных послеоперационный период с повторными оперативными вмешательствами протекал на фоне пневмоний; у 9 (14,8%) осложнённые пневмонии стали фактически основным фактором самого летального исхода. У 2 (3,3%) больных послеоперационные пневмонии и у 1 (1,6%) пациента смертельное осложнение основного заболевания в виде 2-стороннего пневмоторакса не были диагностированы при жизни.

В современной хирургии, когда большинство доля операций производится под общим обезболиванием, не следует забывать, что успешно проведённое оперативное вмешательство – это только половина дела, главное – умелое ведение послеоперационного периода без нежелательных осложнений, особенно не связанных напрямую с оперативным вмешательством, но приводящих нередко к летальным исходам.

Сравнительная оценка различных методов гемостаза, используемых для профилактики кровотечения после чреспузырной аденомэктомии

Убайдуллаев Г.У., Исмаилов Б.М., Атамурадов Ш.К., Низомов О.Ш.

Джизакский филиал РНЦЭМП

Цель – ретроспективное изучение результатов применения двух методов гемостаза после транспузырной аденомэктомии.

Материал и методы. За период с января 2001 г. по декабрь 2011 г. в отделении урологии Джизакского филиала РНЦЭМП оперативные вмешательства выполнены у 125 пациентов с доброкачественной гипер-

плазией простаты (ДГП). Средний возраст мужчин $62,6 \pm 3,8$ года. Всем больным выполняли анализ мочи (бактериологическое исследование по показаниям), общий анализ крови с определением свертываемости, определяли уровень креатинина (мочевины) в сыворотке крови. Инструментальные исследования включали ультразвуковое исследование мочевого

тракта для определения объема предстательной железы. Объем предстательной железы и аденомы в среднем был равен $97, \pm 8,5$ мл³. Показаниями к оперативному вмешательству явилось: острая или хроническая задержка мочи (82), причем у 12 больных выявлен уретерогидронефроз с двух сторон с увеличением уровня мочевины в сыворотке крови; кровотечение из венозных сплетений шейки мочевого пузыря (19); камень мочевого пузыря (9); не контролируемая инфекция мочевого тракта (15). Больным с наличием остаточной мочи перед удалением аденомы выполняли декомпрессию мочевого пузыря. Причину инфравезикальной обструкции ликвидировали после восстановления контрактильной функции детрузора, как правило, спустя 10-12 дней после установки цистостомы. Всех больных разделили на две группы в зависимости от использованного метода гемостаза после удаления аденомы. В 1-ю группу включены 76 пациентов, которым в ложе удаленной простаты был введен марлевый тампон. 49 больных, которым выполнено ушивание ложа простаты (используя рассасывающийся атравматический шовный материал), включены во 2-ю группу. Дренирование мочевого пузыря после удаления аденомы простаты осуществляли с помощью катетера соответствующего калибра (как правило, типа Foley) проведенного в мочевой пузырь через уретру, и цистостомического дренажа (типа Пецера). Всем больным в течение первых суток налаживали систему натяжения уретрального катетера с целью компрессии баллончика на ложе удаленной аденомы и функционирование постоянного капельного орошения полости мочевого пузыря стерильным физиологическим раствором.

Клеточно-опосредованная реакция у животных при трансплантации фетальных изолированных гепатоцитов

Уразметова М.Д., Мадаминов А.А., Ахмедова Р.К.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Учитывая, что иммунная система является индикатором, отражающим состояние организма, целью нашей работы стало исследование количественных и функциональных показателей иммунного статуса при трансплантации аллогенных фетальных изолированных гепатоцитов (ФИГ) на фоне острого поражения печени хирургического генеза в эксперименте.

В эксперименте использовали 120 половозрелых беспородных крыс-самцов массой 230-280 г, которые в соответствии с правилами, принятыми Европейской конвенцией по защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных целей (Страсбург, 1986) и с одобрения Национального этического комитета, содержались на стандартной лабораторной диете по 6 голов в клетке. Все травматичные манипуляции выполняли под внутрибрюшным тиопенталовым наркозом (75 мг/кг). В соответствии с задачами эксперимента животные были разделены на 2 группы: контрольную и опытную. Контрольную группу составили крысы, у которых хирургическую модель острой печеночной недостаточности (ОПН) получали методом субтотальной гепатэктомии, заключающейся в удалении 75-85% печени по методике G.M. Higgins, R.M. Anderson (1931). После лапаротомии удаляли правую латеральную, левую латеральную и среднюю

Результаты. Повторное вмешательство из-за продолжающегося кровотечения из ложа удаленной аденомы выполнено у 9 (12%) пациентов 1-й группы, причем в первые 3-4 часа после аденомэктомии. Во всех случаях произведена повторная тампонада ложа аденомы. Следует отметить, что объем ДГП у этих мужчин был несколько больше среднего — $102,3 \pm 9,6$ мл³ ($p > 0,05$). Гемотрансфузия потребовалась из-за значимого снижения уровня гемоглобина в сыворотке крови 8 (11%) пациентам. Марлевый тампон был удален на 3-4-е сутки после оперативного вмешательства. Самостоятельное мочеиспускание восстановилось в среднем на $14, \pm 0,9$ дня. Средний срок пребывания в стационаре составил $16,6 \pm 1,7$ дня. Во 2-й группе только 2 (1%) больным потребовалась повторная операция из-за кровотечения из ложа простаты. Причиной неудовлетворительного гемостаза стала потеря компрессионной способности баллончика катетера Foley из-за его повреждения. После замены катетера кровотечение прекратилось. Ни одному больному этой группы не потребовалась гемотрансфузия. Катетер из уретры удаляли на 7-8-е сутки, самостоятельное мочеиспускание восстанавливалось на $11,6 \pm 0,8$ дня после вмешательства. Средний срок пребывания в стационаре — $13,8 \pm 1,5$ дня.

Закключение. Применение метода ушивания ложа после удаления аденомы простаты снижает риск возможного кровотечения из поврежденных артериальных и венозных сосудов. Удаление уретрального катетера в ранние сроки и восстановление самостоятельного мочеиспускания приводят к сокращению сроков реабилитации больных после традиционной чреспузырной аденомэктомии.

доли печени, оставляли нетронутой только хвостатую долю, составляющую примерно 10% объема печени. Животным опытной группы с моделью ОПН проводили внутрибрюшинную трансплантацию аллогенных ФИГ от новорожденных крысят 2-3 - дневного возраста. ИГ из печени животных выделяли модифицированным неперфузионным ферментным способом по P.Seglen (1976). Между 30 и 34 часами после моделирования ОПН ФИГ (25-30 млн кл/мл) трансплантировались внутрибрюшинным введением в дозе по 1 мл каждой крысе. После процедуры трансплантации животных помещали в теплое помещение со свободным доступом к воде и пище.

Оценка иммунного статуса включала определение относительного содержания Т- и В-лимфоцитов (CD3+, CD20+лимфоцитов), иммунорегуляторных лимфоцитов Т-хелперов/индукторов (CD4) и Т-цитотоксических/супрессоров (CD8), натуральных киллеров (CD16) с применением моноклональных антител; определение фагоцитарной активности нейтрофилов (ФАН) и циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) на 3-, 7-, 14- и 21-е сутки. Функциональное состояние Т-системы иммунитета изучали в реакции торможения миграции лейкоцитов (РТМЛ) микрометодом в замкнутом капилляре.

Трансплантация ФИГ животным с ОПН оказывало положительное влияние на показатели иммунитета. Так, корреляционный анализ иммунологических показателей выявил прямую и высокую достоверно значимую корреляционную зависимость: коэффициент корреляции Спирмена (r_s) был в пределах 0,800 - 1,000 ($p > 0,05$). На 3-и сутки отмечалось достоверное (при $p < 0,01$) увеличение уровня Т-лимфоцитов (CD3) на 12,4%, регуляторных субпопуляций CD4+клеток - на 8,2%, ФАН - на 5,3%. Недостоверно повышался иммунорегуляторный индекс (соотношение CD4/CD8) до 1,3 против 1,2 у животных с ОПН без трансплантации.

У животных контрольной группы в сыворотке крови регистрировалось значительное увеличение содержания спонтанных цитокинов с преобладанием сФСМ-активности, которая была в 7,7 раза выше, чем у здоровых животных (при ИУМ = -48,2% против +8,2% у здоровых). На 7-е сутки после воспроизведения ОПН наблюдалось повышение активности сывороточных сФСМ до -123,4% с незначительным их понижением на 14-е и 21-е сутки при ИУМ, равном соответственно -87,2% и -92,3%. У животных с ОПН на 3-, 7-, 14- и 21-е сутки этот показатель превышал контроль в 8,2; 15,3; 12,8 и 14,4 раза. Спонтанная миграция лейкоцитов на 14-е и 21-е сутки эксперимента была снижена до $36,17 \pm 3,65$ и $29,72 \pm 2,43$ ед. против $59,0 \pm 3,82$ ед. в контроле.

У животных опытной после трансплантации ФИГ отмечалось менее выраженное снижение уровня Кона-индуцированной продукции ФУМ-Л, ФСМ-Л и величины ФУМ/ФСМ. Эти показатели, особенно на 21-е сутки эксперимента, приближались к таковым у здо-

ровых животных, что указывало на повышение функциональной активности и тенденции к нормализации Т-клеточного иммунитета. Происходило также снижение активности спонтанных сФСМ в сыворотке. В отличие от животных контрольной группы, оно было менее выражено и на 21-е сутки приближалось к значениям здоровых животных; спонтанная миграция лейкоцитов при этом также находилась в пределах значений здоровых крыс. Нормализовался также общий пул Т-лимфоцитов и стабилизировалось содержание В-лимфоцитов. Исследование субпопуляционного состава Т-системы после трансплантации ИГ выявило тенденцию к его восстановлению.

Таким образом, субтотальная гепатэктомия являлась обратимой и легко воспроизводимой моделью ОПН, которая представляла минимальную опасность для окружающего персонала. В иммунном статусе крыс происходило резко выраженное изменение показателей: отмечался количественный Т-клеточный иммунодефицит с нарушением процесса иммунорегуляции, снижение Кона-индуцированной продукции ФУМ-Л и ФСМ-Л, характеризующей функциональную активность Т-лимфоцитов, дисбаланс спонтанных цитокинов сыворотки. Пересадка ФИГ новорожденных крысят животным с ОПН способствовало достоверно выраженному увеличению продолжительности их жизни ($p = 0,023$, Logrank test), а также тенденцию к сохранению уровня количественных и функциональных показателей иммунного статуса, что свидетельствовало об эффективности их при лечении ОПН хирургического генеза.

Характеристика функционального состояния пищеварительно-транспортного конвейера углеводов в динамике после операции ушивания перфоративной дуоденальной язвы на фоне разлитого перитонита

Усманов М.М., Аталиев А.Е., Тешаев О.Р., Худайбергенова Н.Ш.

Ташкентская медицинская академия

Перитонит как осложнение острых хирургических заболеваний, в том числе и язвенной этиологии, по разным данным, составляет 3,7-86% от всех осложнений и занимает ведущее место в их структуре (Бабаджанов Б.Д., Тешаев О.Р., 2004; Кузин М.И., 2001; Лобанков В.М., 2005; Шуркалин Б.К., Фаллер А.П., Горский В.А., 2007). Перитонит является одним из самых значительных этиологических факторов развития энтерального синдрома, в частности нарушения пищеварительно-транспортной функции кишечника особенностями которого являются многофакторный характер патогенеза, полиморфная клиническая симптоматика, отсутствие четких диагностических критериев, определяющих лечебную тактику (Кузин Н.М. и др., 2000; Лубянский В.Г., Насонов С.В., 2001; Rea T. et al., 2005). Это представляется нам ведущей причиной того, что, несмотря на интенсивную разработку, проблема энтерального синдрома как в отношении ясности патогенеза, так и эффективности терапии далека от разрешения (Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., 2000).

Цель – изучение влияния перитонита язвенной этиологии на функциональное состояние полостного, мембранного пищеварения и всасывания углеводов.

С применением методики углеводных нагрузок и последующего определения прироста гликемии проведен сравнительный анализ состояния пищева-

тельно-транспортного конвейера у 36 больных с неосложненной дуоденальной язвой из них 26 мужчин и 10 женщин, у 34 — с перфорацией дуоденальной язвы осложненной перитонитом, в том числе 30 мужчин и 4 женщины в динамике, на 7-10-е сутки и через 3, 6 и 12 месяцев после операции ушивания.

Было установлено, что в ранние сроки после операции резко снижается всасывание глюкозы из эквивалентных растворов глюкозы, мальтозы, сахарозы и крахмала. Степень этого снижения значительно больше, чем у больных с неосложненной дуоденальной язвой. Кроме того, при перфорации язвы, осложненной перитонитом, нарушается не только гидролитическо-транспортная функция тонкой кишки, но ряд других механизмов, ответственных за метаболизм и депонирование всосавшейся глюкозы. В отдаленные сроки после этой операции отмечается некоторая активация механизмов глюкозного транспорта из растворов моно-, олиго- и полисахаридов, степень которой, однако, недостаточна для полной компенсации нормального уровня пищеварительно-транспортного конвейера.

Выводы. 1. Механизмы развития энтерального синдрома (симптомы мальдигестии и мальабсорбции) при перитоните обусловлены нарушением физиологических взаимоотношений различных звеньев пищева-

нительно-транспортного конвейера – дискоординацией компенсаторных интеграций между функциями полостного, мембранного пищеварения и всасывания. 2. Тяжесть нарушения кишечного пищеварения зависит от типа и степени осложнения дуоденальной язвы.

Практические рекомендации. Показатели функционального состояния полостного, мембранного пище-

варения и всасывания углеводов, определяемые методом комбинированных углеводных нагрузок, эффективные критерии диагностики и прогнозирования энтерального синдрома при перитонитах, а также выбора рациональной пред- и послеоперационной нутритивной коррекции нарушенной функции тонкой кишки.

Применение биполярной электрокоагуляции в хирургическом лечении острого геморроя

Усманов Х.Х., Сарманов Д.И., Арипова Н.М.

Центральный госпиталь МВД Республики Узбекистан

До настоящего времени классическим хирургическим вмешательством при осложненном геморрое является операция Миллигана-Моргана в различных модификациях. По данным разных авторов, осложнения после геморроидэктомии возникают у 34-41% пациентов: кровотечения – у 2%, дизурические явления – у 15-26%, гнойно-воспалительные осложнения – 2%. В отдаленные сроки после операции у 2% оперированных формируются стриктуры анального канала, у 1% больных выявляется недостаточность анального сфинктера (Загрядский Е.А., 2009).

Сегодня применяются различные способы оперативного лечения хронического геморроя с помощью электрокоагуляции.

Цель исследования — изучение эффективности метода геморроидэктомии с применением биполярной электрокоагуляции при лечении больных с геморроидальной болезнью, осложнённой тромбозом.

Материал и методы. С мая 2010 г. по июнь 2011 г. в Центральном госпитале МВД РУ прооперированы 36 больных с острым тромбозом геморроидальных узлов II-III ст. с помощью биполярной электрокоагуляции. Контрольную группу составили 40 больных, оперированных методом Миллигана-Моргана во 2-й модификации ГНЦКП РФ.

Критериями оценки в обеих группах явились продолжительность операции, кровоточивость во время операции, интенсивность болевого синдрома (по визуально-аналоговой шкале, предложенной G.E.Rudkin в 1997 г. по 10-балльной системе), частота и выражен-

ность послеоперационных осложнений, таких как дизурические расстройства, послеоперационные кровотечения, сроки заживления послеоперационных ран и сроки восстановления трудоспособности пациентов. Для определения силы анального сфинктера в покое и при произвольном сокращении проводилась сфинктерометрия со сфинктерометром на тензодатчиках с браншами. Для оценки функциональной активности гладких и поперечнополосатых мышц запирающего аппарата прямой кишки в покое и при произвольных рефлекторных реакциях при данной методике операции проводилась игольчатая электромиография.

Результаты. При сравнении двух методик геморроидэктомии отмечались существенные преимущества операций с использованием биполярной электрокоагуляции (ЭРХЧ-300): меньше время оперативного вмешательства, объем интраоперационной кровопотери, интенсивность послеоперационного болевого синдрома, отсутствие необходимости применения наркотических анальгетиков, отсутствие дизурических расстройств, послеоперационных кровотечений, более быстрое восстановление трудоспособности пациентов. Сроки послеоперационной реабилитации — в среднем 2 недели.

Вывод. Применение методики геморроидэктомии с использованием биполярной электрокоагуляции у больных с острым тромбозом геморроидальных узлов достоверно снижает частоту как интра-, так и послеоперационных осложнений, сокращает сроки послеоперационной реабилитации пациентов.

Гастродуоденал яралардан қон кетишда қўшма эндоскопик даво

Файзиев А.Б., Тогаев Ш.Б., Туляков Р.П., Норбоев О.И.

РШТЁИМ Қашқадарё филиали

РШТЁИМ Қашқадарё филиалида 2009 йил сентябридан хозирги кунгача 49 беморларда актив қон кетиш турган сохага эндоскопик игна ёрдамида 1-5 мл 0,1% ли адреналин эритмаси ёрдамида инфильтрация қилиниб, қон кетиш тўхтатилган ёки интенсивлиги пасайтирилган. Қон кетиш сохасини аниқроқ кўриш имкони бўлгандан сўнг шу сохага 70% ли спирт билан инфильтрация қилинди. Шундан 27 беморларда қон кетиш интенсивлиги Форрест таснифи бўйича 1Б ва 2Б беморларда 2Ани ташкил этди. 13 беморда қон кетиш манбаи ошқозон яраси, 30 беморда — ўн икки бармоқли ичак яраси, 6 беморда — Меллори-Вейс синдроми. Барча беморларда гастродуоденал қон кетишни эндоскопик

усулда тўхтатиш имкони бўлди. 7 беморда 12 соатдан 72 соат оралиғида қон кетиш қайталаниши кузатилди, аммо қайта эндоскопик гемостаздан сўнг яна қон кетиш эҳтимоллиги юқори булган 3 беморда оператив даволаш тактикаси қўлланилди.

Шундай қилиб, гастродуоденал қон кетиш манбаи сохасини адреналин эритмаси билан инфильтрация қилиш мақсадли эндоскопик гемостаз бажаришга ва бошқа муолажаларни олиб боришга имкон яратади. Адреналин ва спиртли инфильтрациянинг комплекс холда қўлланилиши юқори самарага эга бўлиб, қулайлиги ва арзонлиги билан клиник амалиётда кенг қўлланиши мумкин.

Профилактика осложнений при использовании внутриматочной спирали

Фаттахова И.Ш., Норова Г.И., Усманова Н.Ю., Клычева Т.К.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Одним из высокоэффективных способов предупреждения от беременности является использование внутриматочной спирали (ВМС). Несоблюдение правил использования ВМС приводит к таким осложнениям как экспульсия, воспалительные процессы в органах малого таза и самому грозному — перфорации матки и органов брюшной полости. Частота перфорации матки после вставления ВМС варьирует от 0,04 до 1,2%.

За последние 5 лет в Бухарском филиале РНЦЭМП на лечении находились 4 пациентки с перфорацией матки после вставленной ВМС в возрасте от 30 до 37 лет. Причиной перфорации матки у 2 было длительное нахождение ВМС (10 и 6 лет), у 2 вставление последней в раннем послеродовом периоде при наличии TORCH-инфекции. Из анамнеза выяснилось, что диспансерное наблюдение за пациентками не проводилось, за счёт чего ВМС оставалась длительное время, при вставлении ВМС не обращали внимание на индивидуальные особенности организма. Неоднократные попытки удаления ВМС по месту жительства оказались безрезультатными. У всех женщин при УЗИ

обнаружена спираль за пределами матки, т.е. в брюшной полости. Во время операции у 2 больных ВМС перфорировала матку и наполовину находилась в брюшной полости. Произведено рассечение матки по ходу ВМС, удаление последней и ушивание перфоративного отверстия кетгутowymi швами. У 2 других больных ВМС перфорировала матку и полностью дислоцировалась в брюшную полость с рубцеванием перфоративного отверстия. Во время операции обе ВМС удалены. Все пациентки выписаны в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, для профилактики осложнений при применении ВМС, необходимы: 1) индивидуальный подбор женщин без противопоказаний к вставлению ВМС (отсутствие нарушений менструального цикла, воспалительных изменений органов малого таза, TORCH-инфекции); 2) проведение тщательной качественной диспансеризации женщин с ВМС, т.к. длительное нахождение последней приводит к воспалительным заболеваниям миометрия и гистопатическим его изменениям вплоть до перфорации матки ВМС.

Результаты хирургического лечения больных с ранением перикарда и сердца

Хаджибаев А.М., Шукуров Б.И., Рахмонов Р.О., Исаков Ш.Ш., Маткаримов З.Т., Исмаилов Г.Р.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель исследования - улучшение результатов хирургического лечения ранений перикарда и сердца.

Материал и методы. Проанализированы результаты обследования и хирургического лечения 37 пациентов с открытой травмой грудной клетки с повреждением перикарда и сердца, снаходившихся в 2001 - 2011 гг. в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи. Мужчин было 32 (86,5%), женщин — 5 (13,5%). Средний возраст пациентов 35,4 года (от 17 до 73 лет). По линии скорой помощи в клинику поступили 24 (64,9%) больных, самотеком — 13 (35,1%). Большинство раненых (67,6%) госпитализированы в течение первых шести часов. Ранение левой половины грудной клетки наблюдалось у 24 (64,9%) в, правой — у 8 (21,6%), с двух сторон — у 5 (13,5%). 17 (45,9%) больных имели одиночные, 20 (54,1%) — множественные ранения.

Обязательным методом обследования больных с открытой травмой грудной является рентгенография грудной клетки и ультразвуковое исследование. При поступлении в стационар отчетливая клиническая картина ранения и тампонады сердца — наличие колотерезанной раны в «сердечной зоне» грудной клетки, триада Бека и признаки профузного внутреннего кровотечения — наблюдались у 24 (64,9%) пациентов, которым произведена экстренная торакотомия. У остальных 13 (35,1%) пострадавших со стабильной гемодинамикой до торакотомии предварительно была применена видеоторакоскопия для определения и ликвидации причины гемоторакса (6) и гемопневмоторакса (7), так как клинко-рентгенологические признаки повреждения сердца отсутствовали.

Универсальным доступом при операции при ранении сердца мы считаем переднебоковую торакото-

мию в пятом межреберье. Затем выполняем широкую перикардиотомию спереди диафрагмального нерва, и устанавливаем источник кровотечения. При выявлении раны сердца производим временный гемостаз путем пальцевого прижатия, ушивание раны сердца нерассасывающейся атравматической иглой с использованием прокладки из перикарда (для профилактики прорезывания швов и вторичного кровотечения). При отсутствии ранения сердца производим гемостаз из краев раны перикарда. Заключительным этапом операции является санация полости перикарда, плевральной полости и наложение редких швов на перикард с оставлением «окна» на задней стенке для внутреннего дренирования.

Результаты. При рентгенологическом исследовании гемоторакс выявлен — у 7 (18,9%) раненых, гемопневмоторакс — у 16 (43,2%), расширение сердца — у 24 (64,9%), которым производилось ультразвуковое исследование перикарда и плевральной полости. Жидкость в полости перикарда удалось выявить у 24 (64,9%), плевральной полости у 23 (62,2%). У 13 больных, которым сделана видеоторакоскопия, обнаружено ранение перикарда, в связи с чем им для адекватной ревизии сердца была произведена торакотомия.

Ранение сердца выявлено у 28 (75,7%) больных, из них повреждение левого желудочка — у 14, правого предсердия — у 6, правого желудочка — у 4, левого предсердия — у 4. Ранение легкого наблюдалось у 16 (43,2%) пациентов, перикарда — у 9 (24,3%). Мы не сталкивались с ранениями коронарных артерий и внутрисердечных структур, в связи с чем в послеоперационном периоде не наблюдали осложнений в виде острого инфаркта миокарда и пороков сердца. Во всех случаях массивного внутриплеврального и/или тампо-

нады сердца старались осуществить реинфузию крови.

Программа послеоперационного ведения пострадавших с ранениями сердца включает мониторинг ЭКГ и показателей гемодинамики. Для оценки состояния плевральной полости, сердца и перикарда применяем динамическое рентгенографию и ультразвуковое исследование, позволяющие установить наличие и характер выпота в плевральной полости и полости перикарда, повреждение внутрисердечных структур, параметры внутрисердечной гемодинамики.

В послеоперационном периоде 2 (5,4%) раненым произведена реторакотомия по поводу внутриплеврального кровотечения из краев перикарда у 1 пациента и внутренней грудной артерии – у 1. Умерли 9 боль-

ных, общая летальность составила 24,3%. Все умершие пациенты не вышли из геморрагического шока.

Выводы. Мероприятия по улучшению результатов лечения ранений сердца должны включать: 1) максимальное сокращение сроков доставки пострадавших в хирургический стационар; 2) строгое соблюдение протокола инициальной диагностики ранений сердца и перикарда; при отсутствии или подозрении на повреждения последних у больных с плевролегочными осложнениями со стабильной гемодинамикой выполнять видеоторакоскопию для определения состояния органов грудной клетки и средостения; 3) мониторинг ЭКГ и динамический ультразвуковой контроль после операции для раннего выявления осложнений.

Эндовидеохирургия в лечении деструктивных форм острого аппендицита

Хаджибаев А.М., Алиджанов Ф.Б., Арипов У.Р., Эргашев Д.Н.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Показания, техника и результаты лапароскопических аппендэктомий при деструктивных формах острого аппендицита (ДФОА), в том числе и при осложненном течении, остается актуальной проблемой хирургии.

Цель исследования — обоснование показаний к лапароскопической аппендэктомии и изучение непосредственных результатов лечения.

В 2009-2012 гг. под наблюдением были 580 больных с ДФОА у которых хирургическое вмешательство начато с использованием эндовидеохирургической техники. Сопоставление с морфологическими исследованиями удаленных червеобразных отростков позволили установить следующие ДФОА: флегмонозный - у 443 (76,4%) больных, гангренозный – у 69 (11,9%), гангренозно-перфоративный – у 68 (11,7%). Осложнения ДФОА диагностированы у 198 (34,1%): разлитой перитонит – у 10 (1,7%), диффузный – у 60 (10,3%), местный – у 120 (20,6%), периаппендикулярный абсцесс – у 13 (2,2%). Сочетание 2 осложнений ДФОА установлено у 5 (0,8%) пациентов. Аппендэктомия выполнена открытым способом в правой подвздошной области у 80 (13,8%) больных, срединная лапаротомия – у 67 (11,5%), лапароскопическая – у 433 (74,7%). Лапароскопическая аппендэктомия (ЛАЭ) осуществлена по стандартной, общепринятой методике с использованием трех троакаров (два – рабочих и один – для лапароскопа), с целью профилактики воспалительных осложнений интраоперационно вводился цефтриаксон 1 г.

Переход на открытый малый доступ в правой подвздошной области после эндовидеоскопического этапа осуществлен у 80 (13,8%) больных. Причиной конверсии у 32 (5,5%) больных послужило поражение основания червеобразного отростка (ЧО) и явления тифлита. В этих случаях нами не использовался лигатурный метод обработки культи отростка. Кроме того, у 10 (1,7%) пациентов с диффузным перитонитом причинами конверсий послужили инфильтративный процесс в правой подвздошной области (2), выраженный спаечный процесс (3), кровотечение из сосудов брыжейки ЧО (1), технические сложности из-за атипичного расположения аппендикса (4). У 38 (6,5%) конверсия была связана с недостатком опыта ЛА в период внедрения метода.

ЛАЭ и санация брюшной полости при местном перитоните успешно осуществлены у 95 (16,3%) оперированных, при диффузном – у 8 (0,9%), и только у 1 больного удалось выполнить ЛАЭ при формирующемся периаппендикулярном абсцессе, когда купол слепой кишки и основание ЧО не были вовлечены в воспалительный процесс.

Наличие разлитого и диффузного перитонита у 55 (9,4%) и периаппендикулярного абсцесса у 12 (2%) пациентов мы посчитали показанием к широкой лапаротомии, которая выполнена у 67 (11,5%) больных. Подобный подход к выбору хирургического доступа является обязательным при гнойном и каловом характере выпота на фоне парезе кишечника.

В раннем послеоперационном периоде после ЛАЭ осложнения, характерные для этого заболевания, такие как внутрибрюшные кровотечения из коагулированной брыжеечки червеобразного отростка, нагноение послеоперационных ран, не наблюдались. Однако у 10 (1,7%) больных имели место воспалительные изменения в правой подвздошной области в виде инфильтрата. У 1 (0,2%) больного был абсцесс малого таза, который эвакуирован при пункции и дренировании заднего свода под контролем УЗИ.

Послеоперационные осложнения после открытых оперативных вмешательств возникли у 29 (19,7%) больных: нагноение послеоперационной раны – у 21 (14,2%), инфильтрат в области послеоперационной раны у 5 (3,4%). Произведено 3 (2%) релапаротомии в послеоперационном периоде: по поводу кровотечения из брыжейки ЧО; ранней спаечной кишечной непроходимости и продолжающегося перитонита на фоне гипертермии. Все больные после соответствующей терапии были выписаны домой.

Выводы. Противопоказаниями к лапароскопической аппендэктомии являются случаи перфорации отростка у основания, тифлита и наличия разлитого перитонита. Местный или диффузный перитонит не является противопоказанием к выполнению этого вида вмешательства при условии адекватной санации и дренирования брюшной полости. Число ранних и поздних послеоперационных осложнений после лапароскопической аппендэктомии значительно ниже, чем после традиционного открытого вмешательства.

Релапароскопия в диагностике и лечении послеоперационного перитонита

Хаджибаев А.М., Асомов Х.Х., Рискиев У.Р.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Основными факторами, способствующими улучшению результатов лечения больных с ранними послеоперационными интраабдоминальными осложнениями, являются ранняя диагностика и повторные вмешательства с применением миниинвазивных методов, направленных на устранение данных осложнений (Дуданов И.П., 2006; Галимов О.В. и др., 2007; Lampe P., 2000; Saad M., 2000).

Цель исследования — улучшение результатов лечения послеоперационного перитонита (ПП) с помощью повторных лапароскопических операций в раннем послеоперационном периоде.

Материал и методы. Проанализированы результаты диагностики и лечения 89 пациентов с ПП, находившегося в отделениях абдоминальной хирургии и хирургической реанимации Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в 2005 — 2011 гг. Мужчин было 58 (65,2%), женщин — 31 (34,8%), ранг — 28-85 лет, медиана (Md) — 39,00 лет. Все повторные лапароскопические вмешательства в раннем послеоперационном периоде как после лапароскопических, так и после традиционных лапаротомных вмешательств объединены нами термином «релапароскопия». В зависимости от вида повторного оперативного вмешательства пациенты были разделены на две группы. В 1-ю контрольную группу вошли 62 (69,7%) больных с ПП, перенесших при наличии показаний в послеоперационном периоде традиционную релапаротомию. Во 2-ю основную группу включены 27 (30,3%) пациентов, вмешательства которым начаты с видеоэндоскопического исследования. Количество выполненных у 27 больных релапароскопий 30, у 1 больного ее выполняли дважды, у 1 — трижды. Релапаротомий было всего 64, у 2 больных основной груп-

пы ее пришлось выполнить после релапароскопии.

Результаты и обсуждение. Сравнительная оценка результатов лечения показала, что лапароскопия у пациентов с ПП имеет преимущества перед лапаротомией. Лечебная лапароскопия занимала значительно меньше времени, чем лапаротомное вмешательство: соответственно $23,4 \pm 2,12$ и $52,3 \pm 3,34$ мин ($p < 0,05$). Средняя продолжительность стационарного лечения после лапароскопии составила $8,2 \pm 1,62$ суток, что достоверно ниже, чем у пациентов контрольной группы — $18,5 \pm 2,41$ суток ($p < 0,05$). Летальность в группе больных, у которых применяли лапароскопию (умерли 3 из 27 больных) достоверно ниже, чем у пациентов контрольной группы (умерли 43 из 62), что связано как с более ранним выполнением малоинвазивного вмешательства, так и с более низким уровнем его хирургической агрессии.

Эффективность релапароскопии у пациентов с ПП оценивали по их выживаемости. Летальность в результате использования лапароскопического вмешательства достоверно снизилась с 69,4% в контрольной группе до 11,1% в основной ($p < 0,05$). Графический анализ выживаемости на основании кривых выживания, рассчитанных методом Каплана-Мейера в течение 42 суток пребывания больных в стационаре, показал достоверно значимое ($P = 0,0024$, Logrank test) улучшение выживаемости, связанное с использованием видеолaparоскопии. При лечении 89 пациентов с ПП в результате осуществленных повторных лапароскопических вмешательств выздоровления удалось добиться у 24 (88,9%) пациентов, в то же время при традиционной тактике релапаротомии этот показатель составил 16 (30,6%). Это является результатом более активной тактики лечения ПП после внедрения в клиническую практику релапароскопии.

Эндоскопическое прогнозирование рецидивного кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода

Хаджибаев А.М., Алтыев Б.К., Юсупов У.Р., Назаров Ш.М., Хаджибаев Ф.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Кровотечение из варикозно-расширенных вен (ВРВ) пищевода сопровождается массивной кровопотерей и постгеморрагической анемией, в подавляющем большинстве случаев приводит к гипоксии печени и ее функциональной декомпенсации. Если при первой геморрагии составляют драматические исходы 40-50%, то при рецидивном кровотечении из ВРВ пищевода летальность достигает 90%. Однако надежные критерии риска развития рецидивного кровотечения при ВРВ пищевода до сих пор не разработаны.

Цель исследования — изучение возможностей эндоскопических способов в прогнозировании рецидивного кровотечения у больных с кровотечениями из ВРВ пищевода.

Материал и методы. Исследование проведено путем ретроспективного анализа данных диагностики и лечения 240 больных с циррозом печени (ЦП) и портальной гипертензией, осложненной кровотечением из ВРВ пищевода, находившихся в отделениях экстренной хирургии РНЦЭМП с 2001 по 2010 гг. Мужчин было

158, женщин — 82. Средний возраст больных 42,6 года.

Результаты и обсуждение. Проведенный статистический анализ результатов эндоскопического исследования убедительно свидетельствует о том, что такие эндоскопические признаки, как размер ВРВ пищевода 0,6 см и более, III степень ангиоэктазии, синюшный цвет варикозных узлов, наличие эрозивного эзофагита и ВРВ желудка являются достоверно значимыми факторами риска рецидивного кровотечения. Именно в этих ситуациях у обследованных больных наблюдались рецидивные кровотечения из ВРВ пищевода.

Выводы. 1. Результаты лечения больных с синдромом ПГ, осложнившимся кровотечением из ВРВ пищевода, наряду с общим состоянием больных, тяжестью кровопотери и выраженностью функциональной недостаточности печени, зависят также от наличия рецидива кровотечения, наблюдающегося у 18,7% пациентов. 2. Рецидивное кровотечение из ВРВ пищевода явилось одним из частых причин смерти больных, составив в структуре летальности 82,3%, что послужило

ло обоснованием необходимости мероприятий направленных на прогнозирование и предупреждение данного осложнения. 3. Такие эндоскопические признаки как размер ВРВ пищевода 0,6 и более см,

синюшный цвет варикозных узлов, III степень ангиоэктазии, наличие эрозивного эзофагита и ВРВ желудка являются достоверно значимыми факторами риска рецидивного кровотечения.

Применение эндоскопических методов в лечении портальной гипертензии, осложненной кровотечением

Хаджибаев А.М., Алтыев Б.К., Хаджибаев Ф.А., Юсупов У.Р., Хашимов М.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель исследования – оценка надежности и эффективности применения эндоскопического гемостаза при варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП).

Материал и методы. В 2009-2011 гг. в РНЦЭМП обследованы 178 пациентов с кровотечениями из ВРВП в возрасте от 17 до 68 лет (средний возраст $42,5 \pm 2,34$), из них 124 (69,7%) мужчины и 54 (30,3%) женщины.

Результаты и обсуждение. Эндоскопическое лигирование (ЭЛ) применен у 51 больного с ВРВП для остановки кровотечения или для его профилактики. Одновременно на вены накладывали от 2 до 4 эндолигатур. Применение эндолигатуры у 9 больных на высоте пищеводного кровотечения стало окончательным способом его остановки, у остальных больных эндолигатура наложена для профилактики рецидива кровотечения. Успешный гемостаз оценивался по прекращению поступления крови из источника, а также по отсутствию рецидива кровотечения.

Эндоскопическое склерозирование (ЭС) подверглись 26 больных: с целью вторичной профилактики рецидива – 11 (42,3%), в отдаленном периоде после операции при рецидивировании варикозных вен – 6

(23,1%), с целью первичной профилактики – 9 (34,6%). В качестве склерозанта использовали фибровен. Обычно в течение одного сеанса выполняли не более 2 инъекций, осуществляя воздействие на 1-2 венозных ствола.

Рецидив кровотечения до выписки из стационара после эндоскопического гемостаза возник у 8 (12,9%) (у 5 после ЭЛ, у 3 после ЭС) пациентов. Этим больным была выполнена операция лапаротомия, гастротомия, прошивание кровоточащих вен пищевода по методике Пациора.

В группе больных, перенесших ЭС, было 2 (18,2%) летальных исхода, в группе пациентов, подвергшихся ЭЛ, – 4 (7,8%). Причиной смерти у 3 больных явилась постгеморрагическая анемия, у 3 – прогрессирующая печеночная недостаточность.

Таким образом, эндоскопический гемостаз является высокоэффективным методом остановки и профилактики кровотечения из ВРВП, особенно у больных с высоким риском оперативного вмешательства. Применение эндоскопических методик гемостаза позволяет снизить летальность в этой тяжелой группе пациентов и улучшить их качество жизни.

Профилактика послеоперационных кровотечений у больных с уропатологией

Хайдаров А.Х., Артиков Д.Н., Дадажонов Ф.А., Умаров А.Р.

Ферганский филиал РНЦЭМ

Кровотечение из операционной раны встречается редко, однако оно может создать прямую угрозу для жизни больного. Наиболее часто это осложнение отмечается после операций на предстательной железе и других паренхиматозных органах, после операций у больных с травмой, после вскрытия очага у септических больных, а также у больных, страдающих гемофилией и другими геморрагическими диатезами.

В 2009-2011 гг. в урологическом отделении по поводу травмы мочевыводящих путей оперированы 76 больных, у 3 (2,5%) отмечалось послеоперационное кровотечение. Экстренная аденомэктомия выполнена у 596, послеоперационное кровотечение было у 5 (11,9). Источниками кровотечения могут быть: 1) соскальзывание лигатуры с крупного кровеносного сосуда, 2) кровотечение из нелегированных сосудов, которые не кровоточили во время операции в связи с шоком или анемией, 3) диффузное паренхиматозное кровотечение из мелких кровеносных сосудов раны в связи с нарушением свертываемости крови, 4) из кровеносного сосуда, разрушенного гнойно-септическим процессом.

Методы предупреждения послеоперационных

кровотечений зависят от вызвавших его причин: лигирование кровеносных сосудов с прошиванием предупреждает соскальзывание лигатуры, предоперационная подготовка витамином К и переливанием крови уменьшает опасность кровотечения при травме, правильные показания к тампонаде раны помогают избежать развития паренхиматозного кровотечения и т. д.

Профилактикой гематом является нетравматичное оперирование, тщательный гемостаз. У больных с геморрагическими диатезами профилактика заключается в правильной предоперационной подготовке. Мешок с песком или пузырь со льдом, положенные на область раны в течение первых 6 часов после операции, также предупреждают гематомы.

Небольшие послеоперационные гематомы обычно быстро рассасываются при применении тыла. Если наблюдается замедленное рассасывание или гематома вызывает сдавливание тканей, то показана пункция с последующим введением 50-100 тыс. ЕД пенициллина в 2-5 мл жидкости.

При нагноении гематомы и отсутствии успеха от пункций и введения антибиотиков показаны вскрытие, опорожнение и дренирование полости.

Профилактика и лечение эрозивно-язвенных поражений и желудочно-кишечного кровотечения у тяжелообожженных

Хакимов Э.А., Фаязов А.Д., Карабаев Х.К., Шакиров Б.М., Ахмедов А.А., Карабаев Б.Х., Эшмуродов О.Э.
Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

С целью подавления желудочной секреции у 106 больных мы применяли анацидные препараты, у 17 (16,0%) — блокатор М1-холинорецепторов (гастроцепин), у 87 (82,1%) — блокаторы Н₂-рецепторов гистамина (циметидин, ранитидин, гистодил, зантак, квамател), у 2 (1,8%) — блокаторы протонной помпы (омез).

Показанием к внутривенной анацидной терапии (блокаторы Н₂-гистаминовых рецепторов или ингибиторы протонной помпы) с первых суток является тяжелая ожоговая травма (ИФ>90 ед.) и язвенная болезнь в анамнезе, а также признаки желудочно-кишечного кровотечения. При отсутствии указанных показаний анацидная терапия проводится перорально (блокаторы Н₂-гистаминовых или М1-холинорецепторов). У 94% больных терапия анацидными препаратами была эффективной в профилактике массивных кровотечений.

С целью стимуляции ангиогенеза и регенерации слизистой оболочки ЖКТ у 12 тяжелых больных с 3-х суток после травмы мы применили солкосерил по 5 мл внутривенно 2 раза в день. Клиническая эффективность проявилась отсутствием у больных тяжелых деструктивных поражений ЖКТ. При морфологическом изучении биопсийного материала слизистой оболочки желудка после 7-10-дневного курса лечения была выявлена тенденция к нормализации кровообращения микроциркуляторного русла с очаговыми дистрофическими изменениями, не приводящими к деструктивному поражению.

Массивное желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК), потребовавшее эндоскопической остановки, на

фоне анацидной терапии развилось у 9 больных и у 1 пациента, переведенного из субфилиала на 8-е сутки без применения анацидных препаратов. С целью остановки продолжающегося артериального кровотечения у 7 больных и с целью профилактики рецидива кровотечения у 3 больных была выполнена эндоскопическая инфильтрация 70% спирта (2,5-5 мл) и раствора адреналина 0,1% 1-2 мл из 3-5 точек в окружности острой язвы или под сгусток. Гемостаз был эффективен у 5 из 7 больных с продолжающимся кровотечением и у 3 с угрозой рецидива. 2 больных были оперированы в связи с неэффективностью эндоскопического гемостаза и продолжающимся кровотечением. Им произведено прошивание кровоточащего сосуда в дне острой язвы желудка (1) и двенадцатиперстной кишки (1). У 1 больного после остановки кровотечения наступила перфорация острой язвы двенадцатиперстной кишки, также потребовавшая оперативного лечения.

Выводы. Методом выбора при развитии массивного кровотечения у обожженных является эндоскопический гемостаз, при невозможности или неэффективности которой следует производить лапаротомию с гастро- или дуоденотомией и прошиванием кровоточащего сосуда в язве, а при перфорации острой язвы — ее ушивание, поскольку язвы у обожженных являются острыми и не приводят к развитию язвенной болезни, а гиперхлоргидрия носит временный стимулированный характер, и по окончании острого периода ожоговой болезни желудочная секреция переходит в исходное состояние.

Диагностика и комплексное лечение илеофemorального венозного тромбоза

Хамдамов У.Р., Арабов Х.У., Мусоев Т.Я.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Тромбозы глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей и связанные с ними осложнения являются одной из наиболее частых причин смертности и инвалидности в экономически развитых странах. ТГВ нижних конечностей в общей популяции возникает с частотой 160 случаев на 100 тыс. населения в год. В результате наиболее опасного проявления венозного тромбоэмболизма — тромбоэмболии легочной артерии ежегодно погибает 1 из 1000 жителей планеты. При неадекватном лечении у трети пациентов (30%) развивается посттромбофлебитическая болезнь, приводящая к инвалидности и утрате трудоспособности.

Цель исследования — совершенствование методов диагностики и лечения острого илеофemorального венозного тромбоза у пациентов путем применения современного ультразвукового цветного ангиосканирования и своевременной комплексной терапии включая профилактику развития рецидивов.

Материал и методы. В период с 2009 года по 2011 гг. в отделении 1-й экстренной хирургии Бухарского филиала РНЦЭМП лечение получили 34 пациента с диагнозом острый илеофemorальный венозный тромбоз. Мужчин было 22 (65%), женщин — 12 (35%). В

возрасте от 30 до 39 лет было 7 (20%) больных, от 40 до 49 лет — 13 (38%), от 50 до 59 лет — 9 (26%), 60 лет и старше — 5 (16%), т.е. преобладали лица молодого, трудоспособного возраста.

Диагноз устанавливался на основании клинической картины заболевания и данных ультразвукового цветного ангиосканирования. У 25 (74%) пациентов по данным ультразвукового цветного ангиосканирования были выявлены пристеночные тромбы, а у 9 (26%) — обтурационные тромбы, в связи с чем всем больным было назначено комплексное консервативное лечение, включающее строгий постельный режим в течение 8-10 дней, возвышенное положение и эластичное бинтование конечности, антикоагулянты (клексан 0,6 п/к) до 10-12 суток, с 5-6 суток назначался варфарин до 6 месяцев или 1 года и более (по показаниям, под контролем международных нормализованных соотношений, протромбинового индекса, активизированного частичного тромбопластинового времени), дезагреганты (тромбоАСС 100 мг), препараты, улучшающие реологию крови (реосорбилакт 200,0 в/в, латрен 200,0 в/в), спазмолитики (но-шпа 2,0 в/в), флебопротекторы (венориц 500 мг) и противовоспалительную терапию

(наклофен 3,0 в/м). У всех пациентов при контрольном исследовании на 10-12-е сутки после выявления илеофemorального венозного тромбоза констатируется нормализация показателей коагулограммы, улучшение общего состояния, т.е. уменьшение болей и отёчности нижних конечностей.

Результаты исследования. За время наблюдения хорошие результаты получены у 29 (85%) пациентов, удовлетворительные у 5 (15%), тромбоэмболических осложнений не наблюдалось, т.е. рецидивов не было. Диспансерное наблюдение за пациентами продолжается. Оно включает профилактику ретромбоза 3 раза в

год. Пациентам пожизненно рекомендуется лечебный компрессионный трикотаж (Medi или др.) или эластичные бинты, а также специальный комплекс лечебной физкультуры.

Выводы. Таким образом, своевременная комплексная консервативная терапия илеофemorального венозного тромбоза в стационаре достаточно эффективна при условии регулярного ультразвукового цветного ангиосканконтроля, ответственного отношения самого пациента к своему состоянию и, конечно же, регулярного наблюдения у сосудистого хирурга после выписки из стационара.

Хирургическая тактика при остром восходящем тромбофлебите поверхностных вен нижних конечностей

Хамдамов У.Р., Ходжаев К.Ш.

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 зависит от локализации, характера распространения тромба и общего состояния больного. Лечение больных острым тромбофлебитом поверхностных вен нижних конечностей, несмотря на наличие множества новых методов лечения, остается актуальной проблемой.

Цель исследования — совершенствование тактики лечения пациентов с острым восходящим тромбофлебитом поверхностных вен нижних конечностей путем активного ведения их на этапах нахождения в стационаре.

Материал и методы. Был проанализирован клинический материал отделения 1-й экстренной хирургии Бухарского филиала РНЦЭМП за последние 2 года. В основу работы положен опыт лечения 43 больных, в том числе 29 (67,4%) женщин и 14 (32,6%) мужчин с ОВТ поверхностных вен нижних конечностей в возрасте от 20 до 67 лет. 33 (76,7%) больных ОВТ поверхностных вен нижних конечностей были трудоспособного возраста от 25 до 55 лет, что указывает на социальное значение этой болезни. У 16 (37%) пациентов болезнь была с правой стороны, у 27 (63%) с левой. Обследование включало физикальные, общеклинические, инструментальные методы: ультразвуковое дуплексное сканирование вен обеих нижних конечностей,

подвздошных вен и нижней полой вены.

Результаты. Пациенты с ОВТ оперировались в экстренном порядке — в день поступления. Всем пациентам выполнена операция Троянова-Тренделенбурга, т.е. перевязана, пересечена большая подкожная вена и ее основные притоки в месте впадения в глубокие вены бедра. Операции выполнялись под местной анестезией. В послеоперационном периоде проводилась комплексная консервативная терапия: активный режим с первых суток, компрессионная, антикоагулянтная терапия по показаниям с учетом риска возникновения тромбоэмболических осложнений, нестероидные противовоспалительные средства, флеботропная, дезагрегантная и симптоматическая терапия. Осложнений в раннем и отдаленном периодах не было.

Закключение. При ОВТ необходима неотложная госпитализация в хирургические стационары или сосудистые отделения. Считаем полностью оправданной активную тактику лечения больных с ОВТ поверхностных вен нижних конечностей, что позволяет снизить сроки лечения и ускорить реабилитацию пациентов. Таких больных необходимо рассматривать как экстренных, так как возникает угроза перехода тромбоза на глубокие вены. Оперировать их следует по экстренным показаниям с активным ведением раннего послеоперационного периода с последующей выпиской под наблюдение хирурга в поликлинику по месту жительства.

Антикоагулянтная профилактика тромбоэмболических осложнений после спленэктомии

Хамдамов Х.Х., Ходжиматов Г.М., Пахмулин И.Р., Тургунов Ш.Ш., Холматов Х.Р.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

Селезенка является одним из центральных органов системы коагуляции. После спленэктомии развивается значительное повышение свёртываемости крови, укорачивается время свёртывания и время рекальцификации плазмы, повышается толерантность плазмы к гепарину, появляется гиперфибриногенемия и тромбоцитоз, что повышает риск тромбообразования (Орлянская В.Ф., 1981).

Целью — изучение результатов гепаринотерапии в профилактике тромбоэмболических осложнений после спленэктомии.

Материал и методы. Под наблюдением был 41 спленэктомизированный больной, проходивший лече-

ние в хирургическом отделении АФ РНЦЭМП в 2006–2011 гг. в возрасте от 17 до 71 года. Мужчин — 31, женщин — 10. После спленэктомии больные были разделены на две группы: в 1-ю группу вошли 25 больных, которые в послеоперационном периоде не получали антикоагулянты, во 2-й группу включены 16 больных, которым, кроме комплексной медикаментозной терапии, с целью профилактики тромбоэмболических осложнений после спленэктомии проводили гепаринотерапию в течение 7-10 дней под контролем времени свёртывания крови и протромбинового индекса.

Результаты и обсуждение. Несмотря на проведение интенсивной комплексной терапии, у 25 больных,

перенесших спленэктомию по поводу травматического разрыва селезенки, на 5-7-й день после операции периоде отмечалось повышение протромбинового индекса (100-106%), укорочение времени рекальцификации плазмы до 150-140 с. Тромбоз глубоких вен нижних конечностей наблюдался у 4 больных, тромбоз мезентериальных сосудов — у 4. У 1 из них, перенесшего спленэктомию 10 лет тому назад по поводу травматического разрыва селезенки, развился тромбоз мезентериальных сосудов на 4-е сутки после аппендэктомии. У другого больного отмечался тромбоз легочной артерии, у 2 — пневмония, у 1 — экссудативный плеврит.

Умерли 3 больных вследствие тромбоза легочной артерия (1), тромбоза мезентериальных сосудов с гангреной тонкой кишки с перитонитом (2). С 2006 г. мы изменили тактику лечения. У 16 больных с целью профилактики тромбозов в послеоперационном периоде проводили гепаринотерапию с помощью низкомолекулярного гепарина клексана. Больным с умеренным риском развития тромбозов вводили клексан

20-40 мг подкожно один раз в сутки. Первая инъекция клексана производилась за 2 часа до операции. Больным с высоким риском развития тромбозов препарат вводили подкожно по 30 мг 2 раза в сутки, первую дозу за 12 часов до оперативного вмешательства. Длительность лечения клексаном в среднем составляла 7-10 дней под контролем ПТИ и коагулограммы. Результаты исследования показали, что у 16 больных отмечалось заметное снижение ПТИ со 101 до 78% к концу 8-х суток, отмечалось также удлинение времени рекальцификации плазмы с 155 до 210 с. Из послеоперационных осложнений пневмония была у 1, нагноение послеоперационной раны — у 2 больных. Тромбоэмболических осложнений и летальных исходов не отмечалось.

Заключение. Спленэктомия сопровождается в послеоперационном периоде повышением свёртываемости крови, являющимся причиной тромбоэмболических осложнений. В связи с этим считаем целесообразным проведение антикоагулянтной терапии после спленэктомии под контролем ПТИ и коагулограммы.

Анализ причин релапаротомий в экстренной абдоминальной хирургии

Ходжиев Д.Ш., Бабаджанов А.Х., Садыков Р.Ю.

Нукусский филиал РНЦЭМП

Проанализированы результаты лечения 505 больных из 16 стационаров, которые были разделены на 3 группы. В 1-ю группу (республиканский уровень) вошли 252 пациента, которые наблюдались в РСЦХ им. акад. В.Вахидова в 1976-2008 гг. Во 2-ю группу (городской и областной уровень) включены 176 пациентов, которые наблюдались в различных городских и областных хирургических клиниках в 2000-2008 гг. В 3-ю группу (районные больницы) составили 77 больных, которые наблюдались в 9 районных клиниках Республики Каракалпакстан в 2000-2008 гг. Женщин было 72 (22,7%), мужчин — 245 (77,3%), средний возраст больных 1-й группы — 47,15±12,09 года, 2-й — 48,12±13,28, 3-й — 35,29±11,47.

Выделено четыре основных группы факторов, в той или иной степени оказавших влияние на течение раннего послеоперационного периода.

Ведущими оказались тактико-технические ошибки. Так, в 1-й группе они встречались в — 77,8% после наиболее сложной категории операций, 61,5% после выполнения высокотехнологичных операций и 41,2% после общехирургических вмешательств. Во 2-й эти ошибки зарегистрированы соответственно в 100, 60,9, и 49,3%, в 3-й — 66,7 и 37,8%. Доминирование факторов погрешностей в выборе оптимальной тактики и

технического исполнения операции, объясняется не только хирургическими ошибками, но и другими причинами, в частности отсутствием необходимого инструментария и расходных материалов.

Анализ показал значительный процент тактико-технических ошибок в РСЦХ связан с выполнением сложных хирургических операций у более тяжелого контингента пациентов. Наибольшая частота диагностических и лечебных недочетов выявлена в районных клиниках. Если учитывать, что допущенные диагностические погрешности в итоге привели к неправильной тактике, то частота указанного сочетания факторов будет выше в группе пациентов, оперированных в стационарах городского, областного и районного значения.

Выводы. Независимо от уровня хирургической службы республики основными факторами, обусловившими развитие или прогрессирование ранних послеоперационных интраабдоминальных осложнений с последующей необходимостью выполнения повторного вмешательства, явились диагностические, тактико-технические и лечебно-профилактические недочеты, удельный вес которых в структуре всех релапаротомий достигает 66,3% в клинике республиканского значения, 76,1% — в стационарах городского и областного звена и 86,0% — в районных клиниках.

Анализ ошибок и летальных исходов при перитоните

Ходжиматов Г.М., Тургунов Ш.Ш., Хамдамов Х.Х., Холматов Х.Р.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Перитонит остается одним из наиболее частых и грозных осложнений в хирургической практики. Летальность от перитонита, по данным литературы, колеблется в пределах 0,5–50%. На кафедре хирургических болезней ФУВ АГМИ на базе Андижанского филиала РНЦЭМП в 2009-2011 гг. по поводу различных заболеваний органов брюшной полости прооперированы 6462 больных, из них 619 больных перитонитом. Частота перитонита за указанный период составила

9,5%. Из общего числа больных перитонитом мужчины составляли 54,4%, женщины — 45,5%. Большинство больных — 54,9% — лица молодого возраста (до 30 лет). Разлитой или диффузный перитонит выявлен у 151 (24,3%) больного, ограниченный — у 468 (75,6%).

По нашим данным, наиболее частой причиной перитонита был острый аппендицит. На 3321 операцию перитонит был у 8,8% больных, из которых умерли 4. В отличие от других заболеваний, осложнившихся пери-

тонитом, острый аппендицит сравнительно редко проводил к разлитому перитониту, чем обусловлены низкая общая летальность и низкий показатель летальных исходов от перитонита при этом заболевании.

Перитонит на почве перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки занимает по частоте второе место. Несмотря на большой удельный вес разлитых форм перитонита у этих больных, его послеоперационное течение было в общем благоприятным. Из 435 оперированных умерли 22 (5%), летальность от перитонита составила 1,6%.

Общее число больных острым холециститом было относительно небольшим (537). Однако по частоте возникновения перитонита (20,6%) острый холецистит среди группы хирургических заболеваний органов брюшной полости уступает лишь перфоративной язве и дает относительно высокую летальность — 16 (2,8%) за счет генерализованной формы перитонита.

Количество острых панкреатитов также невелико (17), однако то обстоятельство, что за последние 10 лет число их, особенно деструктивных форм, увеличилось почти в 2 – 2,5 раза, заставляет говорить об этом заболевании особо. Из 17 больных острым панкреатитом у 14 был диагностирован перитонит, летальность — 41,1% (7 б-х). К особенностям течения перитонита при остром панкреатите надо отнести и то, что смертельные исходы при нем наблюдали не только при разлитой и диффузной формах, но и при местном перитоните, ограниченном салниковой сумкой.

Частота возникновения перитонита у больных с ущемленной грыжей относительно невелика, что объясняется своевременной диагностикой данного заболевания и своевременной госпитализацией абсолютного большинства больных. Несмотря на это, осложнения ущемленных грыж перитонитом всё ещё встречаются, при этом отмечается высокая общая и послеоперационная летальность. Из 610 больных с ущемленной грыжей перитонит диагностирован у 77 (12,6%), из них умерли 4. Среди осложнений, явившихся причиной смерти больных от острой кишечной непроходимости, перитонит занимает одно из ведущих мест. За три года мы наблюдали 159 больных с острой кишечной непроходимостью, среди которых осложнение перитонитом отмечалось у 19,4% больных, умерли 24 (15%).

Результаты лечения послеоперационного перитонита

Ходжиматов Г.М., Тургунов Ш.Ш., Хамдамов Х.Х., Холматов Х.Р.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Послеоперационный перитонит часто возникает вследствие недостаточности швов анастомоза, гнойно-воспалительных процессов, некрозов внутренних органов, перфорации острых язв и т. д. Атипичность клинических проявлений, наслоение симптомов «послеоперационной болезни», применение современных антибактериальных средств и препаратов, изменяющих иммунологическую реактивность организма, затрудняют своевременное распознавание перитонита и, следовательно, оказание хирургической помощи, что в свою очередь значительно ухудшает результаты лечения перитонита. Летальность, по данным литературы, при послеоперационном перитоните достигает 90%.

В анализируемую группу мы включили 113 человек с тупой травмой живота. У 39 (34,5 %) из них был перитонит. Травмы живота, по нашим данным, сопровождались высокой общей летальностью — 11,5% (13 б-х).

Общие итоги лечения перитонита таковы: из 619 больных перитонитом различной формы и этиологии умерли 75. Общая летальность составила 12,1%, летальность при разлитом перитоните — 9,8%.

Анализ нашего клинического материала показал, что среднее время от начала заболевания до операции у больных со смертельным исходом от перитонита равнялось 62 ч, у больных, выздоровевших после перитонита, — 36 ч. Разница во времени составляет 26 ч; при острой кишечной непроходимости эта разница равна 36 ч, при остром панкреатите — 26 ч, при остром холецистите — 26 ч, при остром аппендиците — 16 ч, при ущемленной грыже — 14 ч.

Наиболее существенными причинами промедления с операцией являются: 1) категорический отказ родственников и больного от операций; 2) тяжелое состояние больного и необходимость проведения медикаментозной подготовки и реанимационных мероприятий; 3) ошибки в диагностике. Две первые причины существенно не зависят ни от квалификации хирурга, ни от организации работы и оснащённости хирургического отделения. Что касается ошибок в диагностике, то они требуют специального анализа.

Лечение больных перитонитом мы проводили в соответствии с общепринятыми методами. Оно заключалось в немедленной лапаротомии при установленном диагнозе перитонита, в удалении источника, тщательном осушении брюшной полости, тампонаде брюшной полости при сформированном гноянике. У абсолютного большинства больных предпочтение отдавали зашиванию брюшной стенки наглухо с использованием дренажей от систем, а также тонких дренажей для введения антибиотиков. В послеоперационном периоде настойчиво проводили опорожнение желудка и кишечника путем трансназального зондирования и активное отсасывание содержимого, коррекцию водно-электролитного баланса, внутривенное введение белковых препаратов, а также адекватную антибактериальную терапию антибиотиками широкого спектра действия.

Под нашим наблюдением были 19 больных (мужчин — 14, женщин — 5) с послеоперационным перитонитом. В возрасте от 20 до 30 лет были 3 больных, от 31 года до 40 — 2, от 41 года до 50 — 4, от 51 года до 60 — 5, старше 60 — 5.

Послеоперационный перитонит развивался у больных, оперированных по поводу резекции желудка по Б — II в модификации Гофмейстера — Финстерера (6), после ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки (1), резекции толстой кишки (2), холецистэктомии (2), закрытого повреждения органов брюшной полости (3), грыжесечения (1), кесарева сечения (2), надвлагалищной ампутации матки (1), тромбоза мезентериальных сосудов, осложненного гангре-

ной толстой кишки (1), спленэктомии (1).

Все больные с послеоперационным перитонитом были оперированы повторно. Умерли 13 (69%) пациентов. Причиной летальных исходов у 3 из них была несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка, у 2 — несостоятельность швов анастомоза толстой кишки, у 1 — травматическое повреждение двенадцатиперстной кишки, у 1 — сочетанное повреждение желудка и черепно-мозговая травма, у 1 — спленэктомия по поводу разрыва селезенки, спленомегалического цирроза печени, у 1 — надвлагалищная ампутация матки, у 1 — ретромбоз мезентериальных сосудов, у 2 — сердечно-сосудистая недостаточность в связи с преклонным возрастом, у 1 — тромбозомболии легочной артерии.

При изучении историй болезни больных с послеоперационным перитонитом выявлено, что у боль-

шинства больных после первой операции, несмотря на интенсивную терапию, отмечались усиление боли в животе, тахикардия, повышение температура тела, парез кишечника, увеличение количества лейкоцитов в крови. Этим клиническим проявлениям осложнений не было уделено должное внимание, в связи с чем диагностика послеоперационного перитонита запоздала, и больные были взяты на релапаротомию в поздние сроки — спустя 5–6–7 суток после первой операции.

Для ранней диагностики и своевременного лечения послеоперационных перитонитов необходимо: 1) в послеоперационном периоде необходимо обратить внимание на атипичные проявления клинического течения болезни; 2) проводить динамическое наблюдение за лабораторными показателями крови; 3) широко использовать лапароскопическое исследование.

Проблемы своевременной диагностики и лечения острой кишечной непроходимости

Ходжимухамедова Н.А., Туляганов Д.Б., Хаджибаев Ф.А., Мирзакулов А.Г.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Материалы. В 2001–2011 гг. в РНЦЭМП наблюдались 1519 больных с острой кишечной непроходимостью, из них 1139 (75%) — с острой тонкокишечной непроходимостью, 380 (25%) — с острой толстокишечной непроходимостью. Во время обследования механическая тонкокишечная непроходимость была исключена у 404 (35,5%) больных, 735 (64,5%) пациентов были оперированы, из них с толстокишечной непроходимостью 299 (78,7%). Наиболее многочисленную группу составили лица трудоспособного возраста от 19 до 59 лет — 65%, больных пожилого и старческого возраста было 35%.

Обследование проводилось по единой схеме с учетом сопутствующей патологии и срока госпитализации от начала появления признаков кишечной непроходимости. При наличии сомнений в диагнозе, лечебные мероприятия допустимо начинать с консервативных воздействий, одновременно проводить активное наблюдение. Сифонной клизмой нередко удается устранить копростаз, развернуть частичный заворот сигмы и ликвидировать явления кишечной непроходимости. Применение этих мер не должно откладывать самого оперативного вмешательства, лучше производить их на операционном столе.

Характер вмешательства зависит от вида непроходимости и вызвавшей ее причины. У подавляющего большинства больных выявлены существенные нарушения в системе гомеостаза, определяющие тяжесть клинического течения заболевания. Предоперационная подготовка включала: инфузионно-трансфузионную терапию, декомпрессию верхних отделов желудочно-кишечного тракта, декомпрессию верхних отделов желудочно-кишечного тракта, очистку дистальных отделов толстой кишки ниже обструкции, антибактериальную терапию и симптоматическое лечение. Учитывая, что симптоматическое лечение усугубляет тяжесть состояния пациентов, интен-

сивную терапию продолжали в ходе оперативного вмешательства. Инфузионная терапия включала гемодилюцию, улучшение перфузии тканей и реологических свойств крови, дезинтоксикацию, восполнение энергетических потребностей организма. Объем инфузионной терапии составлял 1,5–3 л в зависимости от исходного состояния пациента с момента поступления.

Нами разработан лечебно-диагностический алгоритм, состоящий из шкалы диагностических признаков и шкалы SAPS, где использованы показатели инструментальных и клинико-лабораторных данных. Кроме того, нами предложена новая методика наложения первичного межкишечных анастомозов на фоне «компрометированной» брюшной полости с применением металлического кольца из титанового сплава, которая применена у 70 больных с острой кишечной непроходимостью различного генеза. Данная методика позволяет снизить риск развития несостоятельности межкишечных анастомозов за счет стабилизации области анастомоза и уменьшению влияния на область шва внутрипросветного давления.

Сравнительный анализ двух хирургических тактик выявил преимущество использования усовершенствованного алгоритма диагностики и выбора тактики лечения. Благодаря внедрению в клиническую практику во втором периоде наблюдений усовершенствованного алгоритма диагностики и выбора тактики лечения нами была оптимизирована тактика лечения больных с ОКН. Она заключалась в ранней диагностике ОКН и дифференцированном подходе к определению показаний к операции с учетом состояния больных, объема и длительности предоперационной подготовки. В результате нам удалось избежать неоправданных операций, увеличить процент выполнения радикальных по объему операций, снизить послеоперационную летальность при ОКН почти в 2 раза.

Диагностические ошибки при апоплексии яичника

Хожибоев А.М., Рахимов Р.И., Махкамов Ё.М., Болтаев Х.А.

Чирчикский филиал РНЦЭМП

В последние 3 года (2009-2012 гг.) в Чирчикском филиале РНЦЭМП мы наблюдали 53 (5,6%) больных с апоплексией яичника из 939 женщин, госпитализированных в хирургическое отделение по поводу острого аппендицита. В возрасте до 20 лет было 14, 21-28 лет – 31, старше 28 лет – 8 женщин. В течение 6 часов от начала заболевания госпитализированы 32 (60,3%), от 6 до 12 ч – 13 (24,5%), до 24 ч – 8 (15%) женщин. Все они жаловались на боли в нижней половине живота справа без выраженной иррадиации. У 9 из них боли начались в эпигастральной области, у 13 – вокруг пупка и затем перешли в правую подвздошную область. При вагинальном исследовании гинекологом у 14 (26,4%) женщин обнаружены явления хронического аднексита. Не живших половой жизнью было 16 (30%). Только у 7 (13,2%) больных было подозрение на разрыв яичника.

39 больных были оперированы с диагнозом «острый аппендицит» под местной анестезией с применением разреза по Волковичу-Дьяконову. При рассечении брюшины у пациенток обнаружена кровь в брюшной полости, в дальнейшем операция продолжалась уже под общим обезболиванием и совместно с гинекологом. У 19 больных разрез продлен вниз, у 13 выполнен дополнительный разрез по Пфанненштилю. В брюшной полости у 29 больных обнаружено до 70 мл крови, у 10 – от 70 до 120 мл. Причиной кровотечения у 31 пациентки был разрыв правого яичника, у 8 – левого. Всем больным осуществлены органосохраняющие операции – ушивание (33) и частичная ре-

секция измененной ткани яичника (6). Во время лапаротомии обнаружены макроскопические изменения в червеобразном отростке. Аппендэктомия произведена у 16 (41%) из 39 оперированных. При гистологическом исследовании у 5 (12,8%) обнаружен катаральный, у 11 (28,2%) флегмонозный, не измененный отросток – у 23 (59%) больных.

За последние годы для уточнения диагноза нами проводится дополнительно диагностическая лапароскопия. 31 больной произведена диагностическая лапароскопия, в дальнейшем и лечебная лапароскопия. У этих больных выявлена апоплексия яичника с наличием небольшого количества крови в брюшной полости: до 70 мл у 12 (38,7%), от 70 до 120 мл – у 19 (61,3%). У всех женщин под контролем лапароскопа была удалена кровь из брюшной полости через хлорвиниловую трубку, которая оставлялась для дальнейшего контроля на 3-4 дня. Все эти больные выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии на 4-5-й день.

Таким образом, болевую форму апоплексии яичника при самом подробном клиническом и лабораторном исследовании трудно отличить от острого аппендицита. Лапароскопия, проведенная в срочном порядке, помогает не только установить правильный диагноз, но и дает основания для того, чтобы воздержаться от оперативного лечения при апоплексии яичника с небольшим внутрибрюшным кровоизлиянием. Это сокращает сроки пребывания больной в стационаре, позволяет быстрее восстановить трудоспособность.

Результаты хирургического лечения деструктивных форм холециститов у пациентов старческого и пожилого возраста

Хожибоев А.М., Турдиев Б.Т., Хаджибаев Ф.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель исследования – анализ результатов хирургического лечения деструктивных форм холециститов у пациентов пожилого и старческого возраста.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 815 больных с деструктивными формами холециститов, находившихся в отделениях экстренной хирургии РНЦЭМП в 2001 - 2010 гг., из них 271 мужчина и 544 женщины. Средний возраст больных – 68,2 года. Согласно разработанному диагностическому алгоритму, всем больным при поступлении проводили клиническое обследование, соответствующие лабораторные исследования, ультразвуковое сканирование гепатопанкреатобилиарной зоны, прогнозирование форм холециститов. Эти исследования позволили нам оценить общее состояние больных, продолжительность и выраженность приступа ОКХ, степень интоксикации пациента, изменения показателей центральной гемодинамики и микроциркуляции. Во время обследования у 85% больных установлены различные сопутствующие заболевания.

Результаты. В связи длительностью приступа ОКХ более трех суток. неэффективностью консервативной терапии и появления эхокопических признаков де-

структивных изменений желчного пузыря 527 больных в экстренном и срочном порядке были подвергнуты оперативным вмешательствам под сбалансированной общей анестезией и ИВЛ. В качестве оперативных вмешательств применялись традиционные (ТХЭ) – 114, лапароскопические (ЛХЭ) – 270 и минилапаротомные холецистэктомии (МХЭ) – 113. В послеоперационном периоде у 34 (6,4%) больных наблюдались послеоперационные осложнения в виде нагноения раны (18), послеоперационной пневмонии (11), наружного желчеистечения (2), острого коронарного синдрома (3). Показатель летальности после ТХЭ составил 4,2%, после ЛХЭ и МХЭ – 1,2%.

Выводы. Суммируя полученные данные, можно заключить, что лечение больных старческого и пожилого возраста с деструктивными формами ОКХ представляет сложную задачу. Для улучшения результатов хирургического лечения необходима коррекция метаболических изменений, обусловленных сопутствующими заболеваниями. Использование оперативных вмешательств малоинвазивных способов (ЛХЭ и МХЭ) позволяет снизить число послеоперационных осложнений и летальность, улучшить результаты лечения.

Қорин бўшлиғи ўткир хирургик касалликларида релапаротомия сабаблари

Хожикурбанов Р.Т., Ибрагимов Ш.Т., Муродов А.М.

РШТЎИМ Фарғона филиалининг Олтиариқ субфилиали

2009-2011 йиллар давомида РШТЎИМФ Олтиариқ суфилиалида қорин бўшлиғи аъзолари ўткир хирургик касалликлари билан 1734 беморда операциялар ўтказилган. Жумладан ўткир аппендицит билан 1460, ошқазон ярасини тешилиши билан 30, ўткир ичак тутилиши билан 20, қисилган чурралар билан 69, ўткир деструктив холецистит билан 9, ўткир деструктив панкреатит билан 7, қорин бўшлиғи аъзоларини шикастланишлари билан 18, ўткир гинекологик касалликлар билан 121 беморга амалиётлар бажарилган. Ушбу беморларнинг 441 (25,4%) тасида асосий касалликнинг перитонит асорати юз берган: 302 (68,4%) беморда махаллий, 139 (31,6%) нафарда диффуз ва тарқалган перитонит бўлган.

Қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир хирургик касалликлари билан операция бўлган 1734 беморлардан 6 тасида (0,34%) релапаротомия ўтказилган. Жумладан 2 беморда аппендэктомиядан сўнг ички қон кетиш, ичаклараро абсцесс, перитонит, бошқа 2 бемор

да қорин бўшлиғи аъзолари ёпиқ шикастланишидан сўнг давом этувчи перитонит ва эрта чандиқли ичак тутилиши, 1 беморда ўн икки бармоқли ичакнинг тешилган ярасини тикишдан сўнг давом этувчи перитонит ва нихоят 1 беморда бачадондан ташқари хомиладорлик билан тубэктомия операциясидан сўнг ичаклараро абсцесс асорати сабабли релапаротомия бажарилган. Ушбу 6 бемордан 1 (16,6%) кишида ўлим рўй берган.

Хулоса. Қорин бўшлиғи аъзолари ўткир хирургик касалликлари ва шикастланишида беморнинг тиббий ёрдамга ўз вақтида мурожаат қилишлари кераклиги бўйича аҳоли ўртасида тушинтириш ишларини олиб бориш зарурдир. Қорин бўшлиғи аъзолари ўткир хирургик касалликлари ва шикастланишларини эрта аниқлаш ва ўз вақтида операция қилиш, операция вақтида гемостаз, қорин бўшлиғи санацияси ва дренажлаш ишларини талаб доирасида тўла амалга ошириш муҳим аҳамиятга эга.

Диагностика и хирургическое лечение повреждений печени при травмах живота

Холматов К.К., Райимов Г.Н., Набижонов О.Г.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Проведен анализ результатов лечения 136 больных с повреждением печени в возрасте от 21 года до 63 лет. У 87 (64%) повреждения были изолированные, а 49 (36%) сочетанные. Открытые колото-резанные повреждения печени отмечались у 39 (28,7%) больных, закрытые повреждения — у 97 (71,3%) больных. Сочетанные повреждения печени были установлены у 49 (36%) больных, в том числе с повреждением желудка и кишечника были диагностированы 36% больных, поджелудочной железы у 2%, селезенки — у 11%. У 19 (14%) пострадавших, кроме выше указанных повреждений отмечались травмы опорно-двигательного аппарата и переломы костей таза. У 9 (7%) больных была диагностирована тяжелая черепно-мозговая травма. Тяжесть состояния больных в раннем периоде после травмы до развития таких осложнений как перитонит и печеночная недостаточность определяется в основном объемом кровопотери, которая у 71 (52,2%) пострадавшего превысила 1 л. В состоянии шока поступили 36 (26,5%).

В течение первых 2 часов с момента травмы доставлены 103, от 2 до 6 часов — 26, позже 6 часов — 7 больных. Наибольшие трудности в диагностике встречались при повреждениях печени в сочетании с тяжелой степенью черепно-мозговых травм, что придавало большое значение инструментальным методам обследования (рентгеноскопия грудной и брюшной полости в различных позициях, лапароцентез, лапароскопия и УЗИ).

Все пострадавшие оперированы в экстренном порядке. Пострадавшим в шоке в предоперационном периоде проводилась активная противошоковая терапия. Объем операции зависел от глубины и характера повреждения печени и желчевыводящих путей и

наличие повреждений других органов и систем.

У 72 (52,3%) больных раны печени были ушиты гемостатическими кетгутowymi швами. У 21 (16,4%) вшивание раны печени сочетали с тампонадой сальником на ножке или круглой связкой печени, с дренированием подпеченочного поддиафрагмального пространства хлорвиниловыми трубками. 26 (19,1%) больным производилась реинфузия крови до 1500 мл. При сочетанном повреждении печени и других органов брюшной полости с восстановлением повреждений произведена санация и дренирование брюшной полости. У 9 (6,6%) больным произведена спленэктомия. При сочетанных повреждениях конечностей у 3 больных осуществлено обезболивание места перелома 0,5% раствором новокаина и адекватная иммобилизация конечностей. Остеосинтез данным больным был выполнен через 2 недели. Важным мероприятием является борьба шоком на всех этапах лечения, а в послеоперационном периоде на протяжении не менее 3-5 дней.

Умерли 7 (5,1%) больных вследствие геморрагического шока, разлитого перитонита, сердечно-сосудистой и печеночно-почечной недостаточности.

В послеоперационном периоде лечебные мероприятия были направлены на ликвидацию нарушений гемодинамики и гиповолемии, борьбу с парезом кишечника. Проводилось антибактериальная и дезинтоксикационная терапия.

Таким образом, наиболее важным условием для снижения летальности при повреждениях печени является своевременная доставка пострадавшего в хирургическое отделение и проведение активных реанимационных мероприятий, а также щадящий характер оперативного вмешательства.

Подбор антикоагулянтных средств для профилактики тромбоэмболических осложнений у больных с черепно-мозговой травмой в послеоперационном периоде

Холмирзев П.Х., Пузалов Б.И., Отабаев И.И.

Наманганский филиал РНЦЭМП

Применение в послеоперационном периоде антикоагулянтных средств (АКС) является неотъемлемой частью интенсивной терапии больных с черепно-мозговой травмой (ЧМТ). За 3 года в отделение нейрореанимации госпитализированы 1645 больных, из них 412 (25%) — с ЧМТ. 118 (28,4%) из них были проведены экстренные оперативные вмешательства. В послеоперационном периоде у этих больных оценивалось состояние коагуляционной системы крови: изучены коагулограмма, гематокритное число, время свертываемости крови по Бюргеру, общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов. В первые сутки после операции заметных изменений в свертывающей системе крови не выявлено. На 2-3-е сутки у 108 (91,5%) больных наблюдалась тенденция к гиперкоагуляции крови, виде увеличения показателя гематокрита, укорочения времени свертываемости крови, увеличения числа тромбоцитов. При нарушениях в коагуляционной системе крови больным назначали гепарин 5000 МЕ 4 раза в день в/м, клексан 0,4-0,6 мл, фраксипарин 0,3 мл подкожно в околопупочную область. У больных с тяжелой степени ЧМТ применение в послеоперационном периоде АКС пролонгированного действия

(фраксипарин 0,3 мл, клексан 0,4-0,6 мл) не дало желаемого результата, т.е. показатели гемостаза в виде гиперкоагуляции сохранялись.

В связи с этим была применена следующая методика антикоагулянтной терапии: со 2-го дня после оперативного вмешательства для достижения желаемого эффекта мы начинали вводить АКС короткого действия гепарин 5000 МЕ внутримышечно 4 раза в сутки под контролем времени свертывания по Бюргеру и показателей коагулограммы. В последующие дни для поддержания нормальных показателей свертывающей системы крови применяли АКС пролонгированного действия клексан 0,4-0,6 мл в сутки или фраксипарин 0,3 мл в течение 2-3-х суток с последующей их отменой.

При использовании вышеуказанной схемы у больных, перенесших оперативное вмешательство по поводу ЧМТ, состояние свертывающей системы крови стабилизировалось.

Таким образом, использованная нами схема антикоагулянтной терапии способствовала улучшению результатов лечения у больных с черепно-мозговой травмой, предотвращению различных осложнений в системе гемостаза.

Когнитивные нарушения при псевдобульбарном синдроме

Холмуродова З.Б., Ахмедов З.К., Юлдашева Р.М., Элмуродова Н.Х., Ахмедова М.Ю.

Джизакский филиал РНЦЭМП

Цель исследования — изучение особенностей когнитивных нарушений при псевдобульбарном синдроме.

Под нашим наблюдением находились 62 пациента в возрасте от 55 до 73 лет, из них 33 (53,3%) мужчины и 29 (46,7%) женщин. Всем больным были проведены КТ-исследование головного мозга и ЭЭГ, кроме того, использовали Краткую шкалу оценки психического статуса» (MMSE).

Когнитивные нарушения проявлялись в виде неустойчивости эмоционального статуса, снижения памяти, нарушения речи, агнозии, апраксии, нарушения внимания. Нередко расстройство памяти имело временный характер (по типу «провала»). Больные забывали эмоционально значимые для них, стрессовые события. Нарушения речи проявлялись в виде сенсорной, сенсомоторной афазии. Нарушение праксиса проявлялись в виде пространственных ошибок, кинетической апраксии. Нарушения гнозиса выражались в виде зрительных агнозии (не узнавание собственных частей тела), прозопрагнозии (больные не узнавали знакомых людей). При зрительной предметной агнозии больные не могли назвать предмет и объяснить его предназначение.

Часто наблюдались пальцевая агнозия, асте-

риогноз. Нарушения внимания проявлялись в виде нарушение произвольного внимания, больные были импульсивными, отвлекаемы, сбивались на побочную деятельность, снижалась критика к окружающей обстановке и к своему состоянию.

Оценка психического статуса по шкале MMSE у 16 (55,1%) женщин варьировала от 19 до 25 баллов, у 18 (44,8%) — 22-24 балла. У 18 (54,5%) мужчин сумма набранных баллов равнялась 20-23, у 15 (45,4%) — 12-18. Когнитивные нарушения при псевдобульбарном синдроме зависят от по выраженности клинических проявлений. Большинство больных с когнитивными нарушениями становились нетрудоспособными, теряли профессиональные и бытовые навыки.

На КТ головного мозга выявлялись множественные гиподенсивные очаги и зоны атрофии. На ЭЭГ отмечалось нарастание медленноволновой и редукция быстроволновой активности.

Таким образом, в клинической картине когнитивных нарушений, сопровождающих псевдобульбарный синдром, преобладают нарушения пространственной ориентации, снижение оперативной памяти на текущие события. В связи с этим к лечению таких больных требуется дифференцированный подход.

Тактика сосудистого хирурга при акушерских кровотечениях

Хомиджонов И.Б., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т.

Ферганский филиал РНЦЭМП

За истекшие 12 лет по линии санитарной авиации нами оказана помощь 225 женщинам с акушерскими кровотечениями, находящимся на лечении в родильных домах Ферганской области, которым были произведены перевязки сосудов малого таза, причем большинство больных – первобеременные в возрасте до 27 лет.

Следует отметить, что основным и заключительным хирургическим методом остановки кровотечения явилась двусторонняя перевязка внутренних подвздошных артерий. Данную операцию выполняли при неэффективности консервативных методов лечения, развитии ДВС-синдрома, а также других хирургических вмешательств в виде наложения компрессионных швов и неадекватного гемостаза в процессе операции.

Из 225 пациенток, которым с целью остановки кровотечения были произведены перевязки сосудов ма-

лого таза, матку удалось сохранить 180 (80%). При продолжающемся кровотечении выполняли операцию удаления матки. Применение этой операции позволяло существенно снизить объем кровопотери, а также риск возможного возникновения послеоперационных кровотечений.

Умерли 15 (6,7%) пациенток. Причиной смерти явились тяжелый геморрагический шок вследствие массивной невозмещенной кровопотери и развившегося ДВС-синдрома.

Таким образом, лечения акушерских кровотечений в связи с высокой летальностью остается актуальной проблемой. Своевременная и качественная перевязка магистральных сосудов малого таза позволяет значительно уменьшить массивную кровопотерю и предупредить развитие ДВС-синдрома.

Алгоритмы и компьютерные технологии прогнозирования послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии

Хошимов В.Г., Акбарова М.А., Махмудов Н.И.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Одним из эффективных путей, позволяющих оптимизировать процесс распознавания послеоперационных осложнений, сделать его менее зависимым от клинического опыта врача, является использование компьютерных диагностических систем на основе разработанных опытными специалистами алгоритмов в виде блоков-схем, представляющих собой логическую последовательность действий врача в процессе принятия диагностических и тактических решений в наиболее типичных и наиболее часто встречающихся ситуациях. С этой целью в созданной и проходящей опытное клиническое испытание на базе Ферганского филиала РНЦЭМП комплексной медицинской информационной системе ExterNET разработана специальная программа-приложение, обеспечивающая применение различных диагностических алгоритмов.

Решение поставленной задачи осуществлено в несколько этапов: 1) формализация и структурирование вносимой информации о пациенте, 2) создание универсальной программы для использования диагностических алгоритмов, 3) внесение диагностических алгоритмов в программу.

Результатом работ на первом этапе явились: 1) создание формализованных электронных шаблонов протоколирования всех медицинских (врачебных и сестринских) записей, 2) структурирование по разделам всех лабораторных и инструментальных обследований.

На втором этапе создана универсальная компьютерная программа для использования всевозможных диагностических алгоритмов. На третьем этапе в созданную программу внесены одобренные лечебным советом центра, известные и используемые в медицинской практике диагностические алгоритмы раннего выявления послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии.

Приводим краткое описание принципа использования диагностических алгоритмов на основе компьютерной технологии МИС ExterNET.

Основным условием применения разработанной технологии является использование врачом электронных шаблонов при оформлении своего осмотра. В этом случае все врачебные записи имеют строго определенную структуру и содержат только формализованную медицинскую информацию. При протоколировании врачебной записи в послеоперационном периоде, информация автоматически проходит программную обработку через принятый диагностический алгоритм.

К примеру, принимаемые значения из параметров о состоянии больного, жалобах, объективных параметрах, местном статусе и т.д. автоматически попадают в соответствующие ячейки программного алгоритма. Аналогичным образом информация из записей медсестры (температура, выделения из дренажей, другие объективные параметры), результаты инструментальных и лабораторных обследований (они при внесении формализуются программой) автоматически проходят компьютерную обработку. Затем, после запроса врача, программой автоматически выдается информация, насколько показатели больного соответствуют наличию того или иного осложнения в послеоперационном периоде. Тут же программно подготовлена информация из утвержденных лечебно-диагностических стандартов по врачебной тактике, какие действия необходимо предпринять при наличии какого либо из послеоперационных осложнений. Запрос информации врач может осуществлять в любое время, программа после каждого внесения новой информации о пациенте в электронную историю болезни автоматически осуществляет повторную обработку данных. Предлагаемая информация помогает врачу правильно ориентироваться в динамике послеоперационного периода, выявить ранние признаки осложнений, подсказывает, на какие параметры дополнительно следует обратить внимание, какие дополнительные обследования следует провести, какую коррекцию внести в лечение. Информация несёт ре-

комендательный характер, принятие окончательного решения все же остаётся за врачом.

С нашей точки зрения, формализованный подход к диагностике послеоперационных внутрибрюшных осложнений, с применением компьютерных диагности-

ческих алгоритмов предусматривает решение главной задачи: есть у больного осложнение или оно отсутствует, а более конкретно — нуждается больной в повторной операции или необходимо консервативное лечение.

Профилактика послеоперационных местных осложнений после аллогерниопластики у больных с ущемленными вентральными грыжами

Худайбергенов Ш.А., Абидов У.О., Аюбов Б.М.

Бухарский филиал РНЦЭМП

В Бухарском филиале РНЦЭМП в 2008-2011 гг. на оперативном лечении находились 123 больных с ущемленными послеоперационными вентральными грыжами, из них 32 мужчины и 91 женщина. Средний возраст — 52±1,5 года. Из сопутствующих заболеваний у 52 (42,2%) больных была гипертоническая болезнь I-II ст., у 80 (65% все женского пола) ожирение II-III ст., у 8 из них сахарный диабет II типа. Послеоперационные грыжи образовались после операций на органах гепатобилиарной системы у 88 (71,5%), операций на почках — у 7 (5,7%), операций по поводу гастродуоденальных язв — у 14 (11,4%), после гинекологических операций — у 14 (11,4%). У 35 (28,4%) из этих больных были рецидивные вентральные грыжи. У 91 (74%) пациента были большие, у 32 (26%) — гигантские послеоперационные вентральные грыжи. В качестве протезов использовали синтетические материалы фирмы Линтекс «Эсфил». Имплантация сетки выполнялась в надапоневротической позиции «onlay».

Больные были разделены на 2 группы, сопоставимые по полу и возрасту. 1-я группа — 52 (42,3%) пациента получали профилактическую антибактериальную терапию за 30 мин до операции и в течение 4-5 суток

после операции. 2-я группа — 71 (57,7%) больной, которым, наряду с антибактериальной терапией, с первых суток послеоперационного периода назначали нестероидные препараты (диклофенак 3,0 1 раз в/м) и антигистаминные препараты (супрастин, тавегил 1,0 1,0 раз в/м) в течение 4-5 дней для снижения воспалительных процессов и реакции на аллотрансплантат.

К наиболее частым местным осложнениям относятся длительная экссудация из раны, серомы, инфильтрат послеоперационной раны, нагноение ран и кисты имплантата. У больных 2-й группы местные осложнения встречались реже, чем в 1-й группе. В основной группе из местных осложнений имели место серома у 18 (14,6%) пациентов с инсулинзависимой формой сахарного диабета и ожирением II-III ст. В контрольной группе число местных осложнений было в 2 раза больше, чем в основной.

Таким образом, использование НПВС и антигистаминных препаратов на фоне антибактериальной и инфузионной терапии позволило снизить количество местных осложнений после аллогерниопластики у больных с ущемленными вентральными грыжами.

Диагностика и лечебная тактика при остром аппендиците у беременных

Худайбергенов Ш.А., Муродов Т.Р., Абдурахманов Ш.М., Аюбов Б.М., Мухидов У.Р.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Цель исследования — оценка роли ультразвукового исследования в диагностике и выборе правильной тактики лечения при остром аппендиците у беременных.

На базе Бухарского филиала РНЦЭМП в 2005 -2011 гг. по поводу острого аппендицита были обследованы и прооперированы 65 беременных. Сроки беременности варьировали от 5-6 до 40 недель.

Для постановки диагноза пациентки были разделены на 2 группы: 1-я группа — 35 пациенток, которым выполнялось УЗИ (Sono Scape SSI-500, Китай) в положении лежа на левом боку. Описывалась сонографическая картина острого аппендицита как выявление слепо заканчивающейся трубчатой многослойной структуры диаметром более 5 мм. На основе результатов обследований этих 35 пациенток мы определили, что, кроме диаметра червеобразного отростка (более 7 мм), важным признаком острого аппендицита является отсутствие перистальтики отростка.

2-я группа состояла из 30 пациенток, УЗИ которым не проводили. Диагноз устанавливался на основании

анамнеза, объективных, клинических и лабораторных данных.

У пациентов 1-й группы диагностических ошибок не было. Несмотря на всю очевидность клинической симптоматики у 5 пациенток 2-й группы был поставлен ошибочный диагноз.

Закключение. Своевременная диагностика острого аппендицита, у беременных часто представляет сложную задачу. Современные методы диагностики острого аппендицита а именно прямые и косвенные критерии ультразвукового исследования (позволяющие исключить другие хирургические и акушерско-гинекологические заболевания), являются высокоинформативными для постановки точного диагноза острого аппендицита у беременных. Применение ультразвукового исследования у беременных привело к снижению процент акушерских и хирургических осложнений, а также напрасных удалений червеобразных отростков.

Тактика лечения больных с ранениями грудной клеткиХудайбергенов Ш.А., Ходжаев К.Ш., Муродов Т.Р., Абдурахманов Ш.М., Чулиев А.Т.
Бухарский филиал РНЦЭМП

В настоящее время ранения грудной клетки наблюдаются у 10-12% пострадавших с травмами грудной клетки. Лечение и реабилитация пострадавших отличаются значительной длительностью, летальность варьирует от 17 до 33%. В современных условиях существенно сократилось время доставки пострадавших в лечебное учреждение и соответственно время оказания квалифицированной хирургической помощи и оперативного лечения, что существенно увеличивает вероятность благоприятного исхода.

Цель исследования — улучшение результатов лечения больных с ранениями грудной клетки.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты лечения 127 пациентов с ранениями грудной клетки, поступивших в 1-е и 2-е экстренные хирургические отделения Бухарского филиала РНЦЭМП в период с 2005 по 2011 гг. Большинство больных были мужчины — 112 (88,2%), женщин было 15 (11,8%). Возраст больных — от 17 до 60 лет. У всех пациентов ранения грудной клетки носили колото-резаный характер. В первый час после получения травмы поступили 70% пациентов. В крайне тяжелом состоянии были доставлены 12 (9,4%), в тяжелом — 35 (27,5%), в состоянии средней тяжести — 48 (37,8%), в относительно удовлетворительном состоянии — 32 (25,3%).

Результаты. Принципиальное значение при выборе хирургической тактики имеет определение факта повреждения париетальной плевры. При проведении первичной хирургической обработки раны мы применяли метод «пальцевого» контроля за ходом раневого канала путем послойного расширения раны. Эта методика позволяла практически исключить ошибки, так как при инструментальном исследовании в некоторых ситуациях не представляется возможным проследить ход раневого канала из-за диагонального смещения тканей грудной стенки, что может привести к диагно-

стической ошибке. Основным методом инструментальной диагностики, как наиболее доступной в условиях ургентной хирургии, является рентгенография органов грудной клетки. Данное исследование было проведено всем пациентам. Малый гемоторакс наблюдался у 85 (66,9%), средний — у 23 (18,1%), большой — у 19 (15,0%) пострадавших.

Пациентам в крайне тяжелом состоянии, с признаками продолжающегося кровотечения, нестабильными показателями гемодинамики, оперативное лечение проводилось параллельно с реанимационными мероприятиями. У пациентов в состоянии средней тяжести объем диагностического этапа существенно расширился. При стабильных показателях гемодинамики и дыхательной деятельности проводился полноценный объективный осмотр больного, применялись инструментальные методы исследований: рентгенография грудной клетки, ультразвуковое исследование грудной и брюшной полостей. Всем пациентам с признаками гемопневмоторакса было выполнено дренирование плевральной полости. Торакотомия выполнена у 32 (25,1%) пострадавшего: при кровотечении из поврежденного легкого — у 25 (78,1%), ранении сердца — у 3 (9,4%), сосудов грудной стенки — 4 (12,5%). У 95 (74,9%) пациентов имели место непроникающие ранения грудной стенки в связи чем они были госпитализированы для динамического наблюдения. Объем оперативного лечения в этой группе ограничивался проведением первичной хирургической обработки ран.

Заключение. Показаниями к торакотомии при ранениях грудной клетки считаем подозрение на ранение сердца и магистральных сосудов, а также продолжающееся внутривидеальное кровотечение (более 500 мл/ч крови по дренажу) при стабильных показателях гемодинамики, кроме того подозрение на торакотомический характер ранения.

Роль эхографии в диагностике острого деструктивного холециститаХудайбергенов Ш.А., Мурадов Т.Р., Мухидов У.Р., Абдурахманов Ш.М., Чулиев А.Т.
Бухарский филиал РНЦЭМП

Острый холецистит составляет значительную долю хирургических заболеваний органов брюшной полости, по частоте уступая лишь аппендициту. В последнее десятилетие наблюдается неуклонный рост числа больных острым воспалением желчного пузыря и его осложнениями. Послеоперационная летальность при остром холецистите составляет 1,5–12 %, а у больных пожилого возраста достигает 15-25%. Одним из первых и обязательных методов обследования пациентов с подозрением на острый холецистит является ультразвуковое исследование (УЗИ).

Цель исследования — улучшение результатов ранней ультразвуковой диагностики деструктивных форм острого холецистита путем использования современных технологий серошкальной эхографии.

Материал и методы. Под наблюдением находились 123 больных с подозрением на острый холецистит в возрасте 30-79 лет. Более 70% пациентов составили лица старше 45 лет. Диагноз острого холецистита установлен на основе клинических, лабораторных,

ультразвуковых, эндоскопических методов исследования, а также мультиспиральной компьютерной томографии и верифицирован операционными находками и результатами гистологических исследований.

УЗИ органов брюшной полости выполнялось современным прибором SSI-5000 (фирмы Sono Scare, Китай), снабженными мультиспиральными конвексными, линейными датчиками. При проведении УЗИ органов брюшной полости мы придерживались общих принципов, рекомендованных специалистами ультразвуковой диагностики ВОЗ.

Результаты. В первые трое суток от начала заболевания в стационар поступили 74 (63,2%) из 123 пациентов. Отмечалась прямая зависимость между давностью заболевания и формой острого холецистита. Количество деструктивных форм острого холецистита возрастало по мере увеличения времени между первыми клиническими проявлениями заболевания, госпитализацией и оказанием адекватной медицинской помощи. У 15,7% пациентов острый холецистит сопро-

вождался механической желтухой, у 9,4% заболевание осложнилось развитием перивезикального абсцесса.

Внутрипузырная желчная гипертензия эхографически проявлялась увеличением размеров желчного пузыря. Изменение линейных размеров желчного пузыря зарегистрировано у 92% пациентов острым калькулезным холециститом. При этом длина желчного пузыря колебалась от 80 до 150 мм, а толщина — от 42 до 59 мм. Состояние стенки желчного пузыря и паравезикальных тканей имеет решающее значение в постановке правильного заключения.

При катаральной форме острого холецистита наблюдалось утолщение стенки до 5-6 мм без признаков расслоения и наличия «двойного контура». Выявление симптома «двойного контура» свидетельствует о выходе патологического процесса за пределы пузыря и трактуется как острый деструктивный холецистит.

Перивезикальные абсцессы (5) локализовались в зоне ложа желчного пузыря в виде гипоанэхогенных участков неправильной округлой формы с нечеткими

контурами и зоной перифокального повышения эхогенности. Перитонит выявлялся в виде наличия свободной жидкости в подпеченном, поддиафрагмальном пространствах и малом тазу.

Симптом «гепатизации» желчного пузыря наблюдался у 18% пациентов с калькулезным холециститом. Просвет желчного пузыря был заполнен взвешенными эхопозитивными линейными структурами средней и умеренно повышенной эхогенности, неотличимыми от печеночной паренхимы. По результатам оперативного вмешательства такая эхографическая картина была характерна для эмпиемы желчного пузыря. Ультразвуковой симптом Мерфи регистрировался у всех пациентов.

Таким образом, УЗИ позволяет наиболее точно установить наличие деструктивного холецистита, выявить экстравезикальные осложнения и прогнозировать течение воспалительного процесса, что позволяет хирургу выбрать наиболее оптимальную тактику лечения.

Эндохирургическое восстановление проходимости при доброкачественных стенозирующих образованиях гортани, трахеи и бронхов

Худайбергенов Ш.Н., Эшонходжаев О.Д., Ирисов О.Т., Хаялиев Р.Я., Ризаев Э.О.

Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В.Вахидова

Цель работы — оценка эффективности эндохирургических методов удаления доброкачественных стенозирующих образований гортани, трахеи и главных бронхов.

Материал и методы. Проведен анализ результатов диагностики и лечения 48 больных со стенозирующими доброкачественными образованиями гортани, трахеи и бронхов в возрасте от 12 до 68 лет, получивших лечение в отделении хирургии легких и средостения Республиканского специализированного центра хирургии им. акад. В.Вахидова. Среди них лиц мужского пола было 18 (37,5%), женского 30 (62,5%). Среди причин, приведших к нарушению проходимости дыхательных путей, были опухолевидные доброкачественные образования. При гистологическом исследовании выявлены фибромы, полипы, папилломы, аденомы, хондромы и гемангиомы. У 14 больных причинами нарушения аэродинамики были гранулемы трахеи, возникшие после трахеостомии или длительной ИВЛ, в результате реанимационных мероприятий, необходимых при лечении и реабилитации больных после автоаварий, падения с высоты и других травматических поражений, а также после выведения больных из миастенического криза и хирургических вмешательств. У 17 больных с доброкачественными стенозирующими образованиями гортани, трахеи и главных бронхов, поступивших в декомпенсированной стадии с дыхательной недостаточностью, после инструментального обследования (фибробронхоскопия с биопсией и мультислайсной компьютерной томографии) в экстренном порядке были выполнены следующие виды эндоскопических вмешательств: лазерная фотодеструкция, эндоскопическое удаление с помощью электрокоагуляционной петли, проводимой посредством поднаркозной ригидной бронхоскопии дыхательными тубусами бронхоскопов Шторца, а также через инструментальный канал фибробронхоско-

пов Olympus и Pentax под местной анестезией и внутривенной седацией. 31 пациенту без клинических проявлений выраженной дыхательной недостаточности проведены плановые эндоскопические вмешательства. Для лазерной фотодеструкции применялся YAG-лазер с гелий-неоновым пилотом. Лазерное излучение доставлялось в зону воздействия через инструментальный канал бронхоскопа по кварцевому волоконному световоду.

Результаты. После проведенных экстренных или плановых эндоскопических вмешательств с восстановлением просвета дыхательных путей состояние больных значительно улучшалось, полностью исчезала одышка, восстанавливалась фонация, переставал беспокоить кашель, купировались признаки бронхита, возникшего в результате нарушения экспекторации слизистой или слизисто-гнойной мокроты. После эндоскопического удаления образований больным проводилась небулазная терапия муколитиками, бронхолитиками, противоотечными и десенсибилизирующими препаратами. После выписки из стационара больные проходили контрольные эндоскопические осмотры через 1, 3 и 6 месяцев. Рецидива не отмечено.

Заключение. Эндохирургическое лечение, включающее удаление доброкачественных экзофитных новообразований гортани, трахеи и бронхов путем применения лазерного излучения, является эффективным и самостоятельным методом лечения. Эндохирургические вмешательства, производимые посредством фибро- и ригидной бронхоскопии с помощью современных высокоэнергетических лазеров при стенозирующих доброкачественных заболеваниях трахеи, гортани и бронхов, являются методом выбора, позволяющим предотвратить асфиксию и спасти жизнь больного, восстановить трудоспособность, восстановить фонацию и улучшить их качество жизни.

Опыт проведения консервативной миомэктомии во время беременности

Хусанходжаева М.Т.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Миома матки (ММ) — наиболее часто встречающаяся опухоль репродуктивной системы. В последние годы отмечается отчетливый рост частоты данной патологии при беременности — от 0,5 до 6%. При ургентных осложнениях ММ (ишемия миоматозного узла, быстрый рост опухоли, угроза прерывания) во время желанной беременности встает главный вопрос о возможности донашивания беременности до срока родов. При этом возникает вопрос о проведении хирургического лечения в объеме консервативной миомэктомии (КМ).

Цель исследования — изучение целесообразности, эффективности и безопасности проведения КМ во время желанной беременности с целью ее сохранения.

Материал и методы. В 2001 по 2011 гг. в отделении гинекологии РНЦЭМП МЗ РУз зарегистрирован 41 случай проведения КМ во время беременности. У всех женщин беременность была желанной, что послужило основным фактором формирования данной выборки. Вторым ведущим условием подбора больных была интраорганная локализация ММ. Сроки беременности составили от 6 до 34 недель. Возраст беременных — от 24 до 42 лет ($29,0 \pm 2,5$ года). О наличии ММ до беременности знали 23 (56,1%) женщины, у остальных она впервые была выявлена во время настоящей беременности. Первородящих, включая повторнородящих, была 21 (51,2%), повторнородящих — 20 (48,7%), многорожавших не было. Всем женщинам проводилась КМ, так как перспектива развития беременности представлялась весьма сомнительной из-за наличия нарушения питания миоматозного узла, быстрого его роста в течение настоящей беременности, отсутствия эффекта от сохраняющей беременность терапии.

Результаты и обсуждение. У всех наблюдаемых женщин отмечался больший или меньший рост миомы в течение настоящей беременности. У 17 (41,4%) мы охарактеризовали его как быстрый по следующим со-

ображениям. Рост миомы, превышающий её первоначальный (до беременности) размер в 2 раза, наблюдался у 9, в 3-4 раза — у 5, в 5 раз — у 2. При этом только у 3 из 17 имел место центростремительный рост узлов с деформацией полости матки. По передней стенке и дну тела матки узлы располагались у 7, по задней стенке — у 4, по задней и передней стенке тела матки — у 3. Нарушение питания миоматозных узлов, выявленное клинически у 23 (56,0%) из 41 пациентки, верифицировано гистологическими исследованиями во всех без исключения случаях. У 15 из 23 пациенток миома была моноузловой крупных размеров (от 6 до 10 см и более), у всех залегала, затрагивая сосудистый слой миометрия. У 4 из 23 пациенток на фоне беременности 9 недель величина опухоли в дне матки достигала 18 см в диаметре, превышая первоначально установленный во время беременности размер в 5 раз. У 7 из 23 миоматозные узлы располагались в дне и теле по передней стенке матки, у 3 в области маточно-трубного угла справа, также по передней стенке матки, у 2 в теле матки по задней стенке. Интраоперационная кровопотеря в среднем колебалась от 150,0 до 600,0 мл. Послеоперационных осложнений не отмечалось. В результате проведенной операции сохранить беременность удалось у 39 (95,1%) из 41 женщины. Беременность прервалась у 2 (4,8%) пациенток через 14 дней после проведения КМ в сроки 11 и 15 недель. Все 39 женщины доносили беременность до 37-39 нед., у всех проведено оперативное родоразрешение (кесарево сечение). Перинатальной смертности не было.

Таким образом, анализ ближайших и отдаленных результатов проведения реконструктивно-пластических операций при миоме матки свидетельствует о целесообразности и эффективности данного вмешательства. Значение этой операции определяется возможностью создания благоприятных условий для вынашивания беременности и реализации репродуктивной функции у женщин с нарушенной фертильностью.

Коронарное шунтирование на работающем сердце — эффективный путь профилактики периоперационных осложнений

Шарипов И.М., Исамухамедов Ш.Ш., Эгамбердиев Ш.И., Хашимов Х.Р., Вахидов Т.З., Маткаримов З.Т.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Ишемическая болезнь сердца остается доминирующей патологией сердечно-сосудистой системы. Наиболее радикальным способом лечения больных с ишемической болезнью сердца, как известно, является хирургическая реваскуляризация миокарда.

В последние годы в хирургии ишемической болезни наметилась тенденция к выполнению операций коронарного шунтирования (АКШ), на работающем сердце. Стремление хирургов отказаться от искусственного кровообращения (ИК) при коронарном шунтировании обусловлено, прежде всего, тем, что экстракорпоральная перфузия сопровождается системным противовоспалительным ответом, высокой частотой сердечной недостаточности и необходимостью в инотропной поддержке миокарда, риском таких опасных осложнений, как микроэмболия мелких ветвей

церебральных и легочных артерий, послеоперационные расстройства системы гемостаза, печеночная и почечная недостаточность.

Цель работы — изучение влияния операций АКШ на работающем сердце без ИК на частоту периоперационных осложнений.

Материал и методы. Проведен сравнительный анализ результатов хирургического лечения 107 больных ИБС в условиях работающего сердца (1-я группа — 50 больных) и в условиях ИК (2-я группа — 57 больных). Мужчин было 99 (92,5%), женщин — 8 (7,5%). Средний возраст больных 1-й группы — 54,8 года, 2-й — 55,4 года. В обеих группах у 81 (75,7%) пациента был ПИКС, у 24,3% — нестабильная стенокардия. Средний показатель сократительной способности ЛЖ составил $53,8 \pm 0,6\%$.

Результаты и обсуждение. В 1-й группе среднее число шунтов составило 2,6; во 2-й — 2,9. У 50,5% больных выполнена реваскуляризация 3-4 коронарных сосудов. Количество шунтов варьировало от 1 до 5 штук. Длительность операции в 1-й группе составила $285,7 \pm 11,5$ мин, во 2-й — $377,7 \pm 16$ мин. Средний риск по EUROSCORE при вычислении составил соответственно $3,7 \pm 0,3$ и $3,8 \pm 0,3$. Инотропная поддержка в 1-й группе понадобилось 5 (10%) пациентам, во 2-й — 36 (63,2%) ($p < 0,001$). Кровопотеря после операции по дренажам равнялась соответственно $488,4 \pm 34,2$ и $584,2 \pm 81,9$ мл, количество трансфузий компонентов крови интраоперационно — $373,7 \pm 105,4$ и $1042,9 \pm 107,8$ мл, в реанимационной палате — $327,6 \pm 84,8$ и $1156,5 \pm 151,3$ мл. Время пребывания в ОРИТ больных 1-й группы — $28,3 \pm 3,3$ ч, 2-й — $41,7 \pm 4,0$ ч. Нелетальные осложнения (инфицирование раны, пневмония, лимфорея) в 1-й группе наблюдались у 7 (14%) больных, во 2-й — у 20 (35,1%). В 1-й группе летальных исходов не было, во 2-й группе умерли 3 (5,3%) больных. Боль-

ные двух групп были сопоставимы по исходным клинико-функциональным показателям. Результаты анализа свидетельствуют о том, что операции АКШ на работающем сердце характеризуются меньшей операционной травмой за счет уменьшения времени операции, снижением трансфузии компонентов крови как во время операции, так и в ближайшем послеоперационном периоде, сопровождаются существенным укорочением периода пребывания больных в реанимационной палате, что в свою очередь ведет к заметному снижению уровня нелетальных осложнений и госпитальной летальности. При этом объем реваскуляризации коронарных сосудов остается сравнительно одинаковым.

Вывод. Операции АКШ на работающем сердце являются безопасным и эффективным методом хирургического лечения ИБС, т.к. достоверно снижают частоту периоперационных осложнений, в отличие от операций с использованием АИК.

Результаты оперативного лечения рубцовых стенозов трахеи

Шаумаров З.Ф., Рахманов Р.О.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Основным способом лечения стеноза трахеи считается циркулярная резекция трахеи. Смысл операции заключается в удалении пораженной части трахеи, однако очень важно резекцию выполнять в пределах здоровой непораженной трахеи. Иначе очень высок риск повторного развития стеноза. О серьезности такой операции говорит тот факт, что такие операции стали применяться широко только во второй половине XX века. Результаты успешны в 97% случаев.

Под нашим наблюдением находились 45 больных с рубцовыми стенозами трахеи, развившимися вследствие длительной интубации трахеи или после наложения трахеостомии (вследствие тяжелых сочетанных травм у 33, тяжелых телесных ранений у 3 и у 9 коматозных больных). У 16 пациентов рубцовый стеноз трахеи развился вследствие длительного ИВЛ через интубационную трубку, у 29 — после наложения трахеостомы. 19 больных поступили с трахеостомой.

Обратившимся больным, наряду с общеклиническими и рентгенологическими методами, произведены спирография, бронхоскопия, мультислайсная компьютерная томография.

Операцию выполняли под эндотрахеальным наркозом. Оротрахеальную интубационную трубку малого диаметра максимально проводили за стенозированный участок трахеи, при невозможности интубацию производили после предварительного бужирования участка стеноза специальными бужами. При стенозах шейного отдела вмешательство выполняли через шейный доступ. При стенозе грудного отделов

трахеи использовали шейный доступ с частичной верхней стернотомией. 41 больному произведена циркулярная резекция трахеи с анастомозом «конец в конец» с протяженными рубцовыми стенозами, 1 — одномоментная двухуровневая циркулярная резекция шейного и грудного отдела трахеи с анастомозом «конец в конец» с мультифокальным рубцовым стенозом, у 3 больных с изолированными, невыраженными стенозами шейного отдела трахеи после интубационного стеноза и трахеостомии осуществлены сеансы коагуляционной деструкции и дилатации стенозирующего участка с улучшением проходимости.

42 больных, выписанные с хорошим и удовлетворительным результатом, обследованы в отдаленные сроки. У 2 больных после операции развился рестеноз, который ликвидирован малоинвазивными методами лечения. 1 больной с тяжелой сочетанной патологией умер от аррозивного кровотечения на 6-е сутки после операции резекции протяженного рубцового стеноза шейно-грудного отдела трахеи с анастомозом «конец в конец» при возникновении ситуации повторной интубации трахеи из-за неадекватности состояния.

Таким образом, имея опыт лечения тяжелого поражения трахеи, мы считаем, что больных необходимо по возможности подвергать раннему оперативному вмешательству. При сочетании тяжелой патологии и неадекватного состояния больного, возможности возникновения ситуации повторной интубации трахеи, протяженных стенозах от радикального хирургического вмешательства на трахее лучше воздержаться.

Тактика хирургического лечения закрытых повреждений диафрагмы

Шукуров Б.И., Гулямов Б.Т., Кучкаров О.О., Исаков Ш.Ш.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Закрытые повреждения диафрагмы остаются нерешенной проблемой экстренной хирургии как мирного, так и военного времени, что обусловлено непрерывным ростом травматизма и тем обстоятельством, что большинство пострадавших являются людьми моло-

дого и трудоспособного возраста. Кроме того, наряду со скачкообразным ростом числа пациентов с торакоабдоминальными травмами, все еще сохраняется высокий уровень диагностических и тактических ошибок при лечении этой категории пострадавших. Их причи-

нами являются тяжесть состояния пациента и шок, маскирующие симптомы повреждения органов грудной и брюшной полостей, наркотическое или алкогольное опьянение, нередко наблюдающееся у этих пациентов. Учитывая, что пациенты с закрытой травмой груди и живота относятся к группе наиболее тяжелых, эта проблема не теряет своей актуальности и в настоящее время (Щербатенко М.К. и др., 1972; Бисенков И.Н., 1995; Adegboye V.O. et al., 2002).

Нами проанализированы результаты хирургического лечения пострадавших с разрывами диафрагмы при закрытой травме груди и живота с целью разработки и оптимизации дифференцированной хирургической тактики.

Изучены клинический материал 39 больных с разрывами диафрагмы при травме груди и живота, находившихся в отделе экстренной хирургии РНЦЭМП в 2000-2011 гг. Мужчин было 26 (66,7%), женщин – 13 (33,3%). Возраст больных – от 17 до 67 лет (средний возраст – $36,8 \pm 4,67$).

При поступлении у 11 (28,2%) состояние средней степени тяжести, у 20 (51,3%) – тяжелое, у 8 (20,5%) – было оценено как крайне тяжелое. До 6 часов с момента травмы госпитализированы 33 (84,6%), после 6 часов – 6 (15,4%) пострадавших. У 35 (89,7%) пострадавших, помимо разрывов диафрагмы, имелись сочетанные повреждения других органов и костей скелета.

Торакоскопия выполнена 25 (64,1%) пострадавшим. Анализируя данные этого исследования и учитывая возможности эндовидеохирургической методики, мы определили следующие показания к видеоторакоскопии при закрытой травме груди: пневмоторакс, гемоторакс или гемопневмоторакс, независимо от их объема и степени коллапса легкого, в том числе и при наличии множественных и двойных переломов ребер с образованием реберного клапана; подозрение на гемоперикард. При торакоскопии различные патологические изменения были выявлены у 100% пострадавших. Так, гемоторакс имел место у 100%, разрыв диафрагмы – у 100%, продолжающееся кровотечение – у 44,0%, разрыв легкого – у 28,0%, пневмомедиастинум – у 16,0%, пролабирование органов брюшной полости – у 20,0%. Из представленных данных видно, что

торакоскопия является высокоэффективным методом диагностики повреждений органов плевральной полости и диафрагмы.

Диагностическая лапароскопия выполнена 26 (66,7%) пострадавшим. Различные повреждения, в том числе разрыв диафрагмы, выявлены у всех пациентов, что свидетельствует о весьма высокой чувствительности этого метода. Если обнаружение повреждений левого купола диафрагмы при лапароскопии не вызывает особых затруднений, то видеоревизия правого купола, особенно ее задненижних отделов, весьма затруднена из-за печени и ее связочного аппарата. Одним из маркеров разрыва задненижних отделов правого купола диафрагмы является подтекание крови из-под заднего края печени. Сочетание торакоскопии с лапароскопией было у 10 пациентов.

Конверсия диагностической торакоскопии была у 8 (32,0%) больных из 25: у 2 – выполнена торакотомия в связи массивным гемотораксом, у 6 – видеоассистированная торакоскопия, причинами которых были разрывы легкого и свернувшейся гемоторакс. Все случаи торакотомии были завершены ушиванием дефекта диафрагмы.

Конверсия в широкую лапаротомию выполнена у 20 (76,9%) из 26 больных. Причинами этого были повреждения органов брюшной полости (у 11 разрыв селезенки, у 6 разрыв печени, у 3 кровотечение из брыжейки кишки). У 8 пациентов органы брюшной полости были пролабированы в грудную полость.

Таким образом, в диагностике и при выборе тактики хирургического лечения закрытых повреждений диафрагмы следует учитывать высокие лечебно-диагностические возможности эндовидеохирургической техники. Чувствительность видеоскопических методов диагностики при разрыве диафрагмы достигает до 100%. Эти вмешательства отличаются меньшей травматичностью, в результате чего значительно легче протекает послеоперационный период. Кроме того, сроки социальной медицинской реабилитации пациентов, оперированных видеоскопическим способом, намного меньше, чем в группе пострадавших, подвергшихся традиционным вмешательствам.

Анализ послеоперационных осложнений распространенного перитонита

Эрметов А.Т., Исхаков Б.Р., Солиев Б.Э.

Наманганский филиал РНЦЭМП

Распространенный перитонит (РП) до настоящего времени сопровождается высокой летальностью от 19 до 60%, приводя к быстрому нарастанию эндогенной интоксикации и тяжелым расстройствам гомеостаза. Особенно неблагоприятно в прогностическом отношении протекает РП с развитием синдрома “полиорганной недостаточности”, развивающийся в 50% случаев. Применение новых хирургических технологий и комплексов лечения не способствуют снижению летальности. Это связано с высокой частотой послеоперационных осложнений, среди которых доминируют локальные воспалительные и раневые процессы, несостоятельность швов полых органов и образование несформированных кишечных свищей. На этом фоне развиваются системные осложнения, которые приводят к прогрессированию полиорганной дисфункции и

смерти 67–90,4% пациентов. Существенным фактором, влияющим на летальность у данного контингента больных, является развитие послеоперационных осложнений в результате высокой травматичности оперативных пособий.

Нами проанализированы результаты обследования и лечения 431 пациента с диагнозом РП, находившегося в отделениях абдоминальной хирургии и хирургической реанимации. Мужчин было 299 (69,37%), женщин – 132 (30,63%), ранг – 15-90 лет, медиана (95% ДИ)=47,00 (44,00-50,00) лет. Контрольной группой служили 240 (55,7%) пациентов, которым проводилось стандартное хирургическое лечение. Основную группу составили 191 (44,3%) больные, распределенный на 5 подгрупп: 1) сепсис-SIRS2, 2) сепсис-SIRS3, 3) сепсис-SIRS4, 4) тяжелый сепсис и 5) септический шок. В осно-

ву распределения легли критерии сепсиса, предложенные согласительной конференцией Американского колледжа пульмонологов и общества специалистов критической медицины — АССП/SCCM (1992). В соответствии с этим разделением при выборе метода хирургического лечения использовался дифференцированный подход к лапароскопической санации брюшной полости в зависимости от исходной тяжести состояния больного. Для этого был разработан алгоритм показаний и противопоказаний к проведению лапароскопической санации.

Результаты лечения больных, оперированных по поводу перитонита, показали, что летальность при РП после применения дифференцированной тактики лечения достоверно снизилась с 45,0% в контрольной группе до 29,3% в основной ($p < 0,05$).

Анализ выживаемости на основании кривых выживания, рассчитанных методом Каплана-Мейера, в течение 47 суток пребывания больных в стационаре показал достоверно значимое ($P = < 0,0001$, Logrank test) улучшение выживаемости, связанное с использованием дифференцированной тактики хирургического лечения.

Необходимо отметить, что около 10% больных контрольной группы были живы на момент завершения исследования свыше 47 суток. Наибольшая выживаемость зафиксирована среди больных основной группы. В частности к этому сроку наблюдения остались живы более 50% больных 1-й и 5-й подгрупп в результате более гладкого течения послеоперационного

периода. Отмечалось статистически достоверное уменьшение количества послеоперационных койко-дней с $12,02 \pm 6,75$ ($\pm SD$) в контрольной группе до $8,92 \pm 5,72$ ($\pm SD$) в основной ($p < 0,05$).

Таким образом, дифференцированный подход к лапароскопической санации брюшной полости имеет существенные преимущества перед традиционной тактикой релапаротомии. К ним относятся малотравматичность метода: лапароскопическая санация позволяет провести оперативное лечение без широкого разреза брюшной стенки и значительного травмирования внутренних органов. Это обеспечивает гладкое течение послеоперационного периода, показателями чего являются раннее купирование болевого синдрома и раннее восстановление двигательной активности. Немаловажную роль играет возможность проведения малотравматичной, но в тоже время адекватной санации, что значительно уменьшает выраженность послеоперационного пареза кишечника. И, наконец, применение лапароскопического способа лечения приводит к снижению осложнений после повторных вмешательств, частоты летальных исходов сокращает сроки пребывания больных в стационаре. В то же время необходимо отметить, что применение лапароскопии в диагностике и лечении РП не исключало применение традиционного хирургического вмешательства, которое должно выполняться при неэффективности или невозможности лапароскопического лечения.

Осложнения лапароскопической холецистэктомии и их лечение

Эрметов А.Т., Исхаков Б.Р., Юлдашев О.М., Исхаков Н.Б.

Наманганский филиал РНЦЭМП

Нами проанализированы результаты лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), выполненной у 2915 больных с острым калькулезным холециститом. Мужчин было 586 (20,1%), женщин — 2329 (79,9%) в возрасте от 9 до 89 лет. Длительность заболевания варьировала от 12 часов до 8 суток.

Распределение больных в зависимости от формы острого холецистита выглядело следующим образом: катаральный — у 61 (2,1%), флегмонозный — у 2145 (73,6%), гангренозный — у 709 (24,3%).

Острый калькулезный холецистит осложнился перитонитом у 319 (11%) пациентов, из них у 147 (46,1%) был ограниченный (парапузырный абсцесс и инфильтрат), у 118 (37%) — неограниченный местный перитонит (пропотной фибринозно-желчный перитонит), у 54 (16,9%) — распространенный. Больные были оперированы в сроки от 5 до 48 часов с момента поступления в стационар.

Из 2915 больных, оперированных по поводу деструктивного холецистита, у 211 (7,2%) произведена конверсия, причиной которой были распространенный перитонит (36), выраженный воспалительный инфильтрат в области треугольника Кало (110), выраженный спаечный процесс в брюшной полости у ранее оперированных (31), кровотечение из пузырной артерии (5), пузырно-дуоденальный свищ (6), синдром Мириizzi (12), расширение общего желчного протока (11).

Интраоперационные осложнения возникли у 13 (0,44%) больных, в том числе у 2 — повреждения внепеченочных желчных протоков (полное пересечение

общего печеночного протока), у 2 — краевое повреждение общего желчного протока. У 9 (0,3%) пациентов наблюдалось кровотечение из пузырной артерии, у 4 остановленное реклипированием и диатермокоагуляцией сосуда. 5 больным выполнена своевременная конверсионная лапаротомия.

Ранние послеоперационные внутрибрюшные осложнения отмечались у 102 (3,5%) оперированных. При релапароскопии у 19 больных выявлен желчный перитонит, при этом у 5 больных желчеистечение наблюдалось из ложа желчного пузыря, у 8 — из пузырного протока в результате соскальзывания клипсов, у 6 — из-за частичного повреждения пузырного протока клипсами. Источник перитонита у 12 больных ликвидирован с помощью видеолaparоскопа, у остальных пришлось перейти на лапаротомию.

В послеоперационном периоде кровотечение имело место у 14 больных, у 4 — из пузырной артерии, 10 — из ложа желчного пузыря. Во всех случаях кровотечение удалось остановить путем реклипирования и диатермокоагуляции во время релапароскопий.

Интраабдоминальные гнойно-воспалительные осложнения в виде местного (13) и распространенного (5) послеоперационного перитонита диагностированы у 18 больных. 14 больным удалось произвести видеолaparоскопическую санацию с повторным дренированием брюшной полости.

У 47 из 53 больных с ранними послеоперационными внутрибрюшными осложнениями релапароскопия была достаточной для завершения операции.

Желчеистечение по дренажной трубке до 10-25 мл в сутки без признаков перитонита, которое наблюдалось у 6 больных, явилось показанием к проведению консервативного лечения. У 29 (0,9%) больных имело место нагноение троакарной раны, также ликвидированное консервативным методом.

Поздние послеоперационные осложнения развились у 36 (1,2%) больных. У 29 больных в сроки от 6 месяцев до 1,5 года после операции был диагностирован рецидивный холедохолитиаз. Во всех случаях удалось успешно произвести эндоскопическую папиллосфинктеротомию с литоэкстракцией.

После операции умерли 11 (0,37%) пациентов

вследствие тромбоэмболии легочной артерии (6), геморрагического инсульта (1), прогрессирующей печечно-почечной недостаточности (4) на фоне цирроза печени, сахарного диабета.

Таким образом, наш опыт лапароскопической холецистэктомии свидетельствует об ее высокой эффективности и неоспоримых преимуществах малоинвазивных вмешательств. Своевременное релапароскопия при интраабдоминальных осложнениях после лапароскопической холецистэктомии позволяет избежать неоправданных релапаротомий, уменьшить количество осложнений, сократить время пребывания больных в стационаре.

Использование диатермокоагуляционного зонда при бронхиальных свищах у больных в послеоперационном периоде

Эшонкулов Ч.И., Эгамбердиев Т.Э., Умурзаков Н.Р.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Предложены разнообразные способы лечения бронхиальных свищей, но еще не выработано elective показание к их применению в зависимости от характера заболевания. Данная патология встречается в основном у больных, несколько раз перенесших повторные операции на органах грудной полости. Повторная торакотомия с целью ликвидации бронхиального свища рискована в связи с технической сложностью и травматичностью оперативного вмешательства вследствие спаечного процесса в грудной полости и истощением организма больного из-за длительного гнойного процесса и большого объема кровопотери.

Нами разработана методика ликвидации бронхиальных свищей поэтапной коагуляцией дефекта и сужением до полного закрытия устья отверстия с помощью специально приспособленного для этого пуговчатого зонда — электрокоагулятора. Зонд — самодельно сконструированный, состоит из следующих частей: активный кончик различного диаметра от 0,1 до 1,5 см, корпус с электроизолированной оболочкой разной длины и наконечник в виде насадки для соединения с дозированным электрокоагулятором. Суть метода заключается в применении электрокоагуляционного зонда с поэтапным повторным прижиганием с определенным интервалом времени стенки устья и сужении диаметра отверстия до полной ликвидации дефекта.

Новшество нашего метода заключается в применении самодельно сконструированного электрокоагуляционного пуговчатого зонда с активной головкой различного диаметра, с помощью которой производится коагуляция свищевого отверстия и в результате сужения в след-

ствие белковой денатурации ткани вокруг дефекта.

Данная методика применялась у 26 больных; (20 мужчин и 6 женщин) в возрасте от 36 до 72 лет, из них 15 оперированы по поводу гнойно-деструктивных заболеваниями легкого. Диагноз ставился на основании клинических данных и результатах рентгенологического исследования и бронхоскопии. Прямым рентгенологическим признаком патологии является выявление свищевого хода на обычной или компьютерной томограмме органов грудной клетки. Особенно наглядно свищи выявляются при рентгеноконтрастных исследованиях — бронхографии, плевробронхографии при бронхоплевральных свищах, фистулографии при бронхоплевральных и бронхокожных свищах и др. Бронхоскопия позволяет увидеть и в ряде случаев исследовать устье свища и свищевой ход. Бронхиальный свищ долевого бронха был выявлен у 3 больных, сегментарных бронхов — у 14, бронхиальные свищи мелких бронхов — у 9.

В целом на момент выписки из стационара полный клинический эффект достигнут у 22 больных, улучшение наступило у 3. Неудовлетворительный результат был у 1 больного. У него развилось аррозивное кровотечение из бронхиальных артерий, остановленное эндоваскулярной окклюзией артерий. При оценке результатов лечения бронхиальных свищей с применением описанной методики в госпитальном периоде бронхиальные свищи удалось закрыть у 22 больных.

У 3 больных со свищем диаметром до 0,3 см дефект был ликвидирован в амбулаторных условиях после выписки из стационара.

Новый подход к лечению осложненных форм аппендицитов

Юлдашев А.Х., Султонов А.Т., Акбарова М.А.
Ташлакский субфилиал ФФ РНЦЭМП

Несмотря на успехи современной хирургии, число осложнений острых хирургических заболеваний органов брюшной полости не уменьшается. Все это диктует необходимость совершенствования комбинированных методов лечения гнойно-воспалительных осложнений хирургических заболеваний. Ведущее место в лечении рассматриваемых заболеваний принадлежит антибиотикотерапии, при этом преимущества имеет региональная лимфатическая антибиотикотерапия (РЛАТ).

Учитывая рациональность применения лимфатической антибиотикотерапии через паховую клетчатку, при котором создается наибольшая концентрация антибиотиков в лимфорусле илеоцекальной области, нами проанализированы результаты комплексного лечения 37 больных (21 женщина, 16 мужчин) с деструктивными формами аппендицита (флегмонозный аппендицит, гангренозный аппендицит, гангренозной - перфоративный аппендицит, эмпиема отростка с

местным перитонитом), поступивших в Ташлакский субфилиал ФФРНЦЭМП.

Контролем служили 10 больных с таким же диагнозом и осложнениями, которым в общем комплексе лечения после оперативного вмешательства антибиотикотерапия проводилась традиционным способом (в/м).

У всех 22 больных с флегмонозным аппендицитом при поступлении было состояние средней тяжести, больные с гангренозным аппендицитом (9), как правило, поступали в тяжёлом состоянии.

Среди больных пожилого и старческого возраста чаще, чем в других возрастных группах отмечались явления перитонита. Лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), температура тела, сдвиги лейкоцитарной формулы соответствовали степени тяжести состояния больных. На операции при наличии гнойного выпота в брюшную полость через отдельный разрез устанавливали полихлорвиниловый катетер для последующего введения антисептических средств. Кроме того, после ликвидации источника (аппендэктомия, дренирование, санация брюшной полости) всем больным в области илеоцекального угла в паховую клетчатку устанавливали отдельный тонкий катетер для проведения лимфатической антибиотикотерапии. В послеоперационном периоде у тех больных, у которых отмечались только деструктивные формы аппендицита без скопления жидкости в брюшной полости, ограничивались региональной лимфатической антибиотикотерапией. У 4 пациентов с местной формой перитонита региональная лимфатическая терапия проводилась на фоне стимуляции лимфатического дренажа, проводимой минимальной дозой лидазы, глюкозо-новокаиновой смеси и гепарина. Больные с общим разлитым (3) и общим диффузным (2) перитонитом после операции получали интенсивное комплексное

лечение, включающее детоксикационную, десенсибилизирующую, общеукрепляющую терапию.

Больные контрольной группы получали эти же антибиотики внутримышечно по 0,5 г. 4-6 раз в сутки.

После проведения вышеуказанных лечебных процедур выявлена четкая корреляция нормализации температуры тела и количества лейкоцитов; у больных, получавших лимфатическую антибиотикотерапию через паховую клетчатку (в правом илеоцекальном углу), температура нормализовалась уже на 2-й день лечения (уменьшилось и количество лейкоцитов). Быстрее улучшалось общее состояние. Послеоперационная рана также зажила благоприятно: отек и гиперемия кожи вокруг раны исчезли на 3-4 дня раньше, чем у больных контрольной группы ($p < 0,01$).

У больных с типичной флегмонозной формой острого аппендицита проведено 4-5 сеансов РЛАТ, так как после проведения 2-3 сеансов РЛАТ состояние больных заметно улучшалось и их обычно выписывали из стационара на 3-4-е сутки после операции. Больные контрольной группы с аналогичной формой острого аппендицита выписывались на 7-9-е сутки. У пациентов с более тяжелой формой осложнений (эмпиема отростка, гангренозный аппендицит с местным и общим перитонитом) количество процедур РЛАТ зависело от степени тяжести общего состояния (от 8-12).

Таким образом, у больных основной группы, у которых лимфатическая антибиотикотерапия проводилась через паховую клетчатку в илеоцекальном углу, результаты лечения были лучше, чем в контрольной группе. Нормализация температуры тела, лейкоцитоза крови, ЛИИ, купирование болевого синдрома наступало на 2-3-и сутки после операции и начала РЛАТ, то есть на 2-3 суток раньше, чем в контрольной группе.

Операциядан кейинги даврда беморларда ўпка асоратларини олдини олиш
ва даволашда регионал лимфатик терапия
Юлдашев А.Х., Махмудов Н.И., Султанов А.Т.
РШТЁИМ Фаргона филиали

2010-2011 йиллар мобайнида РШТЁИМ ФФда 18-75 ёшдаги 82 нафар операциядан сўнг нафас тизимида асорат пайдо бўлган беморларда комплекс даволаш натижалари тахлил қилинди. Уларнинг 38 тасини (46,3%) аёллар ва 44 тасини (53,7%) эркаклар ташкил қилди. 22 (27,3%) киши холецистэктомия операциясидан сўнг, 26 та (31,7%) си ўткир ичак тутилишини бартараф этиш операциясидан сўнг, 14 та (17%) си деструктив ўткир аппендицит, махаллий перитонит диагнози билан аппендэктомия операциясидан сўнг, 15 та (12,2%) си қисилган қорин чурралари операциясидан сўнг, 12 та (14,6%) си қорин бўшлиғи аъзолари травмаси туфайли операциясидан сўнг, 13 та (15,8%) си ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра касаллиги қон оқиши асорати туфайли операция қилинган беморларни ташкил қилди. Бу беморларнинг деярли барчасида у ёки бу даражада иккиламчи зотилжам ривожланиб, тана ҳароратининг кўтарилиши, нафас етишмовчилиги белгилари (хансираш, тахипноэ — нафас олиш сони 1 дақиқада 30-32 та, тахикардия — дақиқада 120-140 та), АҚБни меъёридан 10-30 мм сим. уст. гача кўтарилиши кузатилган. Ўпкаларнинг рентген текширувларида яллиғланиш ўчоқлари топилган. Қоннинг умумий текширувида лей-

коцитоз — $9,5-12,5 \times 10^9/\text{л}$, ЭЧТ ни (РОЭ) 28-32 мм/с. гача ошиши кузатилган. Бу беморлардан 18 тасида (22%) аънавий антибиотикотерапия (томир ичига, мускул орасига — суткасига 3-4 махал дори юбориш) услубида даволанди. Қолган 64 та (78,2%) текширув гуруҳидаги беморлар регионал лимфатик антибиотикотерапия (суткасига 1 махал бир марталик дозани претрахеал тўқимага юбориш) услубида даволанди.

РЛАТ ни пункцион метод, яъни кекирдан олди бўшлиғига игна билан тушиб, аввал лимфостимулятор (гепарин 2500-5000 ЕД, фуросемид 0,5-1,0 мл, новокаин 0,25% — 30-50 мл, лидаза 8-16 НБ — бу ўз навбатида микроциркуляцияни ва дори моддасини лимфага сурилишини яхшилади) юборилиб, ундан сўнг 3-5 дақиқа ўтгач танланган антибиотик юборилади ва муолажа инъекция ўрнига ярим спиртли асептик боғлам 6-12 соатга қўйиш билан якунланади. Антибиотикларни танлашда индивидуал ва микробларнинг антибиотикларга сезувчанлиги ва касалликнинг кечиши ҳисобга олинди. Кўпроқ оксампицин, цефтриаксон, зинацеф, цефотаксимлардан фойдаланилди. Патология оғир кечганда антибиотиклар комбинация қилинди.

РЛАТ ўтказила бошлагандан сўнг беморларнинг

умумий холатида ижобий ўзгаришлар пайдо бўлди, нафас етишмовчилиги белгилари 3-чи кунга келиб меъёрлашди. Шу билан бир қаторда яллиғланишнинг бошка белгилари ҳам йўқола бошлади: тана харорати 16 та беморда 2-суткада, 5 тада 3-суткасида ва 3 тада 4-суткасида нормаллашди. Клиник меъёрлашувлар билан бирга лаборатор тахлилларда ҳам ижобий натижалар лейкоцитоз ва ЭЧТ (СОЭ) эритроцитлар чўкиши тезлиги кўрсаткичлари меъёрлаша бошлади.

Анъанавий антибактериал терапия олган беморлар гуруҳида нафас етишмовчилиги белгилари, тана харора-

тинг пасайиши ва лаборатор кўрсаткичлар касалликнинг 5-6 суткасида бошлаб пасая бошлади. Ташқи нафас функциясининг яхшиланиши, ўпка рентген суратида ижобий ўзгаришлар 8-10 суткага келиб кўрина бошлади.

Шундай қилиб операциядан кейинги даврда беморларда нафас системаси томонидан асоратланиши мумкин бўлган зотилжамни профилактика қилиш ва даволашда анъанавий антибактериал терапияга қараганда, РЛАТнинг бир мунча афзаллик томонларини кўрсатиш мумкин. Бу усул дори дармон сарфини, беморнинг даволаниш муддатини камайтиради.

Диагностика, лечение и профилактика послеоперационных осложнений у больных с ранениями сердца и перикарда

Юлдашев Б.Г., Эгамбердиев Т.Э., Эшонкулов Ч.И., Умурзаков Н.Р.
Ферганский филиал РНЦЭМП

За период с 2006 по 2011 гг. в ФФ РНЦЭМП был госпитализирован 31 больной с ранениями сердца и перикарда в условиях. Ножевые ранения сердца и перикарда были у 28 (90,2%), огнестрельные ранения средостения — у 3 (9,7%) больных. Женщин было 8 (25,8%), мужчин — 23 (74,2%). В возрасте от 15 до 64 лет было 27, старше 64 лет — 4 пациента. В состоянии алкогольного опьянения доставлено 14 (45,1%) пациентов. В течение 1 час после травмы в больницу обратились 24 (77,3%) пострадавших, до 2 часов — 5 (16,1%), до 6 часов — 2 (6,4%).

Общее состояние 12 (38,6%) больных было расценено как терминальное или крайне тяжелое, 14 (45,1%) — тяжелое, 5 (16,1%) — средней тяжести.

Правильный диагноз на догоспитальном этапе установлен у 1 (3,2%) больного, при первичном осмотре хирурга — у 27 (86,9%). Внутреннее или наружное кровоотечение выявлено в 77,2%, тампонада сердца — в 51,5% случаев.

Рентгенологическое исследование проведено 29 (93,4%) больным, ранение сердца предположено у 27 (86,9%). В полости перикарда у 2 больных содержалось до 100 мл крови, у 7 — 200 мл, у 7 — 300 мл, у 12 — 400 мл. Тампонада сердца обычно возникала при наличии более 200 мл крови. В плевральной полости до 500 мл крови обнаружено у 6, 1000 мл — у 12, 2000 мл — у 12, более 2000 мл — у 1. Реинфузия крови проведена 29 больным, в том числе до 500 мл — 13, 1000 мл — 17, 2000 мл — 1.

Своевременное выявление характера повреждения и выбор оперативной тактики, а также правильного доступа имеет большое значение для сохранения жизни больного.

Наиболее часто мы применяли переднебоковую торакотомию слева в пятом межреберье. Правосторонняя торакотомия выполнена у 1 пациента. В тече-

ние 1 ч после госпитализации оперированы 27 (86,9%) больных, 2 ч — 5 (16,1%), 6 ч — 2 (6,4%). Ранение сердца выявлено у 10 (30,2%) пациентов, перикарда — у 21 (67,6%). У 14 пострадавших, кроме ранения сердца и перикарда, повреждена внутренняя грудная артерия. Рана сердца локализовалась в правом желудочке у 7 пациентов, в левом желудочке — у 1, в правом предсердии — у 2. Наибольшие размеры ножевой раны 2,7 х 0,4 см, огнестрельной — 3 х 1,5 см. На раны желудочков накладывали отдельные или П-образные швы до сближения ее краев, на раны предсердий — аналогичные швы с использованием тканевых прокладок. На рану перикарда накладывали редкие швы (2-3) с оставлением «окна» в задненижнем отделе. Плевральную полость дренировали по Бюлау на 2-3-е суток.

После операции проводили активное антибактериальное и инфузионное лечение. Осложнения после операции возникли у 6 (19,32%) пациентов: нагноение раны — у 1 эмпиема плевры — у 1, пневмония у 2, остеомиелит ребра — у 1, острый гнойный медиастинит — у 1.

Умерли 2 (6,44%) больных: 1 — до операции вследствие поздней транспортировки после 6 часов после травмы из-за массивной кровопотери, нарушения ритма и тампонады сердца, 1 в связи с возникновением медиастинита и сопутствующей патологии.

Таким образом, успех в лечении больных с ранением сердца и перикарда большую роль играют: своевременная и правильная транспортировка больного, своевременная госпитализация, правильная оценка состояния больного и диагностика, проведение неотложной операции, осуществление комплекса реанимационных мероприятий, рациональная техника оперирования, активное ведение послеоперационного периода. Все вышеперечисленное, по нашему мнению, позволяет спасти жизнь пострадавших и вернуть их к труду.

Анастомозиты после резекции желудка и их лечение

Юлдашев Г.Ю., Якубова Ф.У., Ниязметов С.Б., Рахимов И.Р.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

На протяжении последних 10 лет (2002-2011 гг.) в отделении хирургии Хорезмского филиала РНЦЭМП 465 пациентам произведена резекция желудка по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, рака и полипов желудка. Основным методом операции была резекция по Бильрот I, лишь

12 пациентам выполнена резекция по Бильрот II в модификации Гофмейстера-Финстерера. У 15 (3,2%) из 465 прооперированных послеоперационное течение осложнилось острым анастомозитом. Признаки непроходимости анастомоза развивались в основном на 4-7-й день после резекции желудка. На фоне благо-

приятно протекавшего послеоперационного периода возникали чувство тяжести в верхнем отделе живота, отрыжка, рвота. У всех пациентов живот был мягким, прослушивалась обычная перистальтика, отходили газы. В большинстве наших наблюдений анастомозит проявлялся небольшим повышением температуры тела, лейкоцитозом изредка со сдвигом лейкоформулы крови влево, у 3 пациентов определялся воспалительный инфильтрат выше пупка. При рентгеноскопии желудка, произведенной через 2-3 дня после появления клинической картины анастомозита, определялась расширенная, заполненная жидкостью культи желудка, прохождение бариевой взвеси через анастомоз не выявлялось.

Комплекс интенсивной терапии у больных острым анастомозитом после резекции желудка позволил без релапаротомии добиться выздоровления. Комплексная интенсивная терапия была направлена, во первых на борьбу с воспалительным процессом в области анастомоза. С этой целью больным назначали антибиотики широкого спектра действия и противогрибковые препараты. У 5 пациентов проводили рентгенотерапию области желудочно-кишечного соустья аппаратом РУМ-27, кожно-фокусное расстояние 30-40 см, сила тока 150-180 Кв, разовая доза 0,5-0,6 Гр. Курс лечения — 4-5 сеансов противовоспалительной рентгенотерапии. В комплекс противовоспалительной терапии включали также глюкокортикоиды (преднизолон), которые, угнетая мезенхимальную реакцию замедляют развитие соединительной ткани. В качестве неотложной меры производили промывание желудка и установку постоянного трансназального зонда. Для борьбы с дегидра-

тацией организма, нарушением электролитного, белкового баланса в достаточном количестве вводили электролиты, белковые препараты через подключичный венозный катетер. Для энтерального питания с помощью эндоскопа проводили трансназальный зонд за анастомоз на 20-25 см. Пациенты получали в сутки около 3 л жидкости парентерально. Кроме того через назоинтестинальный зонд энтерального кормления до 3,0 л. Больные получали per os алмагель или маалокс по 50-60 мл 3 раза в день, который обладает антацидным, адсорбирующим, обволакивающим свойствами, угнетает пептическую активность желудочного сока.

Для профилактики анастомозитов требуется безукоризненная техника операции, соответствующая методика шва, применяемого для формирования анастомоза, толщина швов, материал для них, тщательная остановка кровотечения и асептические условия создания соустья. С 2005 года с целью профилактики анастомозита во время формирования желудочно-кишечного соустья на 20-25 см дистальнее анастомоза проводили зонд диаметром 0,5 см, проксимальный конец которого выводили посредством желудочного зонда через нижний носовой ход. Начиная со вторых суток после операции в тонкую кишку вливали порциями 2,5-3,0 л жидкости (смеси, бульон). У пациентов, которым зонд был введен через анастомоз в отводящую петлю, непроходимость анастомоза не наблюдалась.

Анализ результатов лечения острых анастомозитов после резекции желудка дает основание надеяться, что комплексная терапия с включением противовоспалительной рентгенотерапии и глюкокортикоидов позволяет избежать повторных оперативных вмешательств.

Лигатурный свищ, исходящий из культи брыжейки червеобразного отростка после аппендэктомии

Юнусов И.И., Бабажонов А.Б., Курбонов Ш.Р.
Ташкентская медицинская академия

Одним из послеоперационных осложнений острого аппендицита является лигатурный свищ, исходящий из культи брыжейки червеобразного отростка. Однако в многочисленных работах, посвященных аппендициту и его осложнениям, сведений о лигатурном свище, исходящем из культи брыжейки червеобразного отростка, нет. Диагностика и тактика лечения таких больных до конца не разработаны. В основном эти больные из-за отсутствия четко выработанной тактики лечатся в амбулаторных условиях, лечатся безрезультатно порой длительное время.

Цель работы — уточнение клинической картины, частоты встречаемости и улучшение результатов лечения лигатурных свищей, исходящих из культи брыжейки червеобразного отростка.

В 2001-2010 гг. в нашей клинике произведено 9126 аппендэктомий. У 15 (0,16%) пациентов течение послеоперационного периода осложнилось лигатурным свищом из культи брыжейки червеобразного отростка. В возрасте от 11 до 20 лет был 1, от 21-30 лет — 6, от 31-40 лет — 4, от 41-50 лет — 2, от 51 года и старше — 2 больных. Следовательно, послеоперационные лигатурные свищи, исходящие из культи брыжейки червеобразного отростка, наблюдаются относительно редко, чаще всего в возрасте от 21 года до 40 лет (10 из 15), т.е. в той возрастной группе, в которой

наибольшее высок риск заболеть аппендицитом.

Клиника заболевания характеризовалась тем, что больные через некоторое время после выписки из стационара отмечали повышение температуры, боли, припухлость и покраснение кожи подвздошной области, общее недомогание, лейкоцитоз с незначительным сдвигом лейкоцитарной формулы влево. После вскрытия гнойника отмечалось формирование свища, который отличался от наружного кишечного свища отсутствием в выделениях из фистулы содержимого кишечника, отсутствием мацерации кожи вокруг свища, выделения метиленовой сини из свища при приеме ее внутрь. При фистулорентгенограмме контрастное вещество не попадало в просвет кишки, но накапливалось под апоневрозом или в брюшной полости.

Самостоятельного отторжения лигатуры и самоизлечения без операции не наблюдалось. Лечение лигатурного свища, исходящего из культи брыжейки червеобразного отростка, как правило, оперативное и заключалось в удалении лигатур. Причиной заболевания послужило применение нерассасывающего шовного материала, которым перевязывается брыжейка червеобразного отростка.

Прогноз благоприятный, больных выписывали из стационара на 4-е сутки в удовлетворительном состоянии без свища.

Пластика сгибателей сухожилий кисти и пальцев в экстренной хирургии

Юнусов М.М., Ирисметов Р.Ш., Джураева Ш.У., Рахимов А.Я.

Ташкентская медицинская академия, ГKB-1 им. Ибн Сино

Несмотря на улучшение условий труда, в настоящее время наблюдается тенденция к значительному росту сочетанных повреждений верхней конечности с поражением нервов, сухожилий, сосудов и костей (Бояршинов М.А., 2002; Байтингер В.Ф. и др., 2005). Большинство исследователей (Григорович К.А., 1981; Корнилов Н.В., 1986; Фоминых А.А., Горячев А.Н., 2005), отмечают, что сочетанной травме, главным образом, подвержены молодые люди в возрасте от 20 до 40 лет, которые часто становятся инвалидами, не способными возвратиться к прежней специальности. Повреждения нервов при травмах конечностей составляют 30,8%-57% всех травм конечностей (Берснев В.П. и др., 2002), а сочетанное повреждение нервов и сухожилий — 13%-29% (Орлов А.Ю., 2000; Байтингер В.Ф. и др., 2005). Сочетанные повреждения нервов и сухожилий приводят к стойкой потере трудоспособности в 45,9% случаев (Евдокимов В.М., 2005; Lundborg Lungborg G., 2003), а среди причин инвалидности на их долю приходится от 12,5% до 40 % среди всех повреждений опорно-двигательного аппарата (Фоминых А.А. и др., 1997).

Нами проанализированы результаты лечения 106 больных, поступивших в экстренном порядке с повреждениями сухожилий сгибателей (СС) на различных уровнях кисти и пальцев и оперированных в микрохирургическом отделении 1-й ГKB. Всем больным произведена экстренная реконструкция СС по различным

методам (шов сухожилий по Кюнео, Бюнеллу, Тцюге, Беккеру адаптирующие швы) в зависимости от уровня и характера травмы. 18 больным выполнена тендорафия в 1-й зоне, 71 — во 2-й, 37 — в 3-й, 29 — в 4-й зоне. Всем больным после операции произведена иммобилизация гипсовой лонгетой в течение 3-х недель, швы сняты на 10-е сутки. После снятия гипсовой лонгеты назначали реабилитационную терапию (физиолечение, ЛФК).

Степень восстановления функции пальцев определялась после 1-го курса физиотерапевтических мероприятий, через 2 и через 6 месяцев после реконструкции. У 12 больных возникли послеоперационные осложнения: нагноение (1), послеоперационный разрыв сухожилия в раннем послеоперационном периоде (5), сгибательная контрактура в позднем п/операционном периоде (6), после полного заживления ран им выполнена реконструкция сухожилия. У больных с поздним осложнением произведен тендолиз, после которого только у 1 больного поступившего в экстренном порядке, развилась повторная сгибательная контрактура в силу характера травмы (циркулярная пила) и уровня (2-я зона).

Таким образом, наиболее оптимальным является восстановление сухожилий в первые 24 часа, а эффективность реконструктивных операции во многом зависит от тактики послеоперационного ведения и реабилитации.

Значение энтерального зондового питания у больных, перенесших операцию на желудке и двенадцати перстной кишке

Якубова Ф.У., Болтаев Д.Э., Сапаев Д.Ш.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

В отделении экстренной хирургии РНЦЭМП Хорезмского филиала в экстренном порядке в последние 3 года произведено 56 экстренных операций на желудке и ДПК различной этиологии. 40 (71,4%) больных — с перфорацией язвенной этиологии, 16 (28,5%) — с язвенными кровотечениями. В послеоперационном периоде проводилось традиционное лечение с установлением в желудок зонда для декомпрессии зоны анастомоза. Несмотря на это различные осложнения наблюдались у 6 (10,7%) больных. У 3 из них было произведена клиновидное иссечение язвы с дуоденопластикой, у 3 — прошивание перфоративной язвы ДПК. У этих больных на 10-12-е сутки развилась клиника непроходимости, которая выражалась выраженным обезвоживанием, метаболическими расстройствами приведшие к нарушению ВЭБ, КОС. Появлялись признаки катаболизма: увеличилась концентрация аминного азота и мочевины в крови со снижением уровня белка в плазме.

У больных с клиникой декомпенсированного стеноза проводились эндоскопические манипуляции, включавшие проведение энтерального зонда для питания. Лечебная эндоскопия позволяет провести тщательный диагностический осмотр оперируемой зоны и ввести гибкий металлический проводник через инструментальный канал за анастомозом на 25-30 см.

Затем эндоскоп постепенно извлекается с одновременным продвижением по его каналу проводника. Длина проводника должна равняться двойной длине фиброгастродуоденоскопа.

Всем больным с осложнениями произведена гастродуоденоскопия аппаратом «Pentax», по вышеуказанному методу установлен проводник, по которому после извлечения эндоскопа проведен эластический полихлорвиниловый зонд диаметром 5-6 мм. Место нахождения зонда контролируется рентгенологическим введением в его просвет рентгеноконтрастного вещества. Зонд фиксируется к коже лица.

После установления зонда сразу начинали энтеральное зондовое питание. Вводили соки, сырые яйца, сладкий чай, бульон общей калорийностью до 2000 ккал в сутки в объеме 2,5-3,0 л. На следующий день восстанавливается моторно-эвакуаторная функция кишечника, уменьшается гастростаз, что снижает риск развития несостоятельности швов анастомоза.

Всем 6 больным до и после установления зонда для энтерального питания проводились клинико-лабораторные исследования.

На 2-е сутки у всех больных наблюдалось уменьшение содержания аминного азота и мочевины в крови, постепенная нормализация концентрации белка в плазме, что свидетельствовало о торможении катабо-

лических процессов, возникающих вследствие голодания. Следовательно, это улучшало течение послеоперационного периода, снижало процент осложнений и дало возможность избежать повторных операций.

Летальных исходов не было. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии.

Зонд для энтерального питания удаляли на 9-10-е сутки после установления после полного восстановления проходимости, пробного порционного питания

через рот.

Клинические наблюдения показали, что энтеральное зондовое питание дает высокий терапевтический эффект, безопасно, позволяет сократить расход дорогостоящих препаратов для парентерального питания и максимально снизить процент послеоперационных осложнений, является методом выбора при осложнениях в виде непроходимости у больных, перенесших операцию на желудке и ДПК.

Применение препарата декасан в послеоперационном периоде при панкреонекрозах

Яриев И.А.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Для поддержания стерильности наложенной оментобурсостомы после операции мы применяли готовый раствор 0,02% декаметоксина (декасан). Производилось капельное орошение полости малого сальника 3-4 раза в день в зависимости от распространения поражения поджелудочной железы.

В 2009-2011 гг. в отделении 1-й хирургии ФФ РНЦЭМП получили лечение 331 больной острым панкреатитом. 39 (11,8%) из них прооперированы по поводу различных форм панкреонекроза. Осложнения и летальные исходы отмечались у 9 (23,0%) пациентов.

Препарат декасан в послеоперационном периоде применялся у 12 (30,7%) больных. Летальный исход во второй фазе – инфекционных осложнений – при применении препарата декасан наступил у 1 (2,5%) пациента вследствие тотального смешанного панкреонекроза.

Среди больных, у которых препарат декасан не применялся, послеоперационное нагноение с последующей релапаротомией наблюдалось у 1 (3,7%), больной умер на 42-е сутки. 1 больной был проопери-

рован нами повторно 1 месяц спустя по поводу послеоперационного гнойного панкреонекроза – первая операция выполнена в условиях районной больницы. Исход летальный. Смертность в контрольной группе составила 29,6 % (8 б-х).

У остальных больных, у которых применялся декасан прекращение экссудации и полное отторжение секвестров наблюдалось на 6-9-е сутки после операции, «чистая рана»; развитие стойкого грануляционного вала по краям оментобурсостомы на 11-13-е сутки.

Больные, проходившие комбинированное оперативно-медикаментозное лечение с применением декасана, оставались в отделении 18-22 суток, больные контрольной группы – 24-30 суток.

Таким образом, применение декасана способствует поддержанию стерильности оментобурсостомы и как следствие, быстрому заживлению наложенной оментобурсостомы, сокращению число койко-дней, приводит к быстрейшему выздоровлению больных с панкреонекрозами различной формы.

Анализ 74 случаев развития стриктур уретры у мужчин после различных манипуляций

Акилов Ф.А., Хасанов А.И., Мирхамидов Д.Х.

Республиканский специализированный центр урологии

Цель работы: Изучить статистику и механизм развития ятрогенных стриктур уретры в возрастном аспекте.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ данных 74 пациентов со стриктурой уретры, перенесших трансуретральные и традиционные вмешательства в период с января 2008 по март 2011 года. Возраст больных составил от 24 до 81 года, средний возраст – 65,2±4,9 лет.

Выявили 5 наиболее часто причин приводящих к образованию стриктур уретры: катетеризация мочевого пузыря, цистоскопия, чреспузырная аденомэктомия простаты, трансуретральная резекция простаты, радикальная простатэктомия.

Результаты: Анализ полученных результатов показал, что основными послеоперационными факторами образования стриктур уретры явились: трансуретральные вмешательства (катетеризация мочевого пузыря, цистоскопия, резекция простаты) – у 50 (67,5%), чреспузырная аденомэктомия простаты – у 20 (27%) больных, после радикальной простатэктомии стриктура образовалась у 2 (2,7%) больных. Хирургической

удаления камня уретры привел к стриктуре у 1 (1,3%) пациента, вмешательства по поводу гипоспадии осложнилось стриктурой у 1 (1,3%) пациента.

При анализе возрастных аспектов возникновения послеоперационных стриктур определили, что у пациентов старше 45 лет основными причинами развития стриктур уретры явились трансуретральные вмешательства и чреспузырная аденомэктомия простаты.

Также установлено, что локализация стриктур в всящем отделе уретры, в основном была обусловлена катетеризации мочевого пузыря и цистоскопии с повреждением уретры, в заднем отделе преобладают стриктуры после трансуретральных вмешательств и чреспузырной аденомэктомией простаты.

Выводы. Таким образом оказалось, что ятрогенная (трансуретральные вмешательства, катетеризация мочевого пузыря, цистоскопия, радикальная простатэктомия, чреспузырная аденомэктомия простаты и хирургические вмешательства по поводу удаления камня уретры и гипоспадии) в большинстве случаев явилась причиной образования стриктуры уретры.

2. Осложнения при травмах, ожогах и отравлениях: профилактика и лечение

Погрешности Эхо-ЭГ-исследования при нейрохирургической патологии головного мозга

Абдукадырова И.А., Алимов Х.М.

Республиканский научный центр нейрохирургии

Эхо ЭГ проводилась всем больным, обратившимся в РНЦНХ. Результаты сопоставлялись с данными КТ и МРТ, полученных у этих же больных. Использовалась аппаратура «Эхо-11», «Эхо-12» и «Эхо- Супромед».

Измерение ширины М-эха по расстоянию между фронтами пика для оценки ширины третьего желудочка нецелесообразно, поскольку в формирование пика участвуют кроме стенок третьего желудочка еще и эпифиз, а также промежуточная масса серого вещества, находящаяся в третьем желудочке. Точность метода Эхо-ЭГ при определении латерализованных объемных супратенториальных образований составляет, по данным И.А.Скорунского, 92,2%, по данным Л.Р.Зенкова, 93,3%, по нашим данным, 91,8%.

Получение ошибочных результатов при Эхо-ЭГ возможно в следующих случаях:

- при множественных очагах в обоих, либо в одном полушарии, не приводящих к дислокации срединных структур;
- при пластинчатых эпи- и субдуральных гематомах любой локализации, особенно на фоне атрофии мозгового вещества смещения М-эха может не быть;
- при некоторых инфильтративно растущих опухолях смещения М-эха нет, либо оно в пределах нормы;
- при расположении стенки кистозного образования по средней линии, в результате чего срединные структуры оттесняются в сторону здорового полушария, а М-эхо формируется отражением луча от интерфазы «стенка кисты - мозг», таким образом смещение срединных структур не выявляется;
- при внутримозговых кровоизлияниях, особенно с прорывом в желудочковую систему, смещения М-эха может не быть;
- при выраженных подкожных гематомах в случае ушиба мягких тканей возникает картина смещения М-эха на 3-5 мм.
- при гемиатрофиях мозга М-эхо смещается в сторону здорового полушария.

Дополнительные Эхо-сигналы с четкой пульсацией могут возникать при отражении ультразвукового луча от таких отражающих ультразвук структур, как боковые желудочки, внутренняя капсула, щель, отграничи-

вающая островок при отсутствии внутричерепной патологии, особенно у лиц молодого возраста без нарушения гемодинамики.

При некоторых патологических состояниях, приводящих к увеличению объема мозгового вещества (интоксикации, воспалительные заболевания, травматический отек), либо увеличению объема цереброспинальной жидкости, клинически проявляется синдром внутричерепной гипертензии. В первой ситуации на КТ определяется резкое сужение желудочковой системы, сглаживание борозд мозга. При Эхо-ЭГ регистрируется единичный Эхо-сигнал пикообразной формы, пульсация его не выражена, дополнительных Эхо-сигналов нет. Во второй ситуации на КТ - резкое расширение желудочковой системы, сглаженность борозд мозга, ширина III желудочка до 3 см. При Эхо-ЭГ либо одиночный Эхо-сигнал пикообразной формы без выраженной пульсации, либо Эхо-сигнал, состоящий из двух отдельных пиков (отраженных от стенок третьего желудочка). Дополнительные Эхо-сигналов может и не быть.

Множественные Эхо-сигналы могут регистрироваться при отражении ультразвукового луча от очагов различной плотности при ушибах головного мозга, от неоднородного опухолевого образования при наличии в нем кист, обызвествлений, кровоизлияний, от деформированной желудочковой системы. При нормотензивной гидроцефалии с атрофией мозгового вещества при Эхо-ЭГ регистрируются множественные дополнительные Эхо-сигналы с выраженной пульсацией. ВЧД при люмбальной пункции составляет 100-150 мм вод.ст. На КТ и МРТ - расширение всей желудочковой системы и атрофия перивентрикулярных пространств.

Выводы. 1. Измерение ширины М-комплекса не несет никакой достоверной информации. 2. Дополнительные Эхо-сигналы не являются диагностическим признаком внутричерепной гипертензии. 3. При исследовании необходимо четко придерживаться методики эхо-зондирования, в случаях несоответствия результатов Эхо-ЭГ клинической картине заболевания не стоит выносить категорических заключений, следует рекомендовать проведение КТ или МРТ.

Структура и частота осложнений ожоговых травм у больных, госпитализированных в отделение комбустиологии РНЦЭМП

Абдуллаев А.М., Шукуров С.И., Ажиниязов Р.С.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Рост ожогового травматизма, связанный с участвовавшим в последние годы катастрофами и другими чрезвычайными происшествиями, высокий уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности и инвалидизация населения, требует дальнейшего совершенствования специализированной медицинской помощи обожженным.

В 2011 г. в отделение комбустиологии РНЦЭМП поступили 3575 (24,7%) обожженных различного возраста, амбулаторно лечились 2252 (24,5%) и госпитализирова-

ны 1323 (27,0%). 2762 (77,2%) пострадавших поступили самотеком из мест происшествия. Машиной скорой помощи были доставлены 579 (16,1%), 234 (6,7%) — по направлениям поликлиник. 2235 (51,7%) пациентов были доставлены в течение первого часа, 1100 (23,35%) — от 1 до 6 часов, 240 (8,5%) в течение 6-24 часов.

Более чем у половины (63,5%) пострадавших был ожог горячей жидкостью, 21,2% — пламенем, у 4,4% — электричеством, у 3,8% — с горячим твердым предметом, у 1,5% — химическим агентом.

В шоковом состоянии I степени был доставлен 161 (12,4%) обожженный, с II степени — 58 (4,5%), III степени — 40 (3,9%), токсемии — 36 (2,8%), септикотоксемии — 12 (0,9%), без клинической картины ожоговой болезни — 987 (76,3%) больных. Первая помощь таким больным заключалась в ранних противошоковых мероприятиях (введение наркотических и ненаркотических анальгетиков, наложение асептической повязки). Пострадавшим с тяжелой ожоговой травмой, сопровождавшейся ожоговым шоком, проводили инфузионную терапию, учитывая при этом гемодинамические показатели и расстояние от места происшествия до РНЦЭМП.

Анализ послеоперационной летальности у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой

Абдуллаев Д.Д., Тожиев М.Т., Раззаков В.В., Низомидинов М.С., Сиддигов Б.У.
Ферганский филиал РНЦЭМП, Судебно-медицинское бюро Ферганской области

По данным разных авторов, летальность при тяжелой черепно-мозговой травме (ТЧМТ) достигает 41-85%. При развитии осложнений количества неблагоприятных исходов возрастает с 81,1 до 94%.

Цель — изучение причин осложнений и летальности больных с острой ТЧМТ.

Материал и методы. В отделении экстренной нейрохирургии Ферганского филиала республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в 2011 году прооперированы 103 больных с черепно-мозговой травмой. Послеоперационная летальность составила 17,5% (18 б-х). Из умерших мужчин было 14 (78%), женщин — 4 (22%). Возраст больных от 11 до 86 лет. В автоаварии травму получили 10 (55,5%) больных, в криминальных разборках — 2 (11,1%), в быту — 2 (11,1%), высотная травма была у 3 (16,65%), огнестрельное ранение — у 1 (5,5%). Декомпрессивная трепанация с удалением эпидуральной гематомы произведена у 4 (22,2%) больных, субдуральной гематомы — у 4 (22,2%), эписубдуральная гематома удалена у 3 (16,6%), двусторонняя декомпрессивная трепанация с удалением оболочечных гематомы произведена у 5 (27,7%). По поводу огнестрельного ранения лица и черепа у 1 больного

Таким образом, анализ ожогового травматизма показал, что среди пострадавших преобладают мужчины, основными травмоагентами являются горячая жидкость, пламя, электричество, контакт с горячим предметом и химическими агентами. У тяжело-обожженных наблюдались такие грозные осложнения шок. Следует отметить, что проблема оказания первой медицинской помощи больным с термическими поражениями имеет чрезвычайно важное значение и требует постоянного внимания к ней со стороны различных медицинских, социальных, противопожарных и других организаций, успешное сотрудничество которых могло бы послужить основой для её решения.

выполнена первичная хирургическая обработка раны вместе с челюстно-лицевыми хирургами.

Результаты. У 18 умерших больных травматическая болезнь мозга сопровождалась развитием интракраниальных (12) и экстракраниальных (6) осложнений. Все больные были отправлены на судебно-медицинскую экспертизу.

10 (55,5%) больных умерли в результате нарастания диффузного отека мозга с дислокацией и ущемлением стволовых структур мозга. У 2 больных черепно-мозговая травма привела к возникновению гнойного менингоэнцефалита. Одной из причин экстракраниальных осложнений были тромбоэмболия легочной артерии (1), острая почечно-печеночная недостаточность (1), пневмония (3). У 1 больного причиной развития отека легких и смерти явилась острая сердечно-сосудистая недостаточность.

Таким образом, анализ данных и результаты судебно-медицинских экспертизы показали, что летальность возрастает повышается в результате развития послеоперационных вне и внутричерепных осложнений вследствие тяжести травмы и степени повреждения черепа и мозговых структур.

Трудности диагностики двусторонних травматических внутричерепных гематом супратенториальной локализации

Абдуллаев Д.Д., Уринбоев Б.К., Исроилов З.Г., Эргашев М.Б.
Ферганский филиал РНЦЭМП, Фуркатский субфилиал ФФРНЦЭМП

Изучена диагностическая ценность наиболее широко применяемых вспомогательных методов исследования при двусторонних гематомах. Проанализировано 103 (100%) истории болезни пациентов с внутричерепными гематомами. У 15 (14,5%) выявлены двусторонние гематомы: у 12 — острые, у 3 — подострые. Абсолютное большинство пострадавших были доставлены в стационар в коматозном состоянии. Тяжесть состояния была обусловлена не только внутричерепными кровоизлияниями, но и ушибом и размозжением мозгового вещества. Отмечалась полушарная, чаще билатеральная, и стволовая симптоматика. Имели место моно- и гемипарезы, афазии, эпилептические припадки. Определялись мезэнцефало-бульбарные, диэнцефальные и экстрапиримидные нарушения.

Частичный регресс симптоматики типа "светлого" промежутка отмечался у 8 больных. У 2 пострадавших

симптомы нарушения противоположной гемисферы начали отчетливо проявляться лишь после удаления гематомы с одной стороны.

При дифференциальной диагностике ушибов и сдавлении мозга наиболее информативными являются параклинические методы исследования. Однако анализ нашего материала показывает, что при интерпретации полученных данных следует иметь в виду ряд особенностей, присущих двусторонним гематомам. Выявленные рентгенографические повреждения костей черепа в "типичных" местах интерпретируются в пользу гематом. Но такие признаки бывают нечасто. Переломы костей черепа обнаружены у 11 пострадавших, в том числе у 6 пострадавших в зоне расположения ветвей наружной сонной артерии.

Тяжелое состояние больных и опасность развития дислокации мозга ограничивают применение люм-

бальной пункции. Высокая информативность метода Эхо-ЭГ при односторонних гематомах снижается в случаях с двусторонней гематомой. Смещение срединных структур головного мозга на 2,5-4,0 мм выявлено только у 4 больных. После использования мультиспиральной компьютерной томографии у 2 больных обнаружена двусторонняя субдуральная гематома, которая удалена вовремя. В связи с бурно нарастающей неврологической симптоматикой и низким артериальным давлением у 3 больных было решено при-

бежать к наложению поисковых фрезевых отверстий, что позволило выявить двусторонние гематомы.

Таким образом, наряду с общими клиническими данными в распознавании двусторонних гематом ведущую роль играют параклинические методы исследования, однако их показатели существенно отличаются от таковых при односторонних гематомах. Компьютерная томография является современным и информативным методом диагностики внутричерепных гематом.

Пути профилактики осложнений ожоговой болезни при комбинированной и сочетанной травме

Абдуллаев У.Х., Фаязов А.Д., Надирханов О.Р., Назарова Ф.С.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Для комбинированных и сочетанных травм характерно: синдром взаимногоотягощения, особенности оказания первой медицинской помощи, трудности при медицинской сортировке пострадавших, менее благоприятный прогноз, большая частота неудовлетворительных результатов лечения. Поэтому необходимы особая организация медицинской помощи, всестороннее обследование больных и профилактика возможных осложнений.

В отделение комбустиологии РНЦЭМП МЗ РУз в 2001-2010 гг. поступили 305 обожженных с термоингаляционной травмой, 342 — с отравлением угарным газом, 144 — с черепно-мозговой травмой, 18 — с переломами крупных костей. Лечение получили также 234 обожженных, поражающим агентом которых была электрическая энергия и пламя вольтовой дуги. Анализ результатов лечения этого контингента больных показал, что при этих видах поражения отмечается самая высокая летальность. Так, у обожженных с термоингаляционным поражением этот показатель равен 49,8%.

Пострадавшим с отравлением угарным газом терапия проводится совместно с токсикологом, назначается оксигенотерапия, антигипоксантами, при необходимости — сеансы ГБО. При высоком содержании угарного газа в крови производится интубация трахеи и

перевод больного на ИВЛ.

При комбинации ожогов кожи с черепно-мозговой травмой пострадавший незамедлительно осматривается нейрохирургом, окулистом, производится рентгенография костей черепа, при необходимости компьютерная томография головного мозга. Совместно с нейрохирургом назначается противоотечная терапия: глюкокортикоиды, гипертонические растворы, диуретики. При необходимости проводится оперативное вмешательство нейрохирургом.

При переломах костей скелета пострадавшим после осмотра травматолога проводятся необходимые инструментальные методы исследования (рентгенография, компьютерная томография). После постановки диагноза выполняется иммобилизация конечности шиной, гипсовой повязкой или проводится оперативное вмешательство.

Таким образом, с созданием системы экстренной медицины с ее структурными подразделениями резко расширились возможности своевременного оказания специализированной помощи обожженным с комбинированными и сочетанными поражениями. Проведение своевременной и адекватной терапии этому контингенту пострадавших, несомненно, позволяет улучшить результаты лечения, снизить частоту осложнений и летальность.

Пути профилактики осложнений при термоингаляционном поражении

Абдуллаев У.Х., Фаязов А.Д., Нодирхонов О.Р., Убайдуллаев З.Ш.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В отделении комбустиологии РНЦЭМП в период с 2007 по 2011 гг. поступили 158 больных с термоингаляционным поражением (ТИП). Всем больным проведены диагностические фибробронхоскопии, при необходимости в последующем санационная бронхоскопия. При установлении диагноза ТИП, наряду с противошоковыми лечебными мероприятиями, больному дополнительно вводились большие дозы глюкокортикоидов, диуретики. С целью профилактики пневмонии назначались 2 антибиотика широкого спектра действия, которые в последующем после получения ответов микробиологического обследования заменялись по чувствительности.

В нашем центре широко применяется небулайзерная терапия: введение лекарственных препаратов через дыхательные пути в виде аэрозолей, что помогает достичь мельчайших бронхов в высокой концентрации. В небулайзерной терапии применялись спаз-

молитики (нош-па, папаверин), бронхолитики (эуфиллин), муколитики (амбробене), антигистаминные (супрастин), гормональные препараты (гидрокортизон, преднизолон), антибиотики (цефалоспорины, аминогликозиды). Небулайзер проводился через каждые 2 часа, чередуя лекарственные препараты, в течение нескольких дней.

При нарастании явлений ОДН больным проведена интубация трахеи, они переводились на искусственную вентиляцию легких, причем продолжалась противоотечная, небулайзерная терапия и санационная ФБС.

Таким образом, применение небулайзерной терапии и санационной бронхоскопии у больных с ТИП помогает уменьшить отек и ускорить восстановление слизистой дыхательных путей и трахеобронхиального дерева, уменьшает активность воспалительного процесса, предотвращает усугубление токсической пневмонии.

**Значение эхоэнцефалографии в диагностике
множественных травматических внутричерепных гематом**

Абдурасулов Ф.Х., Мирзабаев М.Д., Абдукадирова И.А.

Республиканский научный центр нейрохирургии

Мы наблюдали 117 больных с множественными травматическими внутричерепными гематомами, находившихся с РНЦНХ, в возрасте от 14 до 72 лет. Мужчин было 100 (85,5%), женщин — 17 (14,5%). Все больные разделены на две группы: 1-я группа однополушарные гематомы — 70 больных, 2-я группа двуполушарные гематомы — 47 больных.

Эхоэнцефалография была проведена у всех больных с острыми травматическими внутричерепными гематомами, при этом степень смещения М-эха при однополушарных гематомах колебалась от 4 до 10 мм. Самым значительным смещение срединного эха было при однополушарных гематомах. При двуполу-

шарных гематомах смещение срединного эха или вообще не определялось, или выявлялось незначительное смещение в сторону меньшей по объему гематомы, что согласуется с данными других авторов. В четырех наблюдениях двусторонних субдуральных гематом смещение М-эха было в сторону меньшей по объему гематомы.

Таким образом, литературные данные и собственные наблюдения подтверждают ценность метода эхоэнцефалографии в диагностике множественных однополушарных гематом. При двуполушарных гематомах эхоэнцефалография обладает меньшей диагностической ценностью.

**К вопросу проведения двухэтапного гемостаза
у больных с травматическими эпидуральными гематомами**

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

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Повреждения оболочечных артерий твердой мозговой оболочки и верхнего сагиттального синуса при травме черепа и головного мозга являются причиной образования острых эпидуральных гематом. Операции, направленные на удаление гематом этой локализации, в ряде случаев осложняются значительным кровотечением, что приводит к серьезным осложнениям.

Цель исследования — оценка тактики двухэтапного гемостаза у больных с осложненными эпидуральными кровоизлияниями.

Материал и методы. Тактика остановки кровотечения в подобных ситуациях предусматривает скорейшее проведение костно-пластической или резекционной трепанации черепа с обнажением места кровотечения, гемостаза и восполнения кровопотери. В условиях областных филиалов, где для оказания специализированной помощи имеется потенциал всего нейрохирургического отделения и отделения переливания крови, помощь этим больным не предоставляет собой сложности. Иная ситуация складывается у нейрохирурга, выезжающего по линии санитарной авиации. Стремление провести полный гемостаз без всего нейрохирургического инструментария, отсутствия хорошего освещения и электрокоагуляции может привести к потере больного на операционном столе.

Нами предложена следующая тактика, предусматривающая двухэтапное проведение гемостаза. После удаления гематомы и невозможности окончательной остановки кровотечения осуществляется тампонада

места кровотечения салфетками с подшиванием твердой мозговой оболочки в виде “шатра”. Рана дренируется и ушивается. После стабилизации состояния больной переводится в специализированное нейрохирургическое отделение, где осуществляется окончательный гемостаз — пластика места разрыва стенок сагиттального синуса или прошивание поврежденных оболочечных артерий.

Результаты. В отделение нейрохирургии были доставлены 9 пострадавших с черепно-мозговой травмой, оперированные в субфилиалах СФ РНЦЭМП по поводу супратенториальных эпидуральных гематом, осложнившихся неконтролируемым кровотечением. Кровотечение в районных условиях было временно остановлено тампонирующим операционной раны. С целью проведения окончательного гемостаза больным выполнены повторные оперативные вмешательства. У 4 из них после удаления салфеток признаков продолженного кровотечения не отмечалось, операции завершены дренированием и ушиванием раны. 2 пациентам потребовалось проведение пластики стенок надорванного верхнего сагиттального синуса фрагментами мышц. У 3 пострадавших, причиной кровотечения были поврежденные сосуды твердой мозговой оболочки, которые были прошиты и коагулированы.

Вывод. Имеется возможность успешного применения тактики двухэтапного лечения больных с эпидуральными гематомами, осложненными неконтролируемым кровотечением.

**Результаты трансфеноидальных вмешательств у больных с аденомами гипофиза,
осложненными питающей апopleксией**

Азизов М.М., Махкамов К.Э.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Изучены результаты лечения осложненных аденом гипофиза мозга по данным отделения нейрохирургии республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. С ноября 2005 года в нейрохирургическом отделении РНЦЭМП внедрен трансфенои-

дальный подход к опухолям гипофиза. До 2012 года выполнено свыше 300 операций. На основании клинико-инструментальных исследований, интраоперационно и по данным микроскопического исследования выявлено 147 (49%) аденом гипофиза, осложненных

питуитарной апоплексией (ПА). У 78 (53%) пациентов был ишемический тип ПА, у 50 (34%) — по геморрагическому типу, у 19 (13%) — смешанный тип нарушения кровообращения в строме опухоли. По размерам АГ, осложненные ПА, были распределены на гигантские — 32 (21%), макроаденомы 94 (64%) и микроаденомы при неизменном турецком седле — 21 (14%). Оперативное вмешательство проведено в разные периоды заболевания: 29 (19%) больных оперированы в остром периоде, остальные в периоде осложнений и последствий. Все больные были оперированы трансфеноидально. Операции выполнялись с использованием операционного микроскопа с этапа рассечения слизистой перегородки носа. Летальные исходы отмечены в 2 случаях. У 2 больных в послеоперационном периоде отмечалась стойкая назальная ликворея, ликвидированная повторной операцией, с герметизацией дна турецкого седла аутожиром в комбинации с гемостатическими пластинами Тахокомб. Клинически питуитарная апоплексия протекала на фоне симптоматики, обусловленной АГ: ее размерами, направлением роста и гормональной активностью и была динамична. В большинстве случаев в первые двое суток она проявлялась острой гипоталамо-гипофизарной дисфункцией, из-за нарушений, в первую очередь, внутри АГ; направлением внезапного расширения опухоли и воз-

можным разрывом ее кап-сулы. 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 (24%) выявлен полиморфный, разной степени тяжести диэнцефальный синдром. В среднем больные находились в стационаре 7 дней (от 3 до 9 дней).

У 45 пациентов удалось изучить катамнестические данные в сроки от 6 месяцев до 4 лет. За этот период времени у 6 больных наблюдался продолженный рост опухоли в сроки от 1 года до 2 лет. 2 больных оперированы повторно, 3 больных прошли курс лучевой терапии в связи с продолженным ростом, 1 больной находится под наблюдением.

Больные с АГ, осложненные кровоизлиянием и некрозом опухоли, составляют особую группу больных с аденомой гипофиза, что необходимо учитывать при их лечении. Результаты лечения зависят от тяжести и периода осложненных АГ, во время которого производится хирургическое вмешательство. Несмотря на то, что методом выбора лечения осложненных АГ является трансфеноидальная аденомэктомия, благоприятный исход после операции возможен при адекватной консервативной терапии, направленной на коррекцию гемодинамических нарушений и поддержание гомеостаза.

Профилактика бронхолегочных осложнений у больных с острыми отравлениями нейролептиками

Акалаев Р.Н., Стопницкий А.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Тяжелые острые отравления нейролептиками, сопровождающиеся развитием коматозного состояния, часто осложняются развитием бронхолегочных осложнений за счет нарушения произвольной или непроизвольной регуляции дыхания, с угнетением оральной или фарингеальной фаз глотания, затруднением или полным угнетением произвольного кашля, что способствует закупорке дыхательных путей. Кроме того, производные фенотиазина (аминазин, трифтазин), вызывают непосредственное поражение паренхимы легких вследствие выраженной бронхиальной секреции. Традиционная терапия бронхолегочных осложнений часто не дает должного эффекта, так как непосредственно в паренхиму легких доставляется лишь 12-15% от введенных препаратов. Это приводит к необходимости включения в комплексную терапию методов, позволяющих улучшить доступ лекарственных средств непосредственно в дыхательные пути пациентов.

Цель исследования — оценка эффективности небулайзерной терапии в лечении бронхолегочных осложнений у больных с острыми отравлениями психофармакологическими средствами.

Материал и методы: Проанализированы результаты лечения 100 пациентов с острыми отравлениями нейролептиками тяжелой степени, поступившие в 2005-2011 гг., в возрасте от 15 до 55 лет, с уровнем сознания по шкале Глазго 6-8 баллов.

Больных разделили на 2 группы: в 1-ю группу вошли 58 больных, которым с 2009 г. в комплекс интенсивной терапии включали обязательную атропинизацию в малых дозах для подавления бронхиальной секреции, а также небулайзерное введение лекар-

ственных средств с использованием небулайзера встроенного в дыхательный контур аппарата ИВЛ. Пациентам последовательно вводились гидрокортизон по 20 мг, антисептики гипохлорид натрия 0,06% 5,0 мл, антибиотик амикацин по 250 мг. Ингаляции проводились по 2 мин каждые 6 часов в первые и вторые сутки, затем каждые 12 часов в течение 7 дней.

2-ю группу составили 42 больных, поступивших на лечение в 2005-2008 гг., которым проводили традиционную терапию. Результаты лечения больных этой группы были подвергнуты ретроспективному анализу. Пациентам обеих групп выполняли физикальные, лабораторные методы исследования, рентгенографию легких в динамике, исследование КЩС.

Результаты. Исходно изучаемые показатели у больных свидетельствуют о серьезных нарушениях состояния газов крови, наступивших в результате отравления. На это указывает снижение сатурации SO_2 до $80,2 \pm 1,9$, показателей PaO_2 ($41,1 \pm 9,71$), pH до $7,31 \pm 0,03$, увеличение $PaCO_2$ ($76,62 \pm 9,3$).

Дальнейшие клинические и лабораторные исследования показали, что у больных 1-й группы на 3-и сутки наблюдалось восстановление SO_2 до $98,3 \pm 1,6$, нормализация pH — $7,37 \pm 0,03$ и показателей газов крови: $PaCO_2$ — $45,7 \pm 7,2$ и PaO_2 — $81,6 \pm 6,9$. Рентгенологически отмечалось появление признаков прикорневой бронхопневмонии в пределах одного легочного сегмента, а на 7-е сутки наблюдалось полное ее разрешение.

У больных 2-й группы, на 3-и сутки сохранялись признаки дыхательной недостаточности, это проявлялось клиническими признаками, данными лабораторных исследований. Рентгенологическая картина сви-

детельствовала о развитии полисегментарной пневмонии у 35 и долевой - у 7 пациентов,

Выводы. Небулайзерное введение обеспечивает

доставку лекарственных препаратов непосредственно в дыхательные пути, что значительно улучшает параметры внешнего дыхания и газов крови.

Анализ факторов риска суицидального поведения подростков, поступивших с острыми химическими отравлениями

Акалаев Р.Н., Хонбобоева Р.Х., Стопницкий А.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Суицид является одной из глобальных и наиболее острых проблем человечества. Ежегодно во всем мире в результате самоубийств погибают примерно 873 тыс. человек. По данным ВОЗ, самоубийства являются ведущей и скрытой причиной смерти среди молодых людей, занимая второе место после дорожно-транспортных происшествий в возрастной группе 15 – 35 лет. Республика Узбекистан относится к странам с низким уровнем распространенности суицида: в 2010 г. завершённые суициды оставил 5,8 на 100 тыс. населения.

Психологический смысл подросткового суицида - конфликт, крик о помощи, стремление привлечь внимание к своему страданию. Настоящего желания нет, представление о смерти крайне неотчетливо, инфантильно. Смерть представляется в виде желательного длительного сна, отдыха от невзгод, способа попасть в иной мир, также она видится средством наказать обидчиков.

Цель работы — анализ аффективного состояния подростков, совершивших суицидальную попытку.

Материал и методы. Под наблюдением находились 30 подростков в возрасте 12 – 18 лет с острыми медикаментозными отравлениями, обратившихся в 2011 г. за помощью в токсикологическое отделение РНЦЭМП, из них 7 мальчиков и 23 девочки. Всем подросткам проводилось психолого-катамнестическое обследование с целью выявления тревоги и депрессии, а также семейной ситуации.

Тактика хирургического вмешательства субтенториальных менингиом и также их рецидивов

Алимов Д.Р.

Республиканский научный центр нейрохирургии

Несмотря на достижения в хирургии рецидивов опухолей задней черепной ямки, проблема удаления менингиом, особенно гигантских и труднодоступной локализации - одна из наиболее сложных. Для получения благоприятных результатов лечения при атипичных менингиомах головного мозга необходимо совершенствование микронейрохирургической оперативной техники и изучение гистологической структуры опухолей головного мозга с целью профилактики рецидивов. Использование современных методов в хирургии этих опухолей нередко сопровождается массивным артериальным кровотечением. Все это затрудняет тотальное удаление опухоли, ведет к значительной интраоперационной кровопотере, дополнительной травматизации мозга и усугублению очаговой и общемозговой симптоматики. Необходимо изыскание новых методов лечения с целью избежания продолженного роста атипичных менингиом.

Для выяснения влияния различных клинических признаков на исход операции были проанализированы данные 32 больных с менингиомами задней черепной ямки, и их рецидивами. Среди пациентов с обратимыми нарушениями после операции 24 (75%)

Результаты. По данным отдела токсикологии РНЦЭМП, с отравлениями в результате суицидальной попытки в 2011 г. поступили 2318 человек, из них 666 (28,7%) — в возрасте 15-19 лет. 11 обследованных набрали 8 баллов (субклинически выраженная тревога/депрессия), 19 — более 11 (клинически выраженная тревога/депрессия). Одним из наиболее часто встречающихся мотивом суицидального поведения среди подростков является личностный конфликт (n=14), под которым подразумевается ситуация ссоры пациента с близким человеком. Семейный конфликт — это второй мотив суицидального поведения (n=11). Реже (n=5) встречаются мотивы, связанные с конфликтной ситуацией пациента и его окружения (социальный конфликт: друзья, учителя и пр.). Следует отметить, что среди обследованных подростков с суицидальным поведением только 3 (10%) состоят на учете в психиатрических диспансерах. Остальные 27 (90%) являются психически здоровыми личностями, но легко эмоционально возбудимыми, т.е. с элементами акцентуации характера.

Вывод. Согласно результатам обследования, причинами суицида у подростков являются сложная внутрисемейная ситуация, ограниченный и негибкий подход взрослых к решению проблем, встающих перед подростками, депрессия, сопровождающаяся чувством безнадежности.

были моложе 60 лет, а с необратимыми — 8 (25%). Несколько чаще необратимые повреждения наблюдались при менингиомах мосто-мозжечкового угла — 17 (53,1%). На исход операции влияли размеры опухоли. Наличие гидроцефалии также отражалось на исходе операции — 8 (25%). При наличии отека умерли 4 (12,5%) больных. Необратимые изменения чаще наблюдались при сдавлении стволовых отделов мозга, вызванных опухолью. Прогноз зависел также от характера оперативного вмешательства. Результаты были лучше, если опухоль удалялась тотально - 26 (81,2%), и достоверно хуже при субтотальном удалении — 6 (18,7%). Это связано, во-первых, с тем, что субтотально чаще удалялись опухоли, трудно поддающиеся удалению, во-вторых, с тем, что при этом чаще возникало кровоизлияние в остаток не удаленной опухоли, и усиливался отек мозга. Неудовлетворительные результаты отмечались при коагуляции крупной артерии и вен мозжечка, которая, как правило, была вынужденной манипуляцией (остановка кровотечения). Из послеоперационных осложнений особенно неблагоприятно влияние оказывает кровоизлияние в ложе удаленной опухоли или в её остатки. Если сознание

после операции восстанавливалось полностью, прогноз был благоприятным. Полученные данные свидетельствуют о возможности прогнозирования повреждений мозга. Это даёт возможность предвидеть высокий риск операции и обосновывает необходимость улучшения подготовки больных к ней, выбора оптимальных методов и объёма оперативного вмешательства, ведения послеоперационного периода.

Основными причинами летального исхода при хирургическом лечении субтенториальных менингиом головного мозга, а также их рецидивов являются кровоизлияние в ложе или участки неудалённой опухоли (12,5%), нарушение кровообращения в стволе мозга, ишемический отек мозга при повреждении крупных сосудов (21,8%), гнойно-септические осложнения (12,5%), острая сердечно-сосудистая недостаточность (12,5%).

Особенности проведения анестезии больным с черепно-мозговой травмой

Алимов Ф.Х., Усмонов А.К., Ортиков А.А., Очиллов И.О.

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Основные усилия при проведении анестезии у пациентов с черепно-мозговой травмой (ЧМТ) должны быть направлены на поддержание стабильной гемодинамики, ликвидацию дыхательной недостаточности и поддержание адекватного мозгового кровотока.

Цель — улучшение результатов оперативного лечения у больных с ЧМТ путем оптимизации методов анестезии.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 30 больных с ЧМТ. 10 пациентам 1-й группы наркоз проводили с введением в анестезию натрия оксибутирата с бензодиазепинами, поддержание анестезии — натрий-оксибутиратом в сочетании с фентанилом и миорелаксантами на фоне ингаляции смеси кислорода с воздухом. 10 больным 2-й группы наркоз проводили введением в анестезию комбинации тиопентали-натрия с бензодиазепинами. Поддержание анестезии — фентанил в сочетании с дроперидолом (НЛА). У 10 пациентов 3-й группы использовали пропофол в сочетании с фентанилом для индукции. Поддержание анестезии путем инфузии пропофола в сочетании с фентанилом и миорелаксантами на фоне ингаляции смеси кислорода с воздухом, при тяжелой

Признаками высокого риска операции являются возраст старше 60 лет, поражение нервов каудальной группы, направление роста опухоли, наличие выраженного отека мозжечка, выраженного сдавления стволовых отделов мозга опухолью и тесного сращения с тканью опухоли крупных сосудов. Риск хирургического вмешательства возрастает, если опухоль не удаётся удалить тотально, коагулируется крупная артерия, кровопотеря превышает 500 мл. Развитие в раннем послеоперационном периоде бронхолегочных, гнойно-воспалительных, тромбоэмболических осложнений, нарастание отека мозга резко ухудшают прогноз. Преобладание прогностически неблагоприятного исхода является обоснованием необходимости дополнительных мероприятий в предоперационной подготовке, выбора объёма операции и ведения послеоперационного периода.

внутричерепной гипертензии путем назначения вазоактивных (дилататоров или вазоконстрикторов) препаратов быстрого действия. Во время наркоза важно не допустить развитие вторичного повреждения мозга, поэтому надо проводить адекватную инфузионно-трансфузионную терапию. Поддерживать удовлетворительные параметры вентиляции: $PaCO_2$ между 20-25, $PaO_2 > 50$ мм.рт.ст., SpO_2 — 96-100%. После окончания оперативного вмешательства пациентов переводили в отделение реанимации. Всем больным в послеоперационном периоде проводилась искусственная вентиляция легких респираторами Vela с использованием различных режимов вентиляции.

У пациентов 1-й и 2-й групп во время и после наркоза наблюдалась частичная нестабильность гемодинамики. Пробуждение больных после операции было более длительным, чем больные 3-й группы. У больных 3-й группы во время и после наркоза сохранялась стабильная гемодинамика.

Вывод. Адекватная анестезия пропофолом в сочетании с фентанилом предупреждает развитие вторичного повреждения мозга и обеспечивает успешное течение посленаркозного периода.

К профилактике гнойно-воспалительных осложнений при лечении открытых вдавленных переломов черепа

Арзикулов Т.Н., Расулов А.Э., Ибрагимов Б.Х., Фармонов Т.М.

Джизакский филиал РНЦЭМП

Цель — профилактика и лечение гнойно-воспалительных осложнений у оперированных больных с открытой ЧМТ.

Материал и методы. За период с 2007 по 2011 гг. в нейрохирургическом отделении Джизакского филиала РНЦЭМП нами были прооперированы 34 больных с открытыми вдавленными переломами черепа в возрасте от 16 до 60 лет, из них 12 женщин. В дооперационном периоде больным проводились все необходимые лабораторные исследования (общий анализ крови, мочи, группа крови, биохимический анализ крови), а также нейроофтальмологическое, нейрофизиологическое исследование и МСКТ головного мозга. Всем больным была произведена операция по удалению

или восстановлению вдавленных костных отломков.

После удаления или восстановления костных отломков с целью профилактики образования послеоперационных гематом в подболобечное пространство вводили дренажную трубку с выведением ее через контрапертуру и фиксированием 2-3 шелковыми швами к коже в области операционной раны так, чтобы смещение было невозможно. Периодически место соединения дренажной системы обрабатывались антисептиками, соблюдались условия ее герметичности. У всех пациентов до операции и на 10-е сутки после операции выполняли КТ-исследование. Трубку удаляли на 3-7-е сутки в зависимости от гуманности контрапертурного выхода дренажа.

У 30 больных послеоперационный период протекал гладко. У 4 больных наблюдалось повышение температуры тела, которая нормализовалась после удаления трубки. Для профилактики послеоперационных осложнений больным за час до операции в/в вводили 1,0 г гепацефа, а в послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия: гепацеф 1,0 г х 2 раза в сутки в/в до удаления дренажной трубки. Гепацеф представляет собой полусинтетический антибиотик группы беталактанов, цефалоспорины 3-го поколения, обладает бактерицидным действием, механизм которого связан с угнетением активности транспептидазы, нарушением синтеза пептидогликана клеточной стенки микроорганизма, обладает широким спектром действия. Хорошо проникает в органы и

жидкости организма, в том числе спинномозговую.

Таким образом, особое значение в профилактике гнойно-воспалительных осложнений имеет соблюдение правил хирургической техники, в первую очередь связанной с установкой дренажа, выведение последнего через контрапертуру на отдаление от основной раны и тщательная фиксация дренажа, ограничивающая его перемещение, соблюдение условий его герметичности. Соблюдение правил асептики и антисептики, наряду с применением антибиотиков широкого спектра действия в до- и послеоперационном периоде, позволяет резко снизить процент гнойно-воспалительных осложнений при лечении вдавленных переломов черепа.

Профилактика пролежней при вертебральной травме

Арзикулов Т.Н., Расулов А.Э., Равуфов Х.А., Ибрагимов Б.Х., Мухаммадиев А.Г.

Джизакский филиал РНЦЭМП

В 2005-2011 гг. в нейрохирургическое отделение Джизакского филиала РНЦЭМП с травмой позвоночника и спинного мозга поступили 48 больных, из них 42 мужчины и 6 женщин. Возраст больных в среднем составлял 36 лет. В связи с тяжестью травмы и шокового состояния все поступившие больные были госпитализированы в реанимационное отделение. При поступлении всем больным проводилось комплексное обследование, включающее общий анализ крови, мочи, определение группы крови, биохимическое исследование крови, рентгенографию позвоночника в двух проекциях, МСКТ позвоночника. При рентгенологическом исследовании у 14 больных повреждение выявлено на уровне С6-7, у 22 больных – на уровне Th12-L1. При неврологическом обследовании у 12 больных были выявлены верхний парализ, нижняя параплегия, у 13 – тетрапарезы и гипестезии с нарушением функции тазовых органов. У 23 больных нарушение в двигательной сфере проявлялись легким парезом, а чувствительные нарушения ограничивались парестезиями. По показаниям 28 больным в экстренном порядке проведены декомпрессивно-стабилизирующие операции. Во время операции у 4 больных обнаружен полный анатомический перерыв спинного мозга, у 10 – ушиб спинного мозга тяжелой степени. С целью профилактики пролежней и гнойно-воспалительных процессов, через трое суток заменили мочевого уретральный катетер наложением цистостомической трубки. Во избежание пролежней под пятки, крестец и затылок подкладывали ватно-марлевые круги, каждые 2 часа меняли положение больного. В положении больного на боку в области большого вертела бедренной кости, коленного су-

става, наружных и внутренних мыщелков бедренных костей подкладывали мешочки с льняными семенами или просом. Больного укладывали на противопролежневый матрас. При переломах грудного и поясничного отдела больного укладывали на живот. При появлении признаков воспаления кожу протирали камфорным спиртом и назначали ежедневно общее УФ-облучение. При появлении покраснений и мацераций проводили обработку раствором перманганата калия.

У больных легким ушибом спинного мозга с парализом и гипестезией очаговые неврологические нарушения регрессировали быстрее, в последующем вторичные осложнения в виде пролежней и гнойно-воспалительных заболеваний мочевыводящих путей не наблюдались. У больных с ушибом спинного мозга тяжелой степени очаговые неврологические нарушения сохранялись более длительное время, гнойно-воспалительные заболевания мочевыводящих путей, а также пролежни в основном в области крестца, лопаток и пяток с поражением неглубоких слоев кожи после соответствующего лечения были устранены. У больных с анатомическим перерывом спинного мозга без положительной динамики в неврологическом статусе гнойно-септические осложнения мочевыводящих путей, а также пролежни были более выражены.

Таким образом, при спинномозговой травме в первую очередь необходимо раннее устранение сдавления спинного мозга, стабилизация поврежденных сегментов позвоночника. Профилактические меры по предотвращению пролежней способствуют более мягкому течению болезни.

Неотложная тактика в лечении окклюзионного синдрома при опухолях головного мозга

Асадуллаев У.М., Якубов Ж.Б., Алтыбаев У.У., Заремба А.Е., Махкамов М.К.

Республиканский научный центр нейрохирургии

Хирургия опухолей срединной локализации, которые нарушают ликвороциркуляцию, остается одним из наиболее сложных разделов современной нейрохирургии. Характерной особенностью этих опухолей является развитие выраженного, нарастающего гипертензионно-гидроцефального синдрома с нарушениями ликвороциркуляции, что, как правило, и определяет в первую очередь тяжесть состояния и дальнейшую

судьбу пациента и требует экстренного вмешательства (Пицхелаури Д.И., 1997; Cheek W.R. et al., 1994).

Существующие традиционные методы хирургической коррекции расстройства ликворообращения травматичны, имеют ряд противопоказаний, а их применение, особенно у декомпенсированных больных, приводит к развитию частых и тяжелых осложнений. В связи с этим разработка более совершенных мало-

травматичных методов представляет собой актуальную проблему. Альтернативой традиционным ликворокорректирующим вмешательствам в лечении опухолей пинеальной области, задних отделов III желудочка и задней черепной ямки являются современные возможности эндоскопической видеохирургии (Суфианов А.А., 2000).

Цель работы — внедрение неотложной эндо-нейрохирургической коррекции ликвороциркуляционных расстройств при опухолях головного мозга.

Материал и методы. Операция ЭВЦС-Ш была проведена у больных с окклюзионной гидроцефалией, обусловленной опухолями пинеальной области и задних отделов III желудочка, находившихся на лечении в РНЦНХ. Диагноз окклюзионной гидроцефалии был подтвержден КТ- и МРТ-исследованиями. Результаты лечения оценивали по результатам клинических и инструментальных исследований, проведенных в ближайший и ранний послеоперационные периоды. Среди наших пациентов преобладали лица молодого возраста (57,7%), мужского пола (38,5%). Клинические проявления опухолей задних отделов III желудочка зависели от топографо-анатомических групп больных.

1 группа больные (57,7%) с локализацией опухоли в четверохолмной цистерне. Гипертензионный синдром разной степени выраженности явился основным симптомом заболевания (80%) в виде головной боли, диплопии. У всех больных развились застойные явления на глазном дне. Основу синдрома составили глазодвигательные нарушения. У больных с опухолями, локализующимися только в четверохолмной цистерне, заболевание, как правило, манифестирует развитием окклюзионного синдрома с одновременным развитием симптоматики претектальной и тектальной области. Опухоли, занимающие четверохолмную цистерну и задние отделы третьего, желудочка составили 19,2%. Ядром клинической картины был выраженный быстро развивающийся гипертензионный синдром, определяющий тяжесть состояния больных. У всех больных имелись нарастающая це-

фалгия, тошнота, рвота, диплопия. Для глазодвигательных нарушений была характерна более сложная картина, чем при опухолях, локализующихся преимущественно в четверохолмной цистерне. У этих больных нарастает симптоматика варолиева моста и среднего мозга. Возникают мозжечковые нарушения. С распространенными опухолями, занимающими четверохолмную цистерну и полость третьего желудочка, распространяющиеся на зрительные бугры, в боковые желудочки, заднюю черепную ямку) вошли 4 (15,4%) больных. Клинический синдром проявляется симптоматикой практически всех уровней мозга, но ядро клинической картины — грубое поражение диэнцефальной области.

Результаты. Улучшение состояния в раннем послеоперационном периоде отмечалось у всех оперированных больных. Гипертензионная симптоматика регрессировала в зависимости от возраста, длительности болезни и фазы клинического процесса. Контрольные КТ-исследования в период нахождения больных в стационаре также констатировали факт регресса напряженности гидроцефального процесса: уменьшение размеров желудочковой системы; исчезновение перивентрикулярного отека; расширение субарахноидальных пространств. У 7 больных в ближайшем периоде проведен второй этап лечения; удаление опухолей головного мозга. Инфекционно-воспалительные осложнения ЭВЦС-III наблюдались у 7,7% больных в виде венкулита и менингита. Умер 1 больной с растростаненной опухолью, находившийся при поступлении в фазе грубой клинической декомпенсации.

Выводы. 1. Малоинвазивным эффективным методом устранения окклюзионного синдрома при опухолях задних отделов Ш желудочка является ЭВЦС-III. 2. Эндоскопическая перфорация дна третьего желудочка в преамиллярном кармане при опухолях задних его отделов, формировании выраженного гидроцефального окклюзионного синдрома у больных в тяжелом состоянии является эффективным вмешательством первого этапа хирургического лечения.

Лечение и профилактика ранних послеоперационных осложнений при тяжелых тракционных повреждениях и травматических дефектах кисти

Асамов Р.Э., Низов О.Н., Минаев Т.Р., Йулдашев М.Ж., Хакимов А.Б.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Травмы кисти тракционного (отрывного) и скальпированного характера занимают особое место в структуре открытых тяжелых повреждений кисти. Рядом авторов (Biemer E., 1977; Датиашвили Р.О., 1992; Хамраев Ш.Ш., 1997; Белоусов А.Е., 1998, Богомолов М.С., 2003) были разработаны основные методики реконструктивных операций при подобных повреждениях. Общим для данных травм является повреждение кожных покровов, а нередко и подлежащих структур, на значительном протяжении, в сочетании с обильным загрязнением раневой поверхности. Но если при лечении тракционных травм акцент делается, как правило, на восстановление нормального кровообращения, то при обширных травматических дефектах основные усилия направлены на их полноценное закрытие с применением того или иного вида кожной пластики. Послеоперационные осложнения при подобных повреждениях мы условно разделили

на две основные группы: ишемические и гнойно-воспалительные.

В 2001-2011 гг. в отделении хирургии сосудов и микрохирургии РНЦЭМП лечение получил 131 пациент с тяжелыми тракционными повреждениями и обширными травматическими дефектами кисти. Мужчин было 104 (79,4%), женщин — 27 (20,6%). У 73 (55,7%) больных имели место тракционные повреждения, у 58 (44,3%) — обширные травматические кожно-мякотканые дефекты. У всех пострадавших операции начинались с хирургической обработки, включающей радикальное иссечение всех нежизнеспособных тканей в сочетании с обильным промыванием ран растворами антисептиков.

У 37 (50,7%) больных с тракционными повреждениями имели место полные, у 21 (28,8%) — неполные ампутации сегментов конечностей с декомпенсацией кровообращения. У 15 (20,5%) пациентов были мно-

жественные открытые переломы костей с повреждением рядом лежащих анатомических структур. При полных ампутациях реплантации сегментов выполнены у 11 (29,7%) больных, кожно-костная реконструкция – у 14 (37,8%), первичное формирование ампутационных культей – у 12 (32,4%). Однако из 11 пациентов с реплантацией, приживление сегментов отмечалось только у 4, у остальных 7 больных из-за развившегося артериального тромбоза и последующего ишемического некроза сегментов была произведена вторичная ампутация. Всем пострадавшим с неполными ампутациями и множественными переломами с повреждениями структур были проведены реконструктивные операции. Однако у 6 (16,7%) больных вследствие развития ишемических нарушений наступил некроз сегментов с последующей вторичной ампутацией, у 17 (19,4%) развилось глубокое нагноение, потребовавшее длительного консервативного лечения, включающего тщательную санацию ран с применением антибактериальной и противовоспалительной терапии. У остальных 23 (63,9%) пациентов послеоперационное течение было относительно гладким.

Среди больных с обширными скальпированными повреждениями поверхностные дефекты кожи были у 24 (41,4%). Свободная кожная пластика была выполнена у 18 (75%), комбинированная – у 6 (25%) из них. Частичные некрозы кожных лоскутов и пересаженных трансплантатов отмечались у 7 (29,2%) пациентов, полные – у 3 (12,5%). Причиной этого явились как

сложный рельеф реципиентного ложа (n=6), так и недостаточно радикально выполненная хирургическая обработка (n=4).

Глубокие обширные травматические дефекты, сопровождающиеся обнажением подлежащих структур, отмечались у 34 (58,6%) больных. Пластика лоскутами на питающей ножке выполнена у 12 (35,3%) больных, комбинированная пластика перемещенными лоскутами – у 13 (38,2%). У 9 (26,5%) осуществлена пластика лучевым лоскутом на реверсированном кровотоке. В этой группе краевой некроз лоскутов вследствие натяжения кожных краев наблюдался у 8 (23,5%) больных, у 3 (8,8%) из-за неадекватной первичной хирургической обработки раны имело место глубокое нагноение. Во всех случаях раны зажили вторичным натяжением.

Выводы. 1. Восстановление адекватного кровообращения в сегментах значительно снижает риск развития некроза в раннем послеоперационном периоде и способствует оптимальному заживлению ран. 2. Радикально выполненная первичная хирургическая обработка ран кисти, включающая иссечение всех нежизнеспособных тканей в сочетании с тщательной местной санацией и антибактериальной терапией, значительно снижает риск развития гнойно-воспалительных осложнений. 3. Гладкому заживлению ран способствует адекватное, без натяжения кожных краев, закрытие травматических дефектов лоскутами с адекватным кровообращением.

Ранняя травматическая коагулопатия –

один из ведущих факторов патогенеза острого периода травматической болезни

Афончиков В.С., Девотченко А.В., Котлярский А.Ф., Соколова Е.С.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе

В патогенезе травматической болезни ключевое место занимает кровопотеря. Ее объем и скорость являются основными факторами, определяющими тяжесть течения и влияющими на исход. Концепция «золотого часа» ориентирована в первую очередь на сокращение объема кровопотери на догоспитальном этапе. Выделяют две основные причины кровопотери: «хирургическую», связанную с механическим повреждением сосудов и паренхимы органов, и «коагулопатическую» в результате нарушения свертывающей системы крови. Понимание механизмов развития кровопотери позволяет выработать адекватную тактику экстренной хирургической и реаниматологической помощи.

В последние годы большинство исследователей пришли к мнению, что нарушения свертывающей системы крови, развивающиеся в остром периоде травматической болезни, являются типовым патологическим процессом, определяемым как АТС – acute trauma coagulopathy (острая травматическая коагулопатия), ТИС – trauma induce coagulopathy (коагулопатия, вызванная травмой) или ЕТИС – early trauma-induced coagulopathy (ранняя травматическая коагулопатия). Последнее определение представляется нам предпочтительным, так как, по нашему мнению, наиболее точно характеризует данную форму приобретенной коагулопатии.

Основными факторами, приводящими к развитию коагулопатии при шокогенной травме, являются:

- потеря факторов свертывания в процессе кровопотери;
- гемодилюция (дилуционная коагулопатия);
- потребление факторов свертывания (коагулопатия потребления);
- метаболический ацидоз;
- гипотермия;
- активация фибринолиза.

Принципиальным отличием ранней травматической коагулопатии от ДВС-синдрома является отсутствие фазы внутрисосудистого свертывания крови и блокады микроциркуляции жизненно важных органов. В то же время очень быстро манифестирует гипокоагуляция, значительно увеличивает показатели смертности в 4 раза по сравнению с пострадавшими, у которых не было признаков коагулопатии.

Для коррекции ранней травматической коагулопатии предлагается применять местные гемостатические средства в сочетании с заместительной терапией, направленной на системное восполнение факторов гемокоагуляции. В качестве средств системной заместительной терапии могут быть использованы:

- свежезамороженная плазма;
- криопреципитат;
- концентраты протромбинового комплекса;

- рекомбинантные активированные факторы (VIIa);
- тромбоцитарный концентрат.

При коррекции ранней травматической коагулопатии, особенно на догоспитальном этапе инфузионной терапии травматического шока, большое значение имеет выбор рационального объема и состава инфузионных сред.

Исследование патогенеза и способов коррекции ранней травматической коагулопатии имеет огромное значение, так как снижение частоты ее развития позволит спасти значительное число пострадавших и сократить объем кровопотери в остром периоде травматической болезни.

Сравнительная оценка влияния синтетических коллоидных плазмозаменителей на реологические свойства крови и коагуляционную активность гуморальных факторов свертывания

Афончиков В.С., Девогченко А.В., Петрова А.А.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе

В настоящее время для лечения геморрагического и травматического шока используется значительное количество синтетических коллоидных плазмозаменителей, различных по своим химическим и физическим свойствам. Помимо основного вolemического эффекта, эти растворы обладают различным влиянием как на реологические свойства крови пациента, так и на активность системы гемокоагуляции. Изучение и понимание механизмов этого влияния позволяют клиницисту обосновано выбирать плазмозаменитель, обладающий оптимальными свойствами для каждого этапа проведения инфузионной терапии и для каждого конкретного случая сочетанной травмы, сопровождающейся травматическим шоком.

Существуют два подхода к изучению влияния плазмозамещающих растворов на реологию и гемостаз: исследования *in vivo* и исследования *in vitro*. Преимуществами исследования *in vitro* являются:

- возможность достижения одинаковой, четко определенной степени дилуции в большой серии исследований,
- возможность достижения в эксперименте степеней дилуции, представляющих опасность для пациента и, поэтому недопустимых в исследованиях *in vivo*,
- возможностью раздельной оценки влияния плазмозаменителя на звенья свертывающей, противосвертывающей и фибринолитической систем

В 30 сериях исследований проводилась дилуция плазмы здоровых доноров добровольцев различными растворами синтетических коллоидных плазмозаменителей из групп декстранов, гидроксипропилированных крахмалов и модифицированных желатинов, а также полиэтиленгликоля. Дилуция выполнялась в разведениях от 9:1 до 2:9, после чего в каждой дилутированной пробе проводилась тромбоэластография (тромбоэластограф TEG-5000). Оценивались показатели тромбоэластограммы R, Angle, MA, G, LY30, характеризующих I, II, III, и посткоагуляционную фазы плазменной гемокоагуляции.

Параллельно выполнено 20 серий исследований, в

которых определялся уровень фибриногена по методикам Р.А.Рутберга и Klaus, что позволило выявить значительное влияние синтетических коллоидных плазмозаменителей на количество и качество полимеризующегося в процессе коагуляции фибрина.

Для оценки влияния синтетических коллоидных плазмозаменителей на фибринолитическую активность крови и ретракцию кровяного сгустка была использована методика комплексной оценки гемостаза, предложенная Е.П. Ивановым.

Для оценки влияния синтетических коллоидных плазмозаменителей на агрегационную способность эритроцитов и реологические свойства крови была использована методика дилуции отмытых эритроцитов с последующей оценкой динамики скорости оседания эритроцитов и микроскопии мазков дилутированных плазмозаменителем отмытых эритроцитов здоровых доноров-добровольцев.

Полученные в ходе исследования данные позволяют утверждать, что синтетические коллоидные плазмозамещающие растворы достоверно и значительно различаются между собой по своему влиянию на систему гемокоагуляции и реологические свойства крови пациентов. Наименьшим влиянием на систему гемокоагуляции обладают растворы модифицированных желатинов, наибольшим – среднемoleкулярных декстранов. В то же время, растворы модифицированных желатинов и среднемoleкулярных декстранов практически не вызывают агрегации эритроцитов. Среди растворов гидроксипропилированного крахмала наименьшим агрегационным эффектом обладают ГЭК 130/0,4, наибольшим – ГЭК 450/0,7. Отмечается общая тенденция к усилению агрегации по мере увеличения среднего размера молекулы плазмозамещающего коллоида.

Знание характерных изменений реологических свойств крови и гемокоагуляционного потенциала под влиянием синтетических коллоидных плазмозаменителей позволяет осознанно выбирать тот или иной раствор в конкретной клинической ситуации.

Принципы ургентного обследования и лечения ребенка при разрывах спинномозговых грыж или ее угрозе

Ахмедиев М.М., Ваккасов Н.Й.

Республиканский научный центр нейрохирургии

Сразу после рождения ребенка с разрывом спинномозговой грыжи или при ее угрозе акушер, реаниматолог и неонатолог устраняют угрожающие жизни обстоятельства (отсутствие самостоятельного дыхания, нарушение температуры тела), определяют гру-

бые нарушения жизненно важных функций организма, исключая возможность хирургического вмешательства, определяют показатели крови, включая группу и резус-фактор. Раневую поверхность в области грыжи обрабатывают дезинфицирующими раствора-

ми, прикрывают стерильными салфетками, ребенка укладывают на живот с опущенным головным концом. При отсутствии грубых опасных для жизни нарушений, после беседы с родителями и их согласия на операцию ребенка срочно переводят в специализированное отделение.

Нейрохирургическая помощь у больных с дефектами развития каудального отдела невральнй трубки направлена, в первую очередь, на сохранение жизни больного при разрывах грыж, ликворее. Целью экстренной операции при разрывах грыж или ее угрозе является быстрое «закрытие ворот» для инфекции и раннее проведение противовоспалительной терапии. Во-вторых, лечение направлено на создание оптимальных условий для реабилитации пациентов, сохранение или улучшение качества их жизни. Принципиальных различий в тактике и в технике удаления грыжевого мешка, освобождения корешков и спинного мозга, пластики твердой мозговой оболочки и дефекта кожи при плановых и urgentных операциях нет. Однако при urgentных вмешательствах мы не применяли тактики одномоментных или предварительных ликворошунтирующих операций. Это объясняется, с одной стороны, стремлением сократить до максимума продолжительность операции, а с другой, отсутствием выраженной внутричерепной гипертензии при наличии ликвореи, а также зачастую наличием уже измененного ликвора поступающего из грыжевого мешка с измененными покровными тканями. У 77 больных операции были urgentными, возраст детей колебался от нескольких недель до 4-х месяцев. Необходимость в ликворошунтирующих вмешательствах в последующем возникала у 87 (87%) из 100 пациентов, оперированных по urgentным показаниям. Ликворошунтирующие операции были проведены обычно через 2-4 недели после первого вмешательства.

Первую задачу во многом удалось решить благодаря внедрению в практику РНЦНХ положения об urgentности хирургического лечения разорвавшихся

спинномозговых грыж или их угрозе в первые 24 часа. Это обеспечило снижение частоты развития менингоэнцефалитов до 4% случаев и снижение смертности до 3,7%. Значительно сложнее решается вопрос об улучшении качества жизни этих пациентов. Внедрение микрохирургической техники, уменьшение травматичности операций, проведение ликворошунтирующих операций в комплексе лечения улучшает результаты, но не столь значительно. При анализе результатов лечения 100 пациентов со спинномозговыми грыжами установлено, что качество жизни в ближайшие годы после операции не ухудшается, не прогрессирует неврологический дефект, нет прогрессирования гидроцефалии, но определяющим является исходное состояние больного. Послеоперационная летальность, которая составила 5,8% была обусловлена множественными пороками развития как нервной системы, так и других органов. Именно это обосновывает в подобных ситуациях отказ от стандартного алгоритма обследования и применение алгоритма urgentного обследования и лечения ребенка с аномалией развития невральнй трубки. При отсроченной помощи вследствие позднего обращения, наличия и противопоказаний к хирургическому лечению летальность возрастает до 19%.

Выводы. 1. Использование тактики urgentных вмешательств при ликворее или ее угрозе у детей со спинномозговыми грыжами и частичным рахизисом позволяет предупредить развитие гнойно-воспалительных осложнений и уменьшить летальность до 3,7%. Одновременно с этим увеличивается частота нераспознанных сопутствующих уродств, являющихся основной причиной смерти. 2. При выборе метода лечения у больных со спинномозговыми грыжами целесообразным является раннее хирургическое вмешательство. Ранняя активизация и возвращение в привычный круг семьи улучшают качество жизни больных со спинномозговыми грыжами.

Ожоговый сепсис и некоторые пути его профилактики

Ахмедов А.А., Карабаев Х.К., Фаязов А.Д., Умаров А.С., Карабаев Б.Х., Шакиров Б.М.
Самаркандский РНЦЭМП, Самаркандский государственный медицинский институт

Сепсис — одно из наиболее тяжелых осложнений ожоговой болезни. Выявление причин его развития и путей профилактики остается актуальной проблемой (Шлык И.В., 2010).

Материал и методы. В Самаркандском филиале РНЦЭМП у 80 (61,5%) из 130 наблюдаемых в последние годы больных в возрасте от 18 до 75 лет с площадью глубокого ожога от 20 до 85% поверхности тела (п.т.) клинически развился сепсис. Генерализация гнойной инфекции чаще отмечалась при глубоких ожогах более 40% поверхности тела (в среднем $45,1 \pm 1,5\%$ п.т.).

У 50 (62,5%) обожженных (1-я гр.), в возрасте $42,75 \pm 2,51$ года с индексом Франка $108,87 \pm 2,55$ усл. Ед. и явлениями ожогового сепсиса было проведена стандартная интенсивная терапия с внутривенным введением озонированного физиологического раствора (ВВВОФР) в объеме 200 мл в сроки $11,54 \pm 2,11$ дня после ожога с концентрацией озона в жидкости 4 мг/л, 1 раз в сутки на протяжении 10 дней, в стадии ожо-

гового шока и острой ожоговой токсемии (ООТ).

30 обожженным (2-я гр.) с индексом Франка $105,75 \pm 3,54$ усл. Ед. и явлениями ожогового сепсиса проводилась стандартная комплексная интенсивная терапия без ВВВОФР в течение 10-11 дней после термической травмы (в стадии шока и ООТ).

Результаты и обсуждение. Глубокие обширные ожоги (у 25 больных) сопровождающиеся остеонекрозом, гнойным воспалением крупных сосудов, влажным некрозом мягких тканей, вели к более раннему проявлению сепсиса и более тяжелому его течению. У 47 (58,7%) больных сепсис выявлен в первую неделю, у 33 (41,3%) — на 2-3-й неделе после ожога на основании ССВО, ПОН, РСТ, СРР.

У 12 (15%) больных с сепсисом отмечался септический эндокардит. У 11 из них проводилась катетеризация подключичных вен. У 10 больных (8 пациентов 2-й гр.) болезнь закончилась летальным исходом. На аутопсии выявлены септический бородавчатый эндокардит с поражением у большинства из них присте-

ночного эндокардита правого предсердия, трехстворчатого клапана и гнойные септические очаги в легких. Сопоставление материалов аутопсии указывает на причинную связь возникновения септического эндокардита и катетеризации подключичных вен с длительным пребыванием катетера в центральных венах у тяжелообожженных.

У 52 (62%) пострадавших (1-я гр. – 30, 2-я гр. 22 больных) тяжелое течение сепсиса сопровождалось развитием пневмонии, что привело к летальным исходам у 41 (78,8%) обожженного (из них 19 – 2-й гр.).

У большинства больных (75%) сепсис был вызван патогенным стафилококком, у 5 (6,3%) из крови выделена синегнойная палочка. Несмотря на комплексное интенсивное лечение, включавшее дезинтоксикационную терапию, систематические трансфузии препаратов крови, введение гормонов, витаминов и антибиотиков широкого спектра действия или тех, к которым выявлялась наибольшая чувствительность микрофлоры, применение гипериммунной антистафилококковой плазмы, иммуноглобулина, стафилококкового бактериофага, щадящей некрэктомии и свободной кожной пластики и других операций, направленных на устранение или уменьшение очагов гнойной интоксикации, выздоровление наступило у 35 (43,7%)

больных (из них 21 – 1-я гр.).

Как показали наши исследования парентеральная озонотерапия способствовала уменьшению палочко-ядерного сдвига влево и снижению скорости оседания эритроцитов в 1,5-2 раза, уменьшению количества моноцитов, лейкоцитов, нейтрофилов, повышению лимфоцитов периферической крови в 1,5-2 раза по сравнению со 2-й группой больных ($p < 0,05$). Кроме того, под действием парентерального озона снижается концентрация в крови мочевины (на 15-25%), креатинина (на 5-10%), билирубина (20-25%) ($p < 0,05$).

В связи с преобладанием в этиологии гнойной хирургической инфекции стафилококка и невысокой эффективностью лечения при септических осложнениях у обожженных необходима профилактика с применением стафилококкового анатоксина с целью повышения естественных факторов защиты и специфического иммунитета к гнойной инфекции, а также парентеральной озонотерапии.

Выводы. Озонотерапия имеет определенный ряд показаний для парентерального применения при лечении неотложных состояний в комбустиологии – тяжелого ожогового шока и острой ожоговой токсемии, особенно осложненной сепсисом.

Результаты лечения очаговых повреждений головного мозга при тяжелой черепно-мозговой травме

Ашуров З.И., Ашуров У.А., Шарифбаев С.А., Жиянов И.А, Хайдаров У.А.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель исследования — улучшение результатов лечения больных с тяжелой черепно-мозговой травмой (ЧМТ) с контузионными очагами головного мозга.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 125 больных с тяжелой ЧМТ с контузионными очагами головного мозга, находившихся в отделении экстренной нейрохирургии НФ РНЦЭМП в 2008-2011 гг.

При поступлении всех больных подвергали клинико-инструментальному обследованию включающее общий осмотр, неврологический осмотр, Эхо-скопию головного мозга, полипозиционное рентгенологическое исследование, КТ и МСКТ. Основной целью диагностических мероприятий было своевременное выявление гипертензионно-дислокационного синдрома. Всего хирургическое вмешательство выполнено у 30 (24%) пациентов. Своевременная диагностика и оперативное лечение у данной категории больных помогают устранить нарастающее сдавление головного мозга, что способствует улучшению результатов лечения.

Результаты и обсуждение. Исходя из особенностей клинических проявлений ушибов головного мозга у этих больных, при отсутствии классических клинических форм, основным определяющим фактором остаются данные инструментальных исследований, а также мониторинг уровня внутричерепного давления. Оперативное лечение выполняется строго по показаниям при выявлении критических объемов повреждений мозга, латеральной и аксиальной дислокации, отрицательной динамики при контрольных КТ-исследованиях

При динамическом МСКТ исследования у 25 (20%) пострадавших отмечалось ухудшение КТ-картины. Одним из основных моментов снижения летальности и

улучшения результатов хирургического лечения у данной категории больных является проведение оперативного вмешательства до развития дислокационного синдрома или хотя бы на его начальных стадиях. Это достигается тщательным динамическим мониторингом неврологического статуса. Само оперативное пособие при этом виде повреждений должно выполняться как можно менее травматичным способом с минимальной кровопотерей и максимально быстро по времени. С нашей точки зрения, при оперативном вмешательстве у пострадавших с тяжелой ЧМТ предпочтение должно отдаваться широкой декомпрессивной трепанации черепа даже при отсутствии выраженного выбухания вещества мозга в трепанационное окно.

Наиболее эффективным способом устранения очагов ушиба больших полушарий является, удаление очага только в пределах зоны деструкции с помощью хирургического аспиратора и с последующей комплексной терапией, направленной на предупреждение вторичных нарушений кровообращения и прогрессирования отека головного мозга. Лучшие результаты получены у пострадавших, оперированных по поводу контузионных очагов головного мозга в течение первых суток нахождения в стационаре. Это увеличивает значимость прогностических критериев при выявлении гипертензионно-дислокационного синдрома.

Выводы. Таким образом, в улучшении результатов лечения у этих больных несомненную роль играет определение прогностических критериев развития гипертензионно-дислокационного синдрома, позволяющее своевременно установить показания к хирургическому вмешательству.

Частота вторичной ишемии головного мозга при тяжелой черепно-мозговой травме

Ашуров З.И., Шарифбаев С.А., Давлатов И., Юсупов А.М., Исмаилов А.И., Жиянов И.А.

Наманганский филиал РНЦЭМП

Церебральная ишемия является одним из главных механизмов вторичного повреждения мозга при тяжелой черепно-мозговой травме (ТЧМТ) (Graham et al., 1989). С ее развитием связывают и резкое ухудшение состояния пациентов, и нарастание летальности. Показано, что первые 3–8 часов после травмы сопровождаются глобальным (более 50%) снижением кровотока не только в поврежденном полушарии, но и во всем мозге (Shen D., 2007). Непосредственно в зоне ушиба кровотока снижается еще больше – до 10% (Plesnila et al., 2007). Широкое использование компьютерной томографии в цереброваскулярной неврологии позволило подробно описать картину первичного ишемического повреждения (Батищева Е. И., 2009; Reiser M., 2008). Вместе с тем особенности развития ишемии мозга и ее частота при травматических внутричерепных гематомах на основании компьютерной томографии нуждаются в дальнейшем изучении (Dondelinger R., 2007).

Цель исследования - изучение частоты развития вторичной ишемии мозга при ТЧМТ с формированием внутричерепных гематом.

Для выявления вторичной ишемии мозга мы ориентировались на КТ-признаки, описанные P.Demaerel (2008) и R.von Kummer (2002): ишемия ствола мозга вследствие вклинения парагиппокампальной извилины с полной облитерацией охватывающей цистерны; инсульт в бассейнах мозговых артерий с ишемией соответствующих долей мозга; развитие смешанного инсульта в области моста/среднего мозга (кровоизлияние Duret); четкие и хорошо различимые границы зоны поражения.

Для оценки ишемического повреждения предложена классификация, основанная на количестве, вовлеченных в него, долях аналогичная шкале ASPECTS (Alberta Stroke Program Early Computerized Tomography Scores, 2000). Были выделены следующие степени ишемии мозга при черепно-мозговой травме: I степень – очаг в 1 доле; II – очаги в 2 долях; III – очаги в 3 долях; IV – очаги в 4 долях; V – очаги в 5 долях и/или в

стволе мозга.

Из 1047 пациентов с ТЧМТ, прошедших КТ головного мозга в период с 2009 по 2011 гг. в Наманганском филиале РНЦЭМП, развитие вторичной ишемии мозга выявлено у 126 в возрасте от 19 до 79 лет (44 ± 16 года). Мужчин было 103, женщин – 23. Тяжесть по шкале комы Глазго при поступлении составила $6,6 \pm 0,5$ балла. Согласно КТ-признакам ишемического повреждения всего выявлено 449 очагов. I степень ишемии не выявлена. У 5 (3,9%) пациентов отмечалось формирование ишемических очагов в 2 долях мозга (II степень), у 12 (9,5%) было поражение III, у 24 (19%) – IV, у 78 (61,9%) V степени, затрагивающее более 5 долей мозга и/или ствольных отделов мозга. Наиболее часто формирование ишемии происходило в бассейне средней мозговой артерии – 37% очагов, затем следовали бассейны основной (32%), задней мозговой (23%), передней мозговой артерии (7%). При оценке компримирующих субстратов у 73 (58%) пациентов выявлены множественные гематомы. Средний объем компримирующего субстрата составил $61,6 \pm 6,5$ см³. Смещение прозрачной перегородки колебалось от 0 до 20 мм, в среднем $4,9 \pm 5,6$ мм. Признаки нарушения ликвороциркуляции с асимметрией желудочковой системы обнаружены в 93% случаев. Многофакторный анализ показал, что развитие ишемии достоверно соотносится со следующими параметрами: объем гематомы, возраст пациента, развитие нарушений ликвороциркуляции. Летальность составила 73%. Сравнение степени ишемии и числа неблагоприятных исходов выявило их пропорциональный рост: с нулевой летальности при II степени ишемии до 80% при ее V степени.

Таким образом, абсолютная частота развития ишемии мозга при ТЧМТ по данным неконтрастной компьютерной томографии составила 17,9%. В то же время использование таких специальных методов МСКТ, как контрастное усиление, МСКТ-перфузия и МСКТ-ангиография, способно значительно увеличить выявляемость развития вторичной ишемии при травме мозга.

Осложнения оперативного лечения переломов ключицы и их профилактика

Баратов А.Б., Шукуруллаев А.Р., Баратов Ж.А.

Джизакский филиал РНЦЭМП

Цель работы — анализ осложнений, возникших при оперативном лечении больных с переломом ключицы и профилактика этих осложнений.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения больных, находившихся в отделении осложнённой и сочетанной травмы Джизакского филиала РНЦЭМП в 2009 - 2011 гг. За этот время в наш стационар обратились 127 больных с данной патологией. из них с изолированным повреждением ключицы – 90 (71%), у остальных 37(29%) пострадавших перелом ключицы сочетался с другими повреждениями опорно-двигательного аппарата или с черепно-мозговой травмой. Возраст обратившихся — от 5 до 70 лет, от 5 до 14 лет было 25 (19,6%) пациентов. В первые сутки с момента травмы госпитализированы

77 (60%) пострадавших, остальные — на 2 – 4-е сутки с момента травмы. Лечение производилось консервативно и оперативными методами. Оперативные методы применялись у 72 (56,7%) пациентов. Остеосинтез осуществлялся интрамедуллярно спицей Илизарова, а у 2 больных при отсутствии канала — лавсановыми нитями или проволокой.

Интрамедуллярный остеосинтез спицей Илизарова путём выведения через акромиальный конец произведён 32 больным, интрамедуллярный остеосинтез спицей Илизарова путём выведения через стерильный конец – 38, остеосинтез лавсановыми нитями или проволокой – 2.

В процессе лечения оперативными методами у 6 больных возникли осложнения в виде миграции спи-

цы (2), воспаления мягких тканей вокруг выведенного конца спицы (3), образование пролежня у загнутого и оставленного под кожей конца спицы (1). Причём 5 осложнений возникли при интрамедуллярном остеосинтезе спицей Илизарова путём выведения через акромиальный конец. Для профилактики этих осложнений, наряду с общепринятыми мероприятиями, немаловажную роль, по нашему мнению, играет уход

за спицей после выписки больных на амбулаторное лечение, как и соблюдение режима в послеоперационном периоде.

Вывод. Неоспоримое преимущество метода интрамедуллярного остеосинтеза спицей Илизарова путём выведения через стерильный конец, очевидно, он даёт наименьший процент осложнений при оперативном лечении переломов ключицы.

Анализ лечения переломов бедренной кости у больных с политравмой

Баратов А.Б., Шукуруллаев А.Р., Камолов Ё.О.

Джизакский филиал РНЦЭМП

Цель работы — анализ лечения больных с политравмой, сопровождающейся переломом бедра.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 179 больных с политравмой, находившихся на лечении в отделении осложнённой и сочетанной травмы Джизакского филиала РНЦЭМП в 2009 - 2011гг. С переломами бедра был 51 больной, у 50 больных перелом бедра являлся доминирующей патологией. Мужчин было 42 (82%), женщин — 9 (18%), детей — 6 (11,8%). У 47 (92%) пациентов причиной травмы являлось ДТП, у остальных — падение с высоты. Все больные поступили в состоянии шока, тяжесть которого определялась объёмом полученной травмы, а также временем, прошедшем с момента получения травмы до начала оказания квалифицированной медицинской помощи. Лечение этих больных проводилось тремя общедоступными методами: оперативными, путём наложения гипсовых повязок (чаще как метод временной иммобилизации) и скелетным вытяжением. Средний срок проведения оперативного вмешательства варьирует в пределах 3-5 суток в зависимости от тяжести состояния пострадавшего. Интрамедуллярный остеосинтез произведён 35 (68,6%) больным, экстрамедуллярный остеосинтез 2 (3,9%), скелетное вытяже-

ние — 9 (17,6%), гипсовые повязки наложены 5 (9,8%). Гипсовыми повязками лечили больных, у которых были тяжёлые сопутствующие соматические заболевания, состояние декомпенсации жизненно важных органов. Из осложнений у 4 (7,8%) был синдром жировой эмболии, у — 3 (5,9%) — угловая деформация в результате нарушения больными ортопедического режима, у 2 (3,9%) — замедленная консолидация. У 3 больных с переломом верхней трети бедра, у которых не было возможности осуществить оперативное вмешательство, наблюдалось укорочение конечности до 4 см. У 44 (82,6%) больных получены хорошие результаты.

Вывод. Консервативное лечение переломов бедра необходимо использовать только в исключительных случаях, при невозможности проведения анестезии и операции. Оно требует длительного постельного режима с проведением скелетного вытяжения и гипсовой иммобилизации. Это часто сопряжено с развитием гипостатических осложнений и формированием контрактуры тазобедренного и коленного суставов. Современные методы оперативного лечения лишены этих недостатков и позволяют в ранние сроки мобилизовать пациентов и добиться лучших функциональных результатов.

Тактика лечения грыжи межпозвоноковых дисков

Бегалиев С.М., Алламуратов К.Е., Жоллыбеков Д.Б., Сапаров Ж.К.

Нукусский филиал РНЦЭМП

Оперативное лечение межпозвоночных грыж показано при наличии некупируемого болевого синдрома (срок лечения от 2-х нед. до 3-х мес.), нарастании неврологической симптоматики, синдроме поражения конского хвоста (нарушение функции тазовых органов, снижение потенции, онемение промежности).

В нейротравматологическое и нейрохирургическое отделения Нукусского филиала РНЦЭМП в 2010-2011 гг. поступили 1037 больных с грыжами межпозвоночных дисков, из них 559 (54%) мужчин и 478 (46%) женщин. У 89% больных был поражен пояснично-крестцовый отдел позвоночника.

199 (20%) больных имели показания к оперативному лечению, в том числе у 36 больных был каудосиндром. У всех оперированных пациентов были КТ и

МРТ данные грыжи пояснично-крестцового отдела позвоночника. Этим больным произведена удаление грыжи диска интерламинарным доступом. У 6 больных удалены грыжи межпозвоночного диска L3-L4, у 139 — L4-L5, у 53 — L5-S1, у 1 больного — Th9-Th10.

Всем больных перед операцией для профилактики инфекционных осложнений назначали антибиотики широкого спектра действия. У всех раны зажили первично, только у 1 больного возник эпидурит.

Вывод. Ранняя диагностика и своевременное лечение грыжи межпозвоночного диска приводит к восстановлению трудоспособности больных. Позднее обращение больных к специалистам и несвоевременное лечение может стать причиной к инвалидности.

Эпилептический синдром у больных с черепно-мозговой травмой

Бекчанов Х.Ю., Болтаев Р.Т., Машарипов Б.О., Уразбаев Ж.Д.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Проанализированы истории болезни 100 пациентов с ушибами головного мозга (УГМ) средней и тяжелой степени, лечившихся в отделении сочетанных и осложнённых травм с нейрохирургией Хорезмского филиала РНЦЭМП в 2006-2011 гг. Эпилептический синдром отмечался у 13 больных (6,5%), в том числе 5 (38,4%) мужчин и 8 (61,6%) женщин. Субдуральная гематома была у 1, эпидуральная — у 3, ушиб головного мозга III ст — у 3, ушиб головного мозга II ст — у 6. Чаще наблюдались генерализованные (87,9%), реже фокальные судороги (9,7%). Эпилептический статус зарегистрирован у 1 (2,4%) человека.

Имеются определённые трудности своевременной диагностики черепно-мозговой травмы (ЧМТ) у пациентов с судорожным синдромом. Нередко такие больные доставляются машинами скорой помощи в приёмные отделения больниц с неопределённым диагнозом «после судорожного припадка». Обычно больные наблюдаются дежурными врачами в условиях приёмного покоя от нескольких часов до суток и более. В течение этого времени выполняются все необходимые диагностические мероприятия (обзорные краниограммы, Эхо-ЭС, КТ сканирование полости черепа, исследование ликвора, осмотры смежных специалистов). Одновременно проводится консервативная терапия (дегидратация, противосудорожные препараты). По мере выхода больных из судорожного состояния уточняется анамнез. Если при обследовании и наблюдении за больным в динамике данных за ЧМТ не выявляется, то такие пациенты отпускаются домой с рекомендацией явки в поликлинику к неврологу. При обнаружении травматического сдавления головного мозга решается

вопрос о целесообразности оперативного лечения.

Судорожный синдром может быть одним из ранних и даже единственным клиническим проявлением травматических внутричерепных гематом, особенно субдуральных. Наличие фокальных судорог в конечностях нередко позволяет врачам правильно локализовать гематомы в контралатеральном полушарии головного мозга даже без Эхо-ЭС, КТ-данных.

Выявлены случаи, когда на протяжении нескольких месяцев и даже лет после ЧМТ пациенты с эпилептическим синдромом лечились у невропатолога по поводу «эпилепсии», получали разнообразные противосудорожные препараты без особого эффекта. Только КТ- или МРТ-сканирование головного мозга позволило поставить правильный диагноз внутричерепной гематомы и провести оперативное лечение. Т.Цвиппфер и соавт. (1997) относят больных эпилепсией к группе риска в плане возможности получения тяжёлой ЧМТ. Авторы рекомендуют проводить как можно раньше КТ-исследование головного мозга при ЧМТ, полученной во время эпилептического приступа с целью исключения внутричерепной гематомы.

Таким образом, наличие эпилептического синдрома у пострадавших с ЧМТ в анамнезе должно настораживать врачей в плане исключения травматического сдавления головного мозга. Пациенты с повторными судорожными приступами при отсутствии эффекта от консервативной антиконвульсивной, рассасывающей и дегидратационной терапии, с наличием в анамнезе даже «лёгкой ЧМТ» нуждаются в КТ или МРТ — исследовании для исключения травматических внутричерепных гематом.

Хирургия травм шейного отдела позвоночника

Бердиев С.Х.

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

За последние 5 лет (2007-2011 гг.) в Кашкадарьинском филиале РНЦЭМП на лечении находились 76 больных с повреждением шейного отдела позвоночника. Средний возраст пациентов составил $34,4 \pm 10,4$ года. Большинство пострадавших были в возрасте 21-40 лет (74,2%), преобладали лица мужского пола (69,2%). Для выявления вида и уровня повреждения шейного отдела позвоночника Пациентам произведены рентгенография, КТ и МРТ.

При обследовании у всех больных диагностированы неврологические расстройства различной степени выраженности — от корешковой симптоматики до глубоких двигательных и чувствительных нарушений. На МРТ изучали состояние соотношений образований спинномозгового канала, провели визуализацию степени тяжести и протяженности поражения спинного мозга. При рентгенологическом исследовании выявлено, что наиболее частый уровень повреждения — С3 — С5 — у 43 (56,6%) больных. У 9 (11,8%) пациентов при функциональном рентгенологическом исследовании были выявлены признаки нестабильного перелома (88% — компрессионные переломы тел позвонков различной степени, в 12% — переломовывихи тел с

переломами дужек и суставных отростков). Переломы двух и более смежных позвонков диагностированы у 17% больных, многоуровневые повреждения позвонков (переломы смежных позвонков или на разных уровнях) — у 5%. Оперативное лечение проведено 24 (31,6%) больным — применен спондилодез с использованием аутокости и титановой пластины.

Результаты лечения больных прослежены в сроки от 3 месяцев до 5 лет. Положительные результаты получены у 38%, динамики неврологической симптоматики не обнаружено у 42% пациентов. Как показали ближайшие и отдаленные результаты лечения, ауто-трансплантат и титановая пластина для спондилодеза — надежный.

Выводы. 1. Применение передних титановых пластин предотвращает осложнения в виде смещения и потери коррекции в результате миграции имплантата у больных, которым выполнена репозиция смещенного позвонка. 2. В процессе лечения больных с травмой шейного отдела позвоночника в остром периоде важно не определение собственно тяжести травмы и состояния больного, а оценка их динамики на всем протяжении травматической болезни.

Течение черепно-мозговой травмы на фоне повреждений грудной клетки

Бобоев Ж.И., Рихсиев М.Д., Сойибов И.Э.

Республиканский научный центр нейрохирургии

Материал и методы. Исходы сочетанной ЧМТ с повреждением грудной клетки и её органов прослежены у 52 больных, находившихся в Республиканском научном центре нейрохирургии в 2008-2011 гг. Мужчин было 46, женщин - 6. Возраст пострадавших - от 4 до 70 лет. До 50 лет было 34, старше 50 - 18. Травматический шок отмечался у 16 больных. Травму в алкогольном опьянении получили 29 больных.

В зависимости от выраженности клинических проявлений больные были разделены на три группы: 1-я группа - 23 больных с тяжёлой ЧМТ в сочетании с тяжёлой травмой грудной клетки (множественные, в том числе, флотирующие переломы ребер, переломы грудины, разрывы лёгких, гемопневмоторакс, ушиб сердца, гематомы средостения); 2-я группа - 19 больных с лёгкой и средней степенью тяжести ЧМТ в сочетании с тяжёлой травмой грудной клетки; 3-я группа - 10 больных с тяжёлой ЧМТ и лёгкой травмой грудной клетки.

Такое деление позволяло четко определить последовательность использования лечебно-диагностических пособий, направить усилия на главный фактор, угрожающий жизни. Помощь таким больным приобретает этапность при участии нейрохирурга, травматолога, реаниматолога.

У 8 больных 1-й и 4 больных 3-й группы были выявлены внутричерепные гематомы, по поводу которых они были оперированы.

Результаты и обсуждение. Респираторные расстройства как наиболее частое осложнение сочетанной ЧМТ и травмы грудной клетки имели место у 46 (88,5%). Прямое повреждение лёгочной ткани отмечалось у 32 из них (ушибы и разрывы легких, внутрилегочные кровотечения, плевральные осложнения, аспирационные синдромы, пневмомедиастинум). У 14

больных через 3-5 суток после поступления обнаружены легочные осложнения с развитием интерстициального отека, посттравматической пневмонии, прогрессирующего нарушения газового состава крови.

Наиболее тяжёлым течением ЧМТ было у больных 1-й группы, что обусловлено не только тяжелой ЧМТ, но и тяжелой травмой грудной клетки и ее органов. Это указывает на необходимость профилактики и интенсивного лечения "шокового лёгкого", своевременного перевода таких больных на ИВЛ, предупреждения избыточных трансфузий жидкостей, своевременного назначения противоотечного, антибактериального лечения, лечения прямыми антикоагулянтами. Анализируя 23 истории болезни умерших, мы нашли, что у 6 больных лечение респираторных осложнений было запоздалым, его следовало начать на догоспитальном уровне. У 14 больных 2-й группы с лёгкой и средней степени тяжести ЧМТ и сохранностью сознания применяли вспомогательную вентиляцию лёгких и, несмотря на тяжёлую травму грудной клетки, в этой группе летальность была наименьшей. У 2 больных причиной смерти был множественный перелом рёбер слева, ушиб сердца, инфаркт миокарда.

В комплексном лечении ЧМТ, сочетанной с тяжёлой травмой грудной клетки, проводилась продлённая эпидуральная блокада на шейно-грудном уровне у 25 больных (8 больных 1-й, 14 больных 2-й и 1 больной 3-й группы).

Выводы. Резервы для улучшения результатов лечения больных с черепно-мозговой и торакальной травмой заключаются в проведении комплекса мероприятий по нормализации внешнего дыхания на госпитальном и на догоспитальном этапах; своевременной диагностике и удалении внутричерепных гематом.

Алгоритмизация экстренной медицинской помощи, оказываемой при острых отравлениях на догоспитальном этапе

Болтаев Д.Э., Якубова Ф.У.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Клиническая картина острого отравления проявляется специфической симптоматикой, соответствующей избирательной токсичности действующего агента и зависит от причины и вида токсического вещества, его количества, пути поступления в организм и время возникновения отравления. Оказание неотложной медицинской помощи при острых отравлениях на догоспитальном этапе влияет на исход лечения. Особое место при этом занимает служба скорой медицинской помощи и осведомление населения, оказывающая первую помощь. В последние годы наблюдается тенденция к увеличению острых отравлений за счет суицидальных попыток в виде приема смертельных доз лекарств или уксусной эссенции. Особенно опасно детское отравление в возрасте до 5 лет, когда дети привлеченные внешним видом лекарств или их упаковкой, глотают ярко окрашенные таблетки, нередко покрытые сладкой оболочкой.

Цель исследования — оценить эффективность разработанного алгоритма оказания экстренной меди-

цинской помощи при острых отравлениях на догоспитальном этапе.

Материал и методы. Проведен анализ 102 больных с острыми отравлениями различного генеза, поступивших в 2006-2011 гг. в токсикологическое отделение Хорезмского филиала РНЦЭМП. Больные были разделены на две группы. 65 (64%) больным 1-й группы первая помощь не была оказана, 37 (36%) больным 2-й группы, доставленным в основном каретой скорой помощи, первая доврачебная медицинская помощь была оказана согласно алгоритму, на месте и по пути в стационар. У 25 были отравления уксусной эссенцией, у 36 — лекарственными средствами, с целью суицида, у 17 — наркотическими средствами (преимущественно вследствие передозировки), у 22 — суррогатами алкоголя, у 4 — фосфорорганическими соединениями.

Результаты исследования. Анализ историй болезни всех исследованных пациентов показал, что во 2 группе не отмечалось гибели больных и серьезных ослож-

нений. В 1 группе у 6 пострадавших наблюдались такие осложнения как острая почечная, печеночная недостаточность, из них у 3 был летальный исход (1 случай после лекарственного отравления аллапинином, 2 – после отравления уксусной эссенцией), что составило 12,3% и 2% соответственно от общего числа пациен-

ентов 1 группы.

Вывод. Соблюдение алгоритма оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе, максимально сокращает число осложнений и летальность вследствие минимизации токсического влияния повреждающего агента на организм человека.

Патогенетическое обоснование развития осложнений внутричерепных кровоизлияний у больных с черепно-мозговой травмой

Бурханов И.М., Алейник В.А., Давлатов Б.Н., Ханапияев Ф.Р., Давлатова Р.Б.
Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт.

Используемые в настоящее время методы диагностики иммунологических нарушений у больных с механическими травмами, в том числе и при черепно-мозговых травмах (ЧМТ), направлены преимущественно на оценку клеточного иммунитета. Эти способы недостаточно информативны, поскольку для прогноза воспалительных осложнений учитывают ограниченную часть механизмов, участвующих в защитной реакции организма. Кроме того, эти способы позволяют прогнозировать развитие воспалительного осложнения тяжелой травмы не на ранней стадии, а уже после появления некоторых характерных для тяжелой травмы симптомов.

Нами проанализированы данные 310 больных с ЧМТ, прошедших обследование и лечение в отделениях нейрохирургии и нейрореанимации Андижанского филиала РНЦЭМП в 2007-2011 гг. в возрасте от 16 до 76 лет; мужчины было 182.

Сотрясения головного мозга (СГМ) – отмечалось у 148 (48%), ушиб головного мозга (УГМ) – у 153 (52%), легкой степени – 87 (28,1%), средней – у 29 (8,9%), тяжелой – у 37 (11,5%), диффузно-аксональное повреждение (ДАП) ГМ – 9 (3,5%).

Наиболее частыми были травмы вследствие ДТП – у 195 (62,9%) и бытовые травмы у 80 (25,8%), при падении с высоты травму получили 15 (4,8%), на производстве – 11 (3,5%), при занятиях спортом – 9 (3%) пострадавших. В состоянии алкогольного опьянения в момент травмы находились 40 (13%) пациентов.

С помощью рентгенорадиологических исследований переломы костей свода черепа диагностированы у 205 (66,1%) обследованных. МРТ позволила выявить в общей структуре повреждения ГМ у 68 (21,9%) больных, эпидуральные гематомы выявлены у 39 (12,6%). Внутрижелудочковое кровоизлияние было у 29 (9,4%)

больных.

С целью оценки тяжести иммунной дисфункции и эффективности применения иммуномодуляторов и тироксина у больных с УГМ тяжелой степени – (37; 11,5%), с диффузно-аксональным повреждением (9; 3,5%) выполнены иммунологические исследования. Изучали лейкоцитарную формулу, определяли В- (CD20) и Т-лимфоциты (CD3), субпопуляции Т-лимфоцитов (CD4, CD8, CD16, CD4/CD8), маркеров ранней активации лимфоцитов CD25, CD71, интерлейкины про- (ил-1, ил-6, ил-8, TNF,) и противовоспалительные (ИЛ-4, ИЛ-10, ИЛ-13) цитокинов, подсчитывали содержание иммуноглобулинов А, М и G и гормонов щитовидной железы (ТТГ, Т3, Т4) иммуноферментным методом. Все лабораторно-диагностические методы исследования выполнены в иммунологической лаборатории ЦНИЛ Андижанского государственного медицинского института.

Течение травматической болезни нередко сопровождалось травматическими внутричерепными кровоизлияниями у 12 (3,9%) больных. Установлено развитие стрессорного иммунодефицита, нейрогенной иммунодисфункции и состояние «иммунного паралича», что стало у этих пострадавших причиной высокой инвалидизации, а у 9 (2,9%) летального исхода.

Таким образом, внедренная нами методика учета соотношения провоспалительных (ИЛ-1, ИЛ-6 и TNF), а так же противовоспалительных (ИЛ-4, сывороточного и индуцируемого интерферона) цитокинов, определение индивидуальной чувствительности к иммуномодуляторам, интерферонам и индукторам интерферона, в первые сутки, позволило оценить степень нарушения иммунной защиты на более раннем этапе и прогнозировать возникновение воспалительных осложнений в остром периоде ЧМТ.

Совершенствование методов иммунокоррекции у больных с осложнениями травматических внутричерепных кровоизлияний при тяжелых механических травмах

Бурханов И.М., Алейник В.А., Давлатов Б.Н., Ханапияев Ф.Р., Давлатова Р.Б.
Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

Черепно-мозговая травма – это своеобразный вид травмы, при котором изменения в организме создают затруднения выявления проявлений нарушений при диагностике и лечении на этапах медицинской помощи, например, в её остром периоде (Коновалов А.Н. и др., 2001). Причиной летальных исходов и инвалидизации пострадавших с тяжелой механической травмой являются факторы вторичного повреждения головного мозга, которые в свою очередь делятся на экстракраниальные (гипоксия артериальная, гипо- и гипертензия, гипертермия, нарушение газообмена и внут-

реннего гомеостаза) и интракраниальные (внутричерепная гипертензия, нарушение церебрального кровообращения и метаболизма) (Гайтур Э.И., 2000).

У 40-60% этих больных снижение защитных возможностей организма обусловлены блокированием рецепторов лимфоцитов медиаторами и токсинами.

Цель работы – разработка лечебно-диагностической тактики при лечении ЧМТ с использованием принципов доказательной медицины, методов интенсивной терапии в условиях специализиро-

ванного стационара.

Проанализированы результаты лечения 310 больных с ЧМТ, находившихся в отделениях нейрохирургии и нейрореанимации Андижанского филиала РНЦЭМП в 2007-2011 гг. У 207 (66,8%) пострадавших была закрытая, у 103 (33,2%) — открытая ЧМТ.

255 (82,3%) больных поступили в Аф РНЦЭМП в первые 3 часа после травмы, 53 (17,1%) пострадавшие были госпитализированы в ближайшие от места происшествия стационары, после чего в разные сроки (от 1 до 7 дней) переводились по линии САС. Травматический шок наблюдался у 172 (55,5%) пострадавших.

Нами установлено, что у пострадавших с ОЧМТ

имеется высокий риск вероятности развития гнойных осложнений при травматических кровоизлияниях, обусловленных, прежде всего нарушениями иммунитета. С целью повышения эффективности иммунокоррекции в протокол лечения больных в ранние сроки с ЧМТ включали тироксин и иммуномодулирующие препараты.

Предложенный метод иммунокоррекции, помимо системных нарушений иммунитета, обеспечивает коррекцию местного иммунитета в очаге повреждения. При этом снижается риск возникновения осложнений, сокращаются сроки выздоровления, снижается стоимость лечения, инвалидизация и летальность.

Компьютерная томография в диагностике острой черепно-мозговой травмы

Гоипов Р.И., Абдуллаев Д.Д., Уринбоев Б.К.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Внедрение в неврологическую и нейрохирургическую практику компьютерной томографии (КТ) качественно изменило подход к обследованию, лечению и реабилитации пострадавших с ЧМТ. Благодаря таким преимуществам, как высокая достоверность, возможность с ее помощью оценить одновременно состояние головного мозга и костей черепа, выявить характер, форму, размер, локализацию повреждения, КТ постепенно вытесняет пневмоэнцефалографию и рентгенографию.

В Ферганском филиале РНЦЭМП в 2010-2011 гг. у 200 больных с черепно-мозговой травмой проведена МСКТ головного мозга, из них 110 мужчин и 31 женщина, в том числе детей — 59. Компьютерная томография головного мозга проводилась на мультиспиральном томографе фирмы Siemens Somatom Emotion 6 по стандартной методике.

Ушиб головного мозга выявлен у 56 больных. Ушибы в основном локализовались в полюсно-базальных или конвекстициально-полюсно-базальных отделах лобных и височных долей мозга. При клинических проявлениях ушибов тяжелой степени определялись обширные патологические очаги как в зоне удара, так и в зоне противоудара (полюсно базальные или конвекстициально-полюсно-базальные отделы лобных и височных долей мозга с глубинным распространением). Ушибы вещества головного мозга в сочетании с переломами костей черепа обнаружены у 13 больных, геморрагические ушибы (диапедзные кровоизлия-

ния в вещество мозга) — у 17, ушибы с субарахноидальным кровоизлиянием — у 16. Эпидуральные гематомы с переломами костей черепа, выявленные у 33 больных, на КТ визуализировались как двояковыпуклые или плосковыпуклые зоны повышенной плотности под сводом черепа, субдуральные гематомы с переломом костей черепа обнаружены у 13 больных; на КТ они имели вид серповидной зоны повышенной плотности, широко охватывающей полушарие мозга, внутримозговые гематомы отмечались у 3 больных.

Внутричерепные гематомы по локализации разделены следующим образом: лобная — 7, теменная область — 8, височная — 12, затылочная область — 4, лобно-височная — 4, лобно-теменная — 1, височно-затылочная — 1, теменно-височная — 7. Большой процент гематом располагались в лобно-теменно-височной области. Поздние гематомы выявлены у 9 больных. Сочетание внутримозговой и эпидуральной гематом имелось у 3 больных, внутримозговой гематомы субдуральной гематомы — 2, эпи- и субдуральной гематомы — у 4. Все эти находки обуславливают деформацию желудочковой системы, подбололочных пространств и смещение срединных структур вплоть до сдавления и ущемления ствола.

Таким образом, компьютерная томография головного мозга является современным и информативным методом исследования в urgentной нейрохирургии и имеет первостепенное значение в диагностике внутричерепных гематом.

Выбор тактики лечения при вторичном эхинококкозе головного мозга у детей

Голеусов С.В., Тулаев Н.Б.

Республиканский научный центр нейрохирургии

При наличии множественных эхинококковых кист в головном мозге в сочетании с локализацией в других органах (вторичный диссеминированный эхинококкоз) показания к оперативному лечению продолжают вызывать споры. Появление КТ-, МРТ-томографов значительно облегчило диагностику эхинококкоза головного мозга.

Цель исследования - определение эффективности комплексного лечения вторичного эхинококкоза головного мозга.

Материал и методы. В клинике нашего центра находились 6 больных детей с вторичным эхинококкозом головного мозга в возрасте 7-12 лет. Топическая

диагностика была детализирована по результатам КТ и МРТ. Независимо от локализации первичной эхинококковой кисты произошло обсеменение головного мозга. Все дети были разделены на 2 группы: 1-я группа — дети, у которых интраоперационно антипаразитарная обработка проводилась раствором перекиси водорода 3%, 2-я - дети с интраоперационной антипаразитарной обработкой раствором глюкозы 40%. В послеоперационном периоде проведена антипаразитарная химиотерапия альбендазолом.

У всех 6 больных эхинококковые пузыри располагались супратенториально. У 3 детей обнаружен также эхинококкоз печени, у 1 — эхинококкоз сердца. При

поступлении 1 ребенок находился в фазе клинической компенсации — эхинококковая киста являлась находкой, неврологического дефицита не выявлено. В фазе клинической субкомпенсации поступили 4 детей, фазе умеренной клинической декомпенсации — 1. Всем детям при поступлении, помимо клиническо-неврологического обследования, для исключения эхинококкоза в других органах проведены УЗИ внутренних органов, обзорная рентгенография грудной клетки, эхокардиография. Впервые эхинококкоз сердца выявлен у 1 пациента, эхинококкоз печени — у 2.

Хирургическое вмешательство проведено у 5 больных. 1 больному оперативное вмешательство не проводилось из-за отсутствия клинических признаков сдавления головного мозга и выявленных на КТ признаков «мертвой кисты». 4 пациентам произведены реоперации, кисты располагались в одном полушарии. 1 ребенку выполнена краниотомия в лобно-теменно-височных областях с 2-х сторон с удалением множественных эхинококковых кист обоих полушарий головного мозга. Все операции сопровождались УЗИ-навигацией.

Результаты. У всех оперированных детей после-

операционные раны зажили первично, все выписаны из клиники в удовлетворительном состоянии. По данным анамнеза у 2 больных при сочетании эхинококкоза головного мозга с эхинококкозом печени после проведенной антипаразитарной химиотерапии отмечалась кальцификация и сморщивание эхинококковой кисты печени и в дальнейшем уменьшение ее размеров. У 1 ребенка при случайном обнаружении эхинококковой кисты (ребенок обследовался по поводу ЛОР-патологии), учитывая отсутствие клинических проявлений и на КТ признаков «умершей кисты», принято решение от оперативного вмешательства воздержаться. Этот ребенок находится под наблюдением более 1 года — киста прежних размеров.

Вывод. В зависимости от стадии заболевания подход к лечению был индивидуальным. Применение комплексного подхода к лечению вторичного диссеминированного эхинококкоза головного мозга позволяет устранить угрозу развития обсеменения и рецидива эхинококкоза головного мозга, а в некоторых случаях добиться инволюции эхинококковых кист в других органах.

Профилактика инфекционных осложнений на этапах медицинской помощи при множественной и сочетанной травме

Давлатов Б.Н., Матмусаев Х.Т., Шарапов П.К.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Изучение литературы, посвященной проблеме инфекционного контроля на этапах медицинской помощи при множественной и сочетанной травме (МСТ), показало, что из общего числа погибших 20% умирают вследствие инфекционных осложнений (ИО).

Под наблюдением были 1275 больных с МСТ различной локализации, находившихся на стационарном лечении в отделениях АФРНЦЭМП. Возраст больных варьировал от 16 до 76 лет, мужчины было 873 (68,5%). Распространенность ИО изучена в четырех группах пострадавших с МСТ: ЧМТ имела место — у 312 (35,7%), торакальная травма — у 68 (7,8%), абдоминальная травма — у 43 (4,9%), позвоночно-спинномозговая травма — у 197 (22,6%) и травмы конечностей — у 253 (29%) больных. Диагностика ИО базировалась на объективных данных, основанных на ежедневном, а при необходимости на многократном точном мониторинге температурной реакции, данных лабораторной (в т.ч. и бактериологической) диагностики, регламентированных проведенных физикальных исследований, а также наблюдений локальных поврежденных участков тела.

Анализ полученных показал, что течение травматической болезни усугублялось ИО, главным образом, на догоспитальном и госпитальном этапах, что было обусловлено крайней тяжестью пострадавших и трудностями диагностики, а также высоким ростом ятрогенных повреждений. В связи с этим диагностические мероприятия по выявлению ранних проявлений, а также основных причин, вследствие которых могут развиваться ИО должны начинаться уже на догоспитальном этапе. Это помогло нам выработать единую, обязательную и в некоторых случаях особую тактику инфекционного контроля основанную на принципах доказательной медицины и направленную прежде всего

на профилактику, а потом на лечение ИО при МСТ. Основой является антибактериальная терапия, на фоне которой осуществляется местное лечение, коррекция гомеостаза, иммунотерапия.

В ходе лечения данной категории пострадавших мы придерживались следующих принципов контроля и профилактики ИО, узаконенных в стандартах и алгоритмах оказания помощи на этапах медицинской помощи:

- при оказании помощи на догоспитальном этапе — мероприятия по восстановлению проходимости дыхательных путей, предупреждение аспирации, специализированное лечение шока (венозный доступ + быстрое восполнение нарушенной перфузии), адекватная анестезия, остановка наружного кровотечения, иммобилизация конечностей и позвоночника и соблюдение правил транспортировки. Предотвращение ятрогенных повреждений, выполнение полного объема диагностических манипуляций догоспитального уровня;

- при оказании квалифицированной и специализированной помощи на госпитальном этапе — создание оптимальных условий для лечения повреждений, профилактика гипостатической пневмонии и пролежней. В остром периоде, при выполнении экстренных вмешательств строго определяется приоритет операций по жизненным показаниям (предпочтение составляют urgentные операции при ЧМТ, оперативные вмешательства при внутреннем кровотечении и др.). При определении объема дальнейшей тактики лечения и выбора оперативного пособия мы ориентировались на следующие показатели: САД > 100 мм рт.ст.; ЦВД > 100 мм вод.ст.; пульс < 100 в мин, диурез выше 50 мл в час. В реанимационном периоде при квалифицированной и специализированной помощи

необходимо специализированное лечение шока, быстрое восполнение ОЦК, пропорциональное сочетание кристаллоидов, коллоидов и препаратов крови. Целевая и этапная антибактериальная терапия. Лечение повреждений по принципу лечения изолированной травмы. Иммуностимуляция. Корректирующая терапия. Кроме того, актуально предотвращение дополнительных травм в виде ятрогенных повреждений (соблюдение техники интубации трахеи, катетеризации вен, катетеризации мочевого пузыря, проведения очистительных клизм и других, казалось бы, элементарных повсеместно проводимых манипуляций); проведение ранних реабилитационных мероприятий, ЛФК, использование физиотерапевтических процедур;

- на постгоспитальном этапе профилактика заключается в радикальном лечении ИО с целью предотвращения генерализации инфекции или перехода процесса в хроническую форму. Основные проблемы организации постгоспитального этапа пострадавшим с МСТ, обусловленные трудностями проведения качественной диспансеризации, проведения активной реабили-

тация и разработки дифференцированных нормативов и схем организации амбулаторного лечения. Практика лечения ИО на послегоспитальном этапе показывает, что она более эффективна в условиях специализированной амбулаторно-поликлинической службы.

Не менее важным условием контроля, профилактики и лечения ИО у пострадавших с МСТ является максимально полная медицинской и социально-трудовой реабилитации. В медицинской реабилитации больных МСТ имеет значение создание максимально благоприятных условий для течения репаративных процессов, улучшения трофики кожных покровов и мышечной ткани. Не менее важное значение имеет нормализация функции тазовых органов, предупреждение развития пролежней и застойной пневмонии, коррекция нарушений иммунной системы организма.

Таким образом, множественность путей микробного загрязнения, благоприятный фон для развития раневой ИО и наличие условий для её генерализации (шок, кровотечение, длительное бессознательное состояние) предъявляют особые требования к терапии ИО.

К лечению осложнений тяжелых механических повреждений

Давлатов Б.Н., Пахмурин И.Р., Мирзаюлдашев Н.Ю., Ахмедова М.С.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

Работа посвящена изучению влияния гипербарической оксигенации (ГБО) на эффективность лечения и профилактику осложнений травматической болезни (ТБ) у больных с различной позвоночно-спинномозговой травмой (ПСМТ). Материалом для анализа послужили данные наблюдений за 54 больными, которые находились на стационарном лечении в отделениях множественной и сочетанной травмы, экстренной нейрохирургии АФРНЦЭМП и отделения нейрохирургии клиник АГМИ. Сеансы ГБО осуществлялись в одноместных барокамерах «ОКА-МТ» и «БЛКС-3» на базе отделения ГБО клиник АГМИ.

В зависимости от общей нозологии пациенты были условно разделены на 3 группы. 1-я группа — 12 (22,2%) больных с ПСМТ в сочетании с одиночной открытой (проникающей) травмой различных сегментов ОДА с поверхностными и глубокими ранами. 2-я группа — 24 (44,4%) больных с множественной и сочетанной травмой позвоночника (МСТП) с различными нарушениями и осложнениями в остром периоде ТБ. 3-я группа — 18 (33,3%) больных с различной ПСМТ в позднем периоде ТБ, из которых у 7 (38,9%) больных ТБ сопровождалось явлениями сепсиса, наличием различных трофических и инфицированных ран.

На этапах лечения у больных всех групп использовались общепринятые лечебные мероприятия, объем которых зависел от степени выраженности клинических проявлений или лечение проводилось по принципу одиночных повреждений и заболеваний. Всем больным проведены детоксикационные и корректирующие мероприятия. Оперативные пособия и манипуляции использованы во всех группах.

Результаты лечения оценивались по следующим критериям: клинические показатели — общее состояние, температура тела, показатели планиметрии и морфологии раневого процесса, рН-метрия раны, лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), исследование иммунологических параметров.

Клинический эффект от применения ГБО у больных 1-й группы отмечается уже после первых сеансов. У больных улучшалось общее состояние, уменьшались боли, нормализовался сон, появлялся аппетит. Объективно у больных нормализовалась температура, исчезла тахикардия, уменьшались отеки и инфильтраты, усиливалась экссудация, сокращался период между некроэктомией. У 5 (41,7%) пациентов отмечалась способность раннего разграничения раны и отторжения некротических масс без некроэктомии. При бактериологических исследованиях выявлялось уменьшение высеваемой микрофлоры и расширение спектра чувствительности антибиотиков. 4 (33,3%) больным было произведено раннее наложение вторичного шва; у 3 (25%) пациентов на 5,6 дня раньше удалось выполнить пластические операции по восстановлению целостности кожных покровов. У больных 2-й группы положительное влияние ГБО отмечалось при выявлении признаков повышения внутричерепного давления травматического генеза. Эффект воздействия ГБО подтверждался качественными изменениями химического состава и физических свойств спинномозговой жидкости.

В ходе наблюдений за больными 3-й группы с ТБ спинного мозга в позднем периоде с различными трофическими осложнениями и различными видами нарушения функции тазовых органов была установлена способность ГБО повышать уровень активности ферментативных окислительных процессов, энергообеспечения функциональной активности клеток, активизировать компенсаторно-приспособительные процессы и стимулировать внутриклеточную регенерацию и межтканевую организацию при состояниях, сопровождающихся гипоксией, нарушением кровоснабжения и иннервации тканей. Так, в течение пролежневого процесса у 2 (11,1%) больных имел место переход процесса в другую стадию, минуя предыдущую, вследствие динамических изменений морфоло-

гии повреждений.

Таким образом, на основании наблюдений за больными с ПСМТ и течением у них раневого процесса, а также клиническими, морфометрическими, иммунологическими исследованиями подтвержден эф-

фект клинического применения ГБО-терапии. Установлено, что ГБО-терапия способствует ускорению репаративных и метаболических процессов, а также усиливает клеточный иммунитет и активизирует звенья гуморального иммунитета.

Профилактика гнойно-воспалительных осложнений при открытых переломах конечностей с использованием региональной лимфатической антибиотикотерапии препаратом амикацин

Дехканов К.М., Сариков И.З., Омонов Н.Н.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Проблема профилактики и лечения раневой инфекции, при открытых повреждениях ОДА приобретает чрезвычайную актуальность, что связано с увеличением частоты таких повреждений, высокой летальностью в остром периоде травматической болезни и частыми осложнениями.

Хирургическая обработка открытых переломов должна заканчиваться точной репозицией и стабильной фиксацией костных отломков костей. Мы отдаём предпочтение малоинвазивному внеочаговому чрескостному остеосинтезу аппаратом Илизарова и разработанному в травматологическом отделении ФФ РНЦЭМП, комбинированному стержневому аппарату внешней фиксации (Рац.предложение №22 Пат. Вед.РУз. от 21.09.2009 г.).

С целью длительного поддержания высокой концентрации антибиотика в очаге поражения и эффективного воздействия на микрофлору, мы применяем региональную лимфатическую антибиотикотерапию (РЛАТ) поражённой конечности.

Эффект РЛАТ достигается от непосредственного воздействия антибиотиков на микроорганизмы в лимфатических сосудах, а также от повышения иммунологической активности лимфоцитов в лимфатической системе за счёт лимфостимуляции. Региональная лимфостимуляция усиливает отток лимфы на 25-38%, улучшая кровоток, снижая воспалительный отек и инфильтрацию тканей.

Цель — изучение эффективности региональной лимфатической антибиотикотерапии амикацином при раневой инфекции. Амикацин — полусинтетический антибиотик широкого спектра действия, относящийся к группе аминогликозидов III поколения.

Под нашим наблюдением в последние 3 года находились 92 больных, у которых применена РЛАТ амикацином. Мазки, взятые из ран этих больных, были подвергнуты бактериологическим исследованиям, определена чувствительность микрофлоры к амикацину.

Главными критериями выбора амикацина, был спектр его противомикробной активности и чувствительности к нему идентифицированного микроорганизма, бактерицидное действие и остеотропность. Высокая активность амикацина при малом объёме его раствора 500 мг/2 мл, удобна для регионального лим-

фатического введения препарата, в частности в первый межпальцевый промежуток поражённой конечности.

РЛАТ амикацином начинали сразу после поступления больного и осуществляли следующим образом: предварительно больному с раневой инфекцией ставили внутривенную пробу и после отрицательного результата в область поражённого сегмента строго подкожно тонкой иглой вводили разовую дозу лимфостимулятора (лидазы или лазикса), спустя 3-5 минут через ту же иглу вводилась разовая доза 500 мг/2 мл амикацина. На место инъекции накладывался полуспиртовый компресс на 2 часа. РЛАТ амикацином осуществляли один раз в сутки, в течение 5-7 дней.

Для сравнения был проведён ретроспективный анализ историй болезни 142 больных с открытыми переломами, лечившихся в травматологическом отделении ФФ РНЦЭМП в 2009-20011 гг., из них 91 мужчина и 51 женщина в возрасте от 14 до 60 лет. В лечении этих больных использовалась традиционная антибактериальная терапия.

Результаты сравнительного анализа показали, что при меньшей инвазивности РЛАТ и использовании однократной среднетерапевтической дозы антибиотика амикацин можно достигнуть не только аналогичных, но в большинстве случаев и лучших результатов. Об этом свидетельствовали более быстрое уменьшение отёчного и болевого синдрома, снижение температуры тела, лейкоцитоза, а также более благоприятное течение послеоперационного периода и ранняя реабилитация больных.

По нашим данным, региональная лимфатическая антибиотикотерапия амикацином предупреждала развитие раневой инфекции при открытых переломах костей конечностей в 92% случаев.

Сравнив результаты лечения у больных основной и контрольной групп, можно сделать вывод, что региональная лимфатропная антибиотикотерапия амикацином у больных с гнойно-воспалительными осложнениями открытых переломов длинных трубчатых костей обеспечивает улучшение результатов комплексного консервативного и оперативного лечения; быстрее нормализуются клинико-лабораторные показатели, раньше прекращается воспалительный процесс, сокращается время пребывания больных в стационаре.

Пути снижения осложнений в условиях применения метода дистракционно-компрессионного остеосинтеза при лечении закрытых и открытых переломов

Джаббаров Д.Д., Куйлиев М.К., Тожибоев Б.А., Маманазаров А.Х.
Сырдарьинский филиал РНЦЭМП

Дистракционно-компрессионный, или, как его чаще называют, чрескостный стабильный остеосинтез длинных трубчатых костей, несомненно, физиологичен. Со-

временные компрессионно-дистракционные аппараты позволяют производить репозицию, обеспечивают прочную фиксацию костных отломков и одновременно

– возможность движений в суставах поврежденной конечности. Закрытый способ чрескостного внеочагового проведения спиц заманчив как при закрытых, так и при открытых переломах, поскольку опасность возникновения инфекции и нарушение кровообращения в зоне перелома при этом меньше, чем при остеосинтезе наружными металлическими конструкциями.

В Сырдарьинском филиале РНЦЭМП первичный и отсроченный дистракционно-компрессионный чрескостный остеосинтез аппаратами Илизарова в 2005-2011 гг. применен у 148 больных для лечения 157 переломов, из них 114 закрытых и 43 открытых, во всех случаях со смещением отломков. В возрасте от 5 до 14 лет было 18 больных, от 15 до 24 лет – 27, от 25 до 59 лет – 87, от 60 до 85 лет – 10. Из 157 переломов 72 были поперечными и косопоперечными, 50 – косыми и винтообразными, 35 – оскольчатыми. Переломов плеча было 7, предплечья – 18, диафиза бедра – 11, голени – 110, мыщелков голени – 4.

В день травмы остеосинтез произведен при 13 переломах, в течение 2-5-го дня при 129, позднее 2-й недели – в 15. Срок наложения аппарата зависел от общего состояния больного, массивности повреждения мягких тканей, кости и от других факторов. Учитывая преимущества закрытого внеочагового стабильного остеосинтеза перед открытыми большинство больных лечили первым способом (114 переломов). При невозможности достижения точной репозиции и прочной фиксации отломков закрытым способом, производили операцию.

Методика наложения аппарата и репозиция костных зависели от локализации, уровня, характера перелома, степени смещения костных отломков. При трудно репозируемых и неустойчивых оскольчатых, косых и винтообразных переломах остеосинтез аппаратам сочетали со встречной-боковой компрессией при помощи спиц с упорными площадками или дугообразно натянутыми спицами, что обеспечивало как репозицию отломков так и их неподвижность. Стабильность костных отломков достигалось проведением двух пар спиц через каждый фрагмент поврежденной кости. Репозицию осуществляли в момент наложения аппарата, дополнительную коррекцию производили на 3-5-й день после операции с учетом данных рентгенографии.

Наш клинический опыт показывает что в день трав-

мы при тяжелых повреждениях спицы приходится проводить через поврежденные или отечные ткани, поэтому у части больных целесообразно отказаться от выполнения остеосинтеза в эти сроки.

Таким образом, подход к лечению больных был строго индивидуальным. Локализация, уровень перелома, характер плоскости излома, вид и величина смещения костных отломков определяли выбор конструкции компрессионного-дистракционного аппарата, уровень и плоскость проведения спиц, количество используемых колец или полудуг.

После наложения аппарата натяжение спиц производили в среднем каждые 5-7 дней. Постельный режим назначали на 3-5 день, активные движения в суставах разрешали со 2 го дня после наложения аппарата, нагрузку – не ранее чем через 3-6 недель. Большое внимание уделяли уходу за спицами и лечению ран при открытых переломах. Средний срок пребывания больных в отделение составило 10-16 дней.

Из осложнений наблюдались боли и отек конечности (3), пролежни от кольца (1), нагноение мягких тканей около спиц (5), остеомиелит по ходу спицы (2) или отломка (2), замедленная консолидация (7).

Нагноение и остеомиелит в области проведения спиц и остеомиелит костных отломков были связаны в первую очередь с тяжестью повреждений мягких тканей и кости с наличием латентной инфекции в тканях, а также нарушением правил асептики при уходе за спицами в амбулаторных условиях.

Хорошие результаты получены у 71,6%, удовлетворительные – у 22,5%, неудовлетворительные – у 5,9% пациентов.

В заключение следует отметить, что чрескостный закрытый и открытый стабильный остеосинтез аппаратом Илизарова позволяет произвести достаточно полную репозицию и надежную фиксацию при переломах длинных трубчатых костей и обеспечивает у подавляющего большинства больных консолидацию переломов в нормальные физиологические сроки. Применение этого метода позволяет рано поднимать больных на ноги, сокращает продолжительность стационарного лечения, дает возможность раннего послеоперационного восстановления функции суставов поврежденных конечностей.

Осложнение при лечении больных с открытыми переломами диафиза длинных трубчатых костей

Еримбетов Д.А., Торемуратов С.Т., Наубетов Д.Д.

Каракалпакский филиал РНЦЭМП

Цель – анализ результатов лечения больных с открытыми переломами диафиза длинных трубчатых костей, находившихся в Каракалпакском филиале РНЦЭМП в 2010-2011 гг.

Под наблюдением находились 120 больных в возрасте от 16 до 82 лет, из них 85 (70,8%) мужчин и 35 (29,2%) женщин. Открытые переломы одной кости сочетались с закрытыми переломами других костей скелета. Сочетанные травмы имели место у 40 (33,3%) больных. У 90 (75%) больных причиной травмы были дорожно-транспортные происшествия. У 30 (25%) – падение с высоты. Открытые переломы диафиза бедренной кости установлены у 32 (26,7%) больных, переломы костей голени – у 32 (26,7%), переломы плече-

вой кости – у 20 (16,7%), переломы костей предплечья – у 38 (31,7%).

При лечении больных с переломами диафиза длинных трубчатых костей предпочтение отдавали закрытому остеосинтезу аппаратом Илизарова. При локализации небольших ран в области верхней и средней трети диафиза бедренной кости открытый интрамедуллярный остеосинтез производили штифтом ЦИТО. При расположении раны в области нижней трети диафиза бедренной кости остеосинтез осуществляли аппаратом Илизарова. При компоновке аппарата у 5 больных применяли кольцо из пластмассы. У 20 больных с переломами костей голени производили остеосинтез аппаратом Илизарова. У 12 - накостный остеосинтез пластин-

кой с шурпами. При переломе плечевой кости у 16 больных производили остеосинтез аппаратом Илизарова. У 5 пациентов с переломами диафиза костей предплечья остеосинтез выполнен аппаратом Илизарова, у 33 — производили интрамедуллярный остеосинтез толстыми спицами Киршнера.

У 7 больных с переломами костей голени после закрытого чрескостного остеосинтеза аппаратом Илизарова наблюдалось нагноение раны. Сроки лечения этих больных удлинялись. У 2 пациентов после операции на костного остеосинтеза пластиной развился остеомиелит костей. У 2 пострадавших с открытыми переломами диафиза бедренной кости на уровне нижней трети после закрытого остеосинтеза бедренной кости аппаратом Илизарова раны нагноились. У 1 больного нагноение ликвидировано в течение одной недели соответствующей антибактериальной терапией. Второй пациент с сахарным диабетом ежедневно

получал по 36 ЕД. инсулина в сутки и одновременно антибактериальную терапию. Сроки стационарного лечения увеличились до 15 дней.

У 1 больного с открытым оскольчатым переломом костей голени и переломом нижней трети бедренной кости из-за размождения мягких тканей и нарушения кровообращения возникла ишемическая гангрена, в связи с чем ему была произведена ампутация на уровне средней трети бедра. Послеоперационный период протекал гладко. Рана зажила. Пациент пользуется протезом.

Таким образом, лечение больных с открытыми переломами диафиза длинных трубчатых костей является сложной задачей. Несмотря на применение антибиотиков широкого спектра действия, встречаются такие осложнения, как нагноение ран, остеомиелит костей, приводящие к инвалидности.

Анализы и причины переломов имплантатов

Жаббаров К.С., Машарипов К.М., Нурматов И.З., Ражабов О.С.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

В ортопедии и травматологии с прогрессированием методов остеосинтеза увеличиваются показания к оперативным вмешательствам с помощью различных металлоконструкций, активно разрабатываются различные виды имплантатов. При этом нередко встречаются переломы металлоконструкций. Известно, что переломы пластин чаще возникают при нестабильных, многооскольчатых переломах с раздроблением кортикального слоя, находящегося на противоположной от пластины стороне. Переломы пластин и стержней наблюдаются у 0,5—1% больных, которым был выполнен стабильно-функциональный остеосинтез. Методы стабильно-функционального остеосинтеза сложны, в связи с чем ошибки и осложнения регистрируются в 3-6% случаях. Причинами осложнений являются «усталость» металла, подвергающегося циклическим и изгибающим нагрузкам, плохое его качество. Осложнения чаще всего обусловлены неправильным выбором метода лечения, недостаточным техническим оснащением, дефектами техники операции, неправильным ведением послеоперационного периода.

В нашей клиники в 2001–2010 гг. на лечении находились 26 пациентов с переломами металлоконструкций. 14 из них ранее оперированы в нашей клинике, 12 — лечились в других стационарах. У 15 больных наблюдались переломы пластины, у 4 — переломы штифтов для бедренной кости и большеберцовой кости, у 3 — переломы винтов, у 2 — переломы стержня Богданова, у 1 — перелом болта-контрагайки, у 2 — переломы стержня от АНФ. Мы ограничились анализом переломов пластин, которые произошли у 15 больных.

До наложения пластины у 4 больных были поперечные переломы, у 5 — оскольчатые переломы, у 3 — раздробленные переломы, у 2 — двойные переломы, у 1 — околоуставной перелом. Сахарным диабетом страдали 2 больных; остеопорозом (постгормональный и постменопаузальный) — 3 больных; сочетанные травмы с разрывом печени были у 1 больного; ЧМТ, ушиб головного мозга — у 1.

В зависимости от причин все осложнения были разделены на группы:

1) нарушения на этапе остеосинтеза (5): а) подбор несоответствующих конструкций (нехватка металлоконструкции); б) повторное и неоднократное наложение металлоконструкции (приведшее к усталости металла); в) незнание доступов операции и методов остеосинтеза;

2) нарушения и несоблюдение ортопедического режима со стороны больного (4): а) преждевременная нагрузка на конечности; б) самовольное снятие гипсовой повязки; в) ранняя физическая нагрузка;

3) причины, возникшие на этапе реабилитации (3): а) неявка пациентов в назначенное время; б) незнание врачами принципов реабилитации; в) несвоевременное удаление металлоконструкции (при ложных суставах и замедленно срастающихся переломах необходимо удаление имплантатов);

4) причины, имеющиеся до возникновения переломов имплантатов (3): а) остеопороз различной этиологии (гормональный, постменопаузальный, коллагеновый и др.); б) несовершенный остеогенез.

Переломы металлоконструкций возникли у больных, у которых отмечались дисрегенерация: переломов: с ложными суставами были 4, с несращениями переломов — 2, остеомиелитом — 1.

С переломами металлоконструкции возник ряд дополнительных осложнений в виде рефрактуры (5), перелома вне зоны сращения (2), контрактуры сустава, перфораций в суставную полость, остеомиелиты и др. Переломы имплантатов являются абсолютными показаниями к их удалению (повторная операция). После удаления сломанного имплантата ставится вопрос о том, какими металлоконструкциями надо фиксировать ложный сустав, несращение перелома или рефрактуру. В 2 случаях перелом имплантатов не повлек за собой рефрактуры, развитие ложного сустава и как сросшийся перелом удалили металлоконструкции.

В зависимости от характера перелома статистика переломов имплантатов такова: многооскольчатый перелом — 4 случая, поперечный перелом — 3, двойной перелом — 2, перелом с политравмой — 2 случая.

Профилактика данного осложнения заключается в

правильном выборе фиксатора, применении его с учетом сил растяжения, обязательном выполнении костной пластики при нестабильных переломах. Очень важно избегать нагрузки до консолидации перелома. Лечение осложнения заключается в удалении сломанной пластины или стержня, замене их новыми имплантатами, осуществлении декорткации и костной пластики во время реостеосинтеза.

Таким образом, у больных с многооскольчатыми переломами, пожилого возраста и с сопутствующими

заболеваниями, приводящими к дисрегенерации костей, нужно тщательно выбрать тактику остеосинтеза с помощью различных металлоконструкций. При правильном планировании и технике установки имплантатов апробированными методами, а также при соблюдении ортопедического режима больным, своевременной коррекции сопутствующих заболеваний, влияющих на исход остеосинтеза у большинства больных можно получить удовлетворительный результат.

Ошибки и осложнения в лечении переломов ключицы

Жаббаров К.С., Машарипов К.М., Нурматов И.З., Ражабов О.С.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Цель — изучение ошибок и осложнений при переломах и остеосинтезах ключицы.

В отделении сочетанных и осложненных травм с нейрохирургией Хорезмского филиала РНЦЭМП в 2001-2011 гг. лечились 712 больных с переломами ключицы, из них 528 (74,1%) были подвергнуты оперативному лечению. Остальным 184 (25,9%) проводилась консервативная терапия. Открытые переломы встречались у 24 (3,4%) больных. Все больные с открытыми переломами ключицы прооперированы. Осложнения возникли у 37 (7%) прооперированных больных.

Все осложнения были условно разделены нами на ранние, поздние и отдаленные. К ранним осложнениям были отнесены поверхностная инфекция (гематома или нагноение гематомы), миграция имплантата, нестабильная фиксация отломков, поздним осложнениям — неправильное сращение костных отломков, остеомиелиты, несращения или ложные суставы, к отдаленным осложнениям в стадии реабилитации — укорочение надплечья, болевой синдром, невозможность удаления имплантатов, рефрактура после удаления имплантатов, контрактура в суставах верхней конечности.

Вторичное смещение отломков имело место у 3 больных, неправильное сращение отломков — у 4, замедленная консолидация — у 3, несращение отломков — у 4, миграция имплантата — у 2, поверхностная инфекция мягких тканей — у, перелом имплантата — у 2, лизис фрагментов с образованием дефекта — у 3, остеомиелит — у 2, невозможность удаления имплан-

тата — у 2, рефрактура после удаления имплантата — у 1, укорочение надплечья — у 3, болевой синдром — у 2, контрактура верхней конечности — у 3.

6 (16%) оперированным больным, у которых возникли осложнения, произведен остеосинтез стержнем, у 10 (27%) — спицами Киршнера, у 8 (21,6%) — спицами Илизарова, у 1 (2,7%) — пластинами, у 8 (21,6%) — проволокой, у 1 (2,7%) — по методу Вебера, у 2 (5,4%) — ушивание шелковыми швами, у 1 (2,7%) — аппаратами наружной фиксации.

Основными причинами возникновения осложнений при лечении переломов ключицы мы считаем: 1) недостаточную предоперационную подготовку; 2) недооценку тяжести соматической патологии; 3) неправильный выбор имплантатов и методов остеосинтеза (нехватка металлоконструкций, незнание методов остеосинтеза и технические погрешности в остеосинтезе); 4) ошибки ведения больных в послеоперационном периоде (недостаточная иммобилизация гипсовой повязкой, преждевременное удаление имплантатов); 5) нарушение ортопедического режима со стороны больных (самовольное снятие гипсовой повязки, неявка в назначенное время, преждевременный выход на работу).

Наблюдением нами осложнения можно предупредить правильным определением показаний к операциям, достаточной предоперационной подготовкой, технически грамотно проведенном оперативном вмешательстве и выбором оптимального метода остеосинтезов.

Пластика сгибателей сухожилий кисти и пальцев в экстренной хирургии

Ирисметов Р.Ш., Джураева Ш.У., Рахимов А.Я.

Ташкентская медицинская академия

Проведен анализ результатов лечения 106 больных, поступивших в экстренном порядке с повреждениями сухожилий сгибателей (СС) на различных уровнях кисти и пальцев и оперированных в микрохирургическом отделении 1-ГКБ, которым произведена экстренная реконструкция СС (шов сухожилий по Кюнео, Бюнелл, Тцюге, Беккер, адаптирующие швы) в зависимости от уровня и характера травмы: 18 больным тендорафия в 1-й зоне, 71 — во 2-й зоне, 37 — в 3-й зоне, 29 — в 4-й зоне. После снятия через 3 недели гипсовой лонгеты назначали реабилитационную терапию (физиолечение, ЛФК.).

Степень восстановления функции пальцев оценивали после 1-го курса физиотерапевтических мероприя-

тий, а также через 2 и 6 месяцев после реконструкции. У 12 больных течение послеоперационного периода осложнилось нагноением (1), разрывом сухожилия в раннем послеоперационном периоде (5), сгибательной контрактурой в позднем послеоперационном периоде (6). Всем им выполнена реконструкция сухожилия или тендолиз после полного заживления ран.

Таким образом, проанализировав наши данные, мы пришли к выводу, что наиболее оптимальным является восстановление сухожилий в первые 24 часа, а эффективность реконструктивных операции во многом зависит от тактики послеоперационного ведения и реабилитации.

Декомпрессивно-стабилизирующие операции как профилактика поздних осложнений при позвоночно-спинальной травме

Исаков Б.М., Давлатов Б.Н., Шарипов А.А., Ташланов Ф.Н.,

Мирзаюлдашев Н.Ю., Ибрагимов Р., Исаков К.Б.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Под нашим наблюдением в нейрохирургическом отделении АФРНЦЭМП в 2008 - 2011 гг. находились 37 больных с осложненными травмами грудного и поясничного отделов позвоночника, из них 24 (64,9%) мужчины и 13 (35,1%) женщин, в возрасте от 17 до 54 лет. Травму при падении с высоты в быту получили 22 (59,5%) больных, на производстве – 3 (8,1%), при ДТП – 9 (24,3%), ранение спинного мозга острым предметом (нож) отмечалось у 2 (5,4%) пострадавших.

Обследование включало рентгенографию, КТ и МРТ. Повреждения позвоночника чаще локализовались в переходном отделе (vTh11-Th12 – L1) – у 27 (72,9%) больных, vTh5-Th6 – у 2 (5,4%), vTh8-Th10 позвонков – у 8 (21,6%), vL3-L4 – у 2. Нестабильные переломы отмечены у 18 (48,6%) больных (компрессионно-оскольчатый переломо-вывих). При клиническом обследовании у всех больных выявлены чувствительные и двигательные нарушения ниже уровня повреждения и нарушения функции тазовых органов.

Оперативные вмешательства проводились в ранние сроки после травмы – в течение первых 6-12 часов. В зависимости от вида повреждения позвоночни-

ка декомпрессивная ламинэктомия у 18 (48,6%) пострадавших была дополнена стабилизацией позвоночного столба металлоконструкциями.

После оперативного вмешательства различных видов появилась возможность ранней активизации больных, что позволило провести мероприятия по профилактике пролежней и застойной пневмонии. У 9 (24,3%) из оперированных 37 больных, начиная с раннего послеоперационного периода отмечался регресс неврологической симптоматики (восстановление чувствительности, появление активных самостоятельных движений в нижних конечностях). Переход картины в параплегию наблюдался у 4 (10,8%) больных. У 24 (64,9%) пациентов в раннем послеоперационном периоде особых изменений не наблюдалось.

Таким образом, проведение ранних декомпрессивно-стабилизирующих оперативных вмешательств с ревизией спинного мозга в раннем послеоперационном периоде приводит к регрессу неврологических изменений. Ранняя активизация больных в послеоперационном периоде способствует профилактике пролежней и застойной пневмонии.

Особенности профилактики и лечения гнойно-некротических осложнений костно-сосудистой травмы голени

Исмаилов Ж.Т., Усманов Б.С., Камбаров Б.С.

Ферганский филиал РНЦМП

Цель — разработка лечебных мероприятий по максимальному предупреждению развития гнойно-некротических осложнений у больных с костно-сосудистой травмой голени.

За истекшие 12 лет в отделении экстренной сосудистой хирургии ФФ РНЦЭМП проведено лечение 62 больным с костно-сосудистой травмой голени. Большинство пострадавших были мужчины – 46 (74,2%). Возраст пациентов колебался от 1,5 до 60 лет, в среднем – 32 года. Дорожно-транспортная травма имела место у 45, бытовая — у 10, производственная — у 7. Открытые травмы голени выявлены у 49 (79%) пациентов, закрытые – у 13 (21%). 53 (85,5%) пострадавших доставлены с явлениями травматического шока.

Все 62 пациента с костно-сосудистой травмой голени были оперированы в экстренном порядке, причем 43 (69,4%) из них – в течение первых 2-х часов с момента поступления. У остальных 19 (30,6%) больных задержка операции составила более 2 часов в связи с тяжестью состояния и нестабильностью гемодинамических показателей, потребовавших интенсивных реанимационных мероприятий перед операцией.

Больным с открытыми повреждениями голени производилась первичная хирургическая обработка раны с расширением последней, ревизией и маркировкой поврежденных магистральных сосудов. Затем приступали к фиксации костных отломков. Остеосинтез штифтами применен у 22 (35,5%) пострадавших, с помощью спиц – у 29 (46,8%), у 9 (14,5%) пациентов использовали аппарат внешней фиксации, у 2 (3,2%) –

гипсовую повязку.

Наложение сосудистого анастомоза конец в конец выполнено у 33 (53,2%) пациентов, которых целостность артерии удалось восстановить без значительного натяжения. 12 (19,4%) пострадавшим был наложен боковой шов сосудов. У 11 (17,7%) больных произведено аутовенозное протезирование поврежденной артерии. 6 (9,7%) пациентам выполнены лигатурные операции. Показаниями к перевязке поврежденных сосудов явились обширное повреждение мягких тканей и крайне тяжелое состояние больного.

У 44 (71%) пациентов раны зажили первичным натяжением, у 18 (29%) больных в послеоперационном периоде отмечались поверхностное нагноение ран, включавшее инфицирование кожи и подкожной клетчатки – у 8 (44,4%), краевой некроз кожи – у 6 (33,3%), глубокое нагноение с распространением гнойно-некротического процесса на мышцы, вплоть до сосудистого пучка – у 4 (22,2%), осложнившееся аррозивным кровотечением у 3. Ампутации конечностей выполнены 4 (6,5%) больным. У 6 (9,7%) пациентов имели место ложные суставы и дефекты большеберцовой кости.

Умер 1 (1,6%) больной с тяжелой сочетанной травмой, осложненной геморрагическим шоком и гнойно-некротическими процессами в конечности.

Опыт лечения костно-сосудистых травм голени показал, что для уменьшения количества гнойно-некротических осложнений лечебно-профилактические методы должны проводиться на

каждом этапе оказания помощи больным. На догоспитальном этапе – необходима иммобилизация нижней конечности и адекватное обезболивание. На госпитальном этапе качественная первичная хирургическая обработка раны с иссечением нежизнеспособных тканей, надежная фиксации костных отломков и восстановление кровотока путем ушивания сосудов или аутовенозного протезирования. Необходимо также раннее применение антибиотиков широкого действия или комбинации антибактериальных препаратов для обеспечения терапевтической концентрации их в тканях и в организме. Назначение не прямых антикоагу-

лянтов значительно снижает количество некрозов и нагноений благодаря профилактике тромбозов сосудов. Проведение этапных хирургических обработок ран с иссечением некротически измененных тканей в послеоперационном периоде позволяет ускорить процесс заживления ран.

Таким образом, применение предложенного нами лечебно-профилактического метода у больных с костно-сосудистой травмой голени позволяет снизить число гнойно-некротических осложнений, процент выхода на инвалидность и добиться удовлетворительных результатов.

Детоксикационный эффект комплексной детоксикационной терапии при острых отравлениях изониазидом тяжелой степени, осложненных коматозным состоянием, отеком мозга и судорожным синдромом

Калназаров Т.Ж.

Нукусский филиал РНЦЭМП

В 2009-2010 гг. в отделении токсикологии Нукусского филиала РНЦЭМП поступили 6 больных с острым отравлением таблетками изониазида тяжелой степени, из них 4 женщины и 2 мужчин, в возрасте от 17 до 40 лет. Больные приняли от 60 до 100 таблеток, смертельная доза для взрослого человека составляет 10-25 г. Больные поступали через 2-3 часа после употребления таблеток изониазида. Тяжесть состояния больных, обусловленная эндогенной интоксикацией, осложнялась коматозным состоянием, отеком головного мозга, судорожным синдромом, у одной больной – токсическим гепатитом. Больные находились в реанимационном отделении, где их переводили на искусственную вентиляцию легких с интубацией трахеи. Лечение проводилось методами стимуляции естественной детоксикации: очищение желудочно-кишечного тракта, промывание желудка, очистительные клизмы, форсированный диурез специфической антидотной детоксикации – витамин В₆ физико-химической детоксикации – гемодиализ и плазмаферез. Гемодиализный сеанс продолжался в среднем 2 часа, скорость кровотока 200 мл/мин, сосудистый доступ – катетеризация центральных вен – подключичной и яремной, гепаринизация-5-10 тыс. ЕД в зависимости от коагулограммы и времени свертывания кро-

ви. Проведение раннего гемодиализа и плазмафереза у больных с острым медикаментозным отравлением изониазидом тяжелой степени эффективно влияло на состояние: прояснялось сознание, купировались судороги, восстанавливалось самостоятельное дыхание уже в 1-е сутки лечения. 2 больным сеансы гемодиализа и плазмафереза проводились повторно. При проведении сеансов плазмафереза токсическая удаленная плазма возмещалась белковыми препаратами-раствором альбумина и свежезамороженной плазмой. В среднем удалялось около 1 л плазмы. На 3-и сутки больные переводились из отделения интенсивной терапии в отделение токсикологии. Следует отметить что комплексная физико-химическая детоксикация сопровождается более чем аддитивным, суммарным эффектом, позволяющим достичь заметного улучшения результатов лечения отравлений: снижение летальности, длительности коматозных состояний, а также частоты и тяжести пневмоний.

Вывод. Проведение детоксикационных мероприятий методами стимуляции естественной детоксикации, специфической антидотной детоксикации физико-химической детоксикации в значительной мере способствовало снижению общей смертности.

Современные возможности местного лечения ожоговых ран

Камилов У.Р., Фаязов А.Д.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В отделении комбустиологии РНЦЭМП МЗ РУз в местном лечении 50 обожженных с термическими поражениями I-II-IIIА степени от 5 до 45% поверхности тела был применен препарат «тимогель», разработанный Институтом биоорганической химии АН РУз. Тимогель представляет собой гель, в состав которого входят антибактериальный и антисептические препараты метронидазол и хлоргексидин. Для стимуляции местного иммунитета в препарат добавлен тимоптин, разработанный тем же институтом, представляющий собой комплекс кислых полипептидов из вилочковой железы млекопитающих, содержащий α -1-тимозин. Препарат оказывает иммуномодулирующее действие, повышает неспецифическую резистентность организма, стимулирует процессы регенерации тканей и кроветворения.

Статистически сопоставимая контрольная группа состояла из 30 обожженных, в местном лечении которых применялись мазь левомеколь и антисептик бетадин.

На 2-3-и сутки после травмы тимогель наносили слоем 1-2 мм на участки ожогов II-IIIА степени и накладывали стерильную повязку. Перевязки производились ежедневно. При оценке эффективности тимогеля ориентировались на сроки эпителизации ожоговых ран, данные микробиологического исследования, а также клиническую картину локального статуса ожоговых ран.

Полная эпителизация поверхностных ожогов при использовании препарата тимогель наступила на 18,3±1,4 дня, в контрольной группе – на 19,1±1,5 дня.

В группе обожженных, у которых использовался

препарат тимогель высеваемость условно-патогенной микрофлоры (*Staph. epidermidis*, *Staph saprophyticus*) в начале и конце исследования практически не менялась, а высеваемость патогенной микрофлоры (*Kl.pneumoniae*, *Str.pyogenes*, *Ent.aerogenes*) снизилась в 3,5 раза. В группе с использованием мази левомеколь отмечен рост числа положительных посевов условно-патогенной микрофлоры (*gr +* спорообразующая палочка, *Ent.faecalis*, *Staph. epidermidis*, *E.coli*, *Staph saprophyticus*) в 1,7 раза. Частота положительных посевов патогенной микрофлоры (*Staph.aureus*, *Kl.pneumoniae*,

Ps.aeruginosa, *Ent.aerogenes*) снизилась в 1,2 раза.

У больных с применением препарата тимогель локально отмечалось более быстрое образование сухого некротического слоя, под которым в последующем происходила активная эпителизация ожоговых ран.

Таким образом, препарат тимогель является эффективным средством для местного лечения ожоговых ран и может с успехом применяться в комбустиологической практике для лечения термических поражений II-IIIА степени.

Восстановление непрерывности толстой кишки после операции Гартмана

Карабаев Х.К., Нарзуллаев С.И., Жулбеков К.И., Жаббаров З.И.,

Карабаев Б.Х., Худойназаров Р.М., Авазов А.А., Нурбаев Э.О.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Под наблюдением находились 62 больных, которым выполнены восстановительные операции после резекции по Гартману: по поводу злокачественных опухолей у 32, неопухолевых поражений толстой кишки у 30 больных. У 28 больных произведена типичная операция Гартмана по поводу опухоли ректосигмоидного отдела, у 4 — с одностольной трансверзостомией. В другой группе больных показанием к резекции толстой кишки у 4 больных был острый перфоративный дивертикулит, у 2 — ишемический колит (тромбоз сосудов нисходящей и сигмовидной кишок), у 22 — травмы толстой кишки, у 2 — стеноз ректосигмоидного отдела.

После операции Гартмана осложнения возникли у 11 больных, в том числе абсцессы брюшной полости у 3, параколомические абсцессы у 2, несостоятельность культи прямой кишки у 2, нагноение раны у 4. У больных этой группы сроки стационарного лечения были значительными, во время повторной операции возникли большие технические трудности из-за массивных спаек, рубцовой деформации культи прямой кишки.

Восстановительные операции выполнялись в сроки от 2 мес. до 3 лет: до 6 мес. — у 24, до 12 мес. — у 20, до 2 лет — у 14, до 3 лет — у 4 больных. На основании изучения ближайших и отдаленных результатов оперативного лечения установлено, что наименьшее число осложнений и лучшие функциональные результаты достигнуты в группе больных, оперированных в сроки от 6 до 12 месяцев, что согласуется с данными литературы.

Выбор метода и особенно сроков оперативного вмешательства зависел от генеза заболевания. При злокачественных новообразованиях определяющее значение имеет радикальность выполнения операции Гартмана. Тщательное морфологическое исследование операционного материала, эндоскопия культи прямой кишки и проксимальной функционирующей части ободочной кишки с прицельной биопсией, сканирование печени, лапароскопия позволяют объективно оценить возможность восстановительной операции.

При неопухолевых поражениях толстой кишки важное значение имеет ликвидация воспалительного процесса в брюшной полости и функционирующей культе прямой кишки. Больным с явлениями колита, проктита, параколомическими воспалительными осложнениями предвзято проводилось противовоспалительное лечение. При наличии гнойных, воспалительных осложнений формирование колостомы затягивается, иногда возникает ранняя ее стрикту-

ра. При выраженных воспалительных явлениях культи прямой кишки производилось промывание ее раствором антисептиков (чаще 0,1% раствором соляной кислоты) в течение 2-3 недель.

Выбор метода восстановления непрерывности толстой кишки зависит от характера заболевания, по поводу которого произведено оперативное вмешательство, и длины культи прямой кишки. Поэтому до операции тщательно изучалось состояние функционирующего и отключенного отделов путем рентгенологического, эндоскопического, морфологического исследования.

У большинства больных в брюшной полости отмечался обширный спаечный процесс, особенно после операции Гартмана на фоне перитонита, непроходимости и при послеоперационных осложнениях. Наиболее сложным этапом восстановительных операций является обнаружение и выделение культи прямой кишки. Обычно мы пользуемся трансиллюминацией прямой кишки или осуществляем «инструментальную фиксацию» прямой кишки через анус.

При наличии длинной культи прямой кишки выполняли колоректопластику в виде сигмо-, десцендо- и трансверзоректального анастомозов по типу конец в конец или конец в бок.

Наиболее частыми послеоперационными осложнениями были нагноение раны в области бывшей колостомы (14), несостоятельность колоректального анастомоза (4). У 1 больного образовался пресакральный абсцесс, который привел к сепсису и смерти. У 2 больных с длительным сроком отключения прямой кишки после восстановления непрерывности толстой кишки установлена недостаточность анального сфинктера I степени.

При изучении отдаленных результатов лечения в сроки от 1 года до 5 лет у 3 больных выявлен рубцовый стеноз колоректального анастомоза. 2 больных умерли через 4 и 5 лет от генерализации ракового процесса. Благодаря проведению восстановительных операций большинства больных реабилитированы в трудовом и социальном отношении. 39 больных вернулись к трудовой деятельности, 30 из них по прежней специальности.

Выводы. Методы восстановления непрерывности толстой кишки зависят от характера ранее перенесенной операции, заболевания и длины культи прямой кишки. Предпочтительным методом восстановления непрерывности толстой кишки является колоректопластика.

Анализ диагностических ошибок при ведении больных с сочетанной травмой грудной клетки и костей верхней конечностей

Каримов Б.Р., Валиев Э.Ю., Рахманов Р.О., Хашимов Р.А.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В отделении травматологии РНЦЭМП в 2005-2011 гг. на лечении находились 84 пострадавших с сочетанной травмой груди и костей плечевого пояса, из них 53 (63,1%) мужчины и 31 (36,9%) женщины. Большинство были трудоспособного возраста — 56 (66,6%). Наиболее частой причиной травмы были дорожно-транспортные происшествия — у 59 (70,2%) пациентов, падение с высоты — у 19 (22,6%), травма в результате криминальных обстоятельств — у 3 (3,5%), бытовые — у 4 (3,7%). Множественные и двухсторонние переломы ребер отмечались у 26 (30,9%) пациентов, полифокальные повреждения костей верхних конечностей в сочетании с повреждениями груди — у 12 (14,2%). У остальных пострадавших переломы верхних конечностей были единичными. Переломы ключицы наблюдались у 32 (38%), переломы плечевой кости у 29 (34,5%), костей предплечья у 16 (19%), лопатки у 7 (8,5%) пациентов. У 33 (39,2%) больных наблюдался травматический шок различной степени. 25 (29,7%) пострадавшим произведены оперативные вмешательства по поводу повреждения внутренних органов: 9 по поводу повреждения органов грудной клетки (торакоскопия у 7, торакотомия у 2) и 16 — по поводу повреждения органов брюшной полости (лапароскопия 10, лапаротомия 6). Остеосинтез по поводу переломов костей верхних конечностей выполнен у 35 (41,6%) пострадавших (ключицы — 18, плечевой кости — 13, костей предплечья — 4).

Диагностические ошибки на госпитальном этапе встречались у 23 (23,8%) больных: у 7 первично не были диагностированы переломы одного или двух ребер, у 3 — множественные переломы ребер (более 2), у 5 — переломы костей плечевого пояса, у 2 — переломы ключицы, у 2 — перелом лопатки, у 1 — перелом большого бугорка плечевой кости.

У 7 пострадавших не был диагностирован пневмоторакс, у 9 — ушиб легкого, у 5 — гемоторакс, у 3 — множественные переломы ребер не были диагностированы рентгенографией, а выявлены после выполнения компьютерной томографии. После выполнения торако-

скопии разрыв легкого обнаружен у 5 обследованных.

На наш взгляд, ошибки были допущены в связи с бессознательным состоянием больного и отсутствием клинических признаков (отека, деформации, костного хруста) в области переломов. Переломы были диагностированы на 2-3-и сутки после прояснения сознания и появления у пострадавших жалоб.

Следует отметить что, по данным разных авторов, чувствительность рентгенографии при переломах передних отделов ребер составляет 35,8%, двойных переломах передних отделов ребер — 40%, при переломах задних и боковых отделов — 53,3%, при переломах грудины в передней проекции — 64,2%, при диагностике пневмоторакса — 21%, гемоторакса — 62,2% (Slater M.S. et al., 2001; Cacchione R.N. et al., 2000; Wisbach G.G. et al., 2007). А по данным О.В. Кочергаева (1999) и I. Marzi (1996), чувствительность спиральной КТ достигает 100% при диагностике гемо- и пневмоторакса, травматических инфильтратов легкого, внутрилегочных гематом, ателектазов и 98% — при сложных переломах задних и боковых отделов ребер.

В рентгенологической диагностике важно также проведение рентгенологического исследования (в 2-х проекциях, в положении больного стоя). Практически всем нашим больным рентгенография грудной клетки была произведена в положении лежа в переднезадней проекции в условиях шоковой палаты.

Таким образом, диагностика повреждений грудной клетки с использованием рентгенографии в стандартных проекциях не всегда позволяет выявить патологию. погрешности в диагностике достигают 38,6%. В связи с этим необходимо более широкое использование возможностей компьютерной томографии, которая позволяет диагностировать имеющиеся повреждения более чем в 98% случаев. При осложненных переломах ребер (гемо-, пневмоторакс) целесообразно выполнение диагностической торакоскопии, которая помогает уточнить характер повреждения органов грудной полости, а при наличии показаний выполнить лечебные манипуляции.

Применение препарата аминол у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой

Касымов Х.Р., Толипов Д.Р.
Республиканский научный центр нейрохирургии

Цель — определение возможности использования препарата Аминол для парентерального питания у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой (ЧМТ).

Материал и методы. Обследованы 43 больных с тяжелой ЧМТ (мужчин — 28, женщин — 15). Средний возраст пациентов 35±9 года. Сопутствующая артериальная гипертензия была — у 7 больных, ИБС — у 2, хронический гастрит — у 3, хронический гепатит — у 1 пациента. Больным с тяжелой ЧМТ, поступившим в отделение реанимации, наряду с интенсивной терапией, устанавливали желудочный зонд, производилась катетеризация центральной вены.

Наряду с энтерально-зондовым питанием, больным проводили инфузию препарата аминол в дозе 30 мл/кг

массы тела больного со скоростью инфузии 180 мл/ч.

Контрольной группой служили больные сопоставимого возраста, которые получали только энтерально-зондовое питание без инфузии препарата Аминол.

Изучались уровень общего белка крови, масса тела, цвет, тургор и эластичность кожных покровов. Исследования проводились на следующих этапах лечения: I — при поступлении, II — на 3-й, III — на 7-й день лечения.

Результаты и обсуждения. У больных контрольной группы на 3-й день лечения, несмотря на проводимое зондовое питание, наблюдались признаки начинающейся гипотрофии. Отмечалось незначительное снижение массы тела (на 1-2%) и уровня общего белка

крови (на 2-3%) ($p>0,05$). Значительные изменения этих показателей наблюдались на 7-е сутки. Масса тела снизилась на 5-7%, уровень общего белка крови – на 8-9%, $p<0,05$. Кожные покровы у больных были бледными, дряблыми, снижались тургор и эластичность.

У больных основной группы, которым кроме зондового кормления проводилось и парентеральное питание препаратом аминол, на 3-й день лечения по изучаемым параметрам существенных различий не отмечалось. Масса тела снизилась на 0,5-1% ($p>0,05$), уровень общего белка крови – на 1-2% ($p>0,05$). Изменения изучаемых показателей оставались незначительными и на 7-е сутки исследования. Масса тела снизилась на 0,5-1% ($p>0,05$), уровень общего белка крови – на 1-2% ($p>0,05$).

Острый панкреатит – опасное осложнение при отравлениях этанолом

Кенжемуратова К.С., Маликов Б.Х., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Муминов Ш.У.

Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования — изучение течения острого панкреатита у больных с отравлением алкоголем.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в СФ РНЦЭМП в 2005-2010 гг. находились 215 больных с отравлением алкоголем в возрасте от 16 до 75 лет. Мужчин было 187 (86,9%), женщин – 28 (13,1%). Всем больным проводились клиничко-лабораторные обследования, УЗИ органов брюшной полости, КТ – 17 больных. Проводили динамическую объективную оценку тяжести состояния больных с помощью интегральных шкал (Ranson, APACHEII, SOFA).

Результаты. Клинически отравление этиловым спиртом проявлялось характерным запахом изо рта, холодным потом (45), гиперемией лица (17), иногда бледностью (9). У всех больных были <3 Ranson / <9 APACHEII балла.

В развитии комы выделяют поверхностную (угнетение сознания, снижение рефлексов, миоз, плавающие движения глазных яблок, мышечный гипертонус) — 58 (70,7%) человек и глубокую (утрата болевой чувствительности, гипотония, метаболический ацидоз, гиперкоагуляция) стадии – 24 (29,3%) больных, ≥ 3 Ranson / ≥ 9 APACHEII балла.

У 82 больных определяли содержания этанола в крови. Уровень этанола в крови 1,5-2,5 г/л – опьянение средней степени — определялся у 8 человек, сильное опьянение (2,5-3,5 г/л) – у 40, тяжелое отрав-

Выводы. 1. Парентальное применение раствора аминокислот аминол при состояниях, сопровождающихся белковой недостаточностью и катаболизмом, быстро и надежно восстанавливает нормальный белковый состав крови. 2. Оптимальное соотношение заменимых и всех незаменимых аминокислот обеспечивает хорошие условия для купирования воспалительных процессов, репаративной регенерации поврежденных тканей, улучшения функционального состояния систем жизнеобеспечения. 3. Препарат аминол с успехом может применяться у больных с тяжелой ЧМТ, обеспечивая организм адекватным набором ингредиентов и предупреждая развитие у больных кахексии.

ление (3,0-5,0 г/л) – у 29, смертельное опьянение (5,0 г/л и выше) – у 5.

Интенсивная терапия острого отравления алкоголем включает голод (3-7 сут.), зондирование и аспирация желудочного содержимого, анальгетики, спазмолитики, блокаторы протонной помпы, H_2 -блокаторы, ингибиторы протеолитических ферментов (гордокс, контрикал), окреотид (сандостатин), дистигмина бромид, восстановление проходимости верхних дыхательных путей (установка воздуховода, интубация трахеи), коррекцию водно-электролитного баланса (внутривенное введение 10-20% раствора глюкозы, раствора Рингера) и коррекцию нарушений кислотно-основного состояния (500 мл 4% раствора бикарбоната натрия), витаминотерапию (внутривенное введение В1и В6 по 3-5 мл, 5% раствора аскорбиновой кислоты (10-15 мл), введение 3-5 мл 1% раствора никотиновой кислоты. С целью профилактики гнойных осложнений назначали пefлоксацин, ципрофлоксацин, офлоксацин.

Погибли 7 больных. Симптомы острого панкреонекроза и перитонита наблюдались у 5 пациентов со смертельным отравлением. На аутопсии установлен тотальный панкреонекроз и разлитой перитонит.

Заключение. При алкогольном отравлении в комплекс лечебных процедур необходимо включать патогенетически обоснованные методы консервативного лечения острого панкреатита.

Сердечно-сосудистые осложнения при отравлениях этанолом

Кенжемуратова К.С., Маликов Б.Х., Хушвактов С.Т., Муминов Ш.У.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

В токсикологическом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП за 5 лет от отравления этанолом лечились 217 человек, из них 188 (86,6%) мужчин и 29 (13,4%) женщин, в возрасте 30-55 лет, регулярно злоупотребляющих алкоголем (более 10 лет).

Первыми жалобами больных обычно были сердцебиение, ощущение нехватки воздуха. При обследовании выявляли тахикардию с желудочковой экстрасистолой, иногда — мерцательную тахикардию. В этот период особенно важное значение имеет установить связь болезни с приемом алкоголя. Вспомогательное значение иногда имело обнаружение у относительно молодых мужчин сенильной дуги на роговице, кон-

трактуры Дюпюитрена, тремора рук, вегетативных нарушений, потливости и др. Чаще уже после возникновения жалоб определялись увеличение размеров сердца, снижение пульсового давления, появление сердечной недостаточности, прежде всего в малом круге, а также нарушения внутрисердечной проводимости и аритмии при нормальных размерах сердца. При чрезмерном злоупотреблении алкоголем выявлялась преходящая атриовентрикулярная блокада. После значительного злоупотребления алкоголем у больных наблюдалось преходящее тяжелое поражение миокарда с большой дилатацией сердца и сердечной недостаточностью. На ЭКГ чаще всего обнару-

живали синусовую тахикардию, единичные левожелудочковые экстрасистолы, признаки гипертрофии левого желудочка с выраженными изменениями миокарда. На фонокардиограмме определяли пресистолический галоп, нерезкий систолический шум на всех точках. Частыми рентгенологическими признаками были расширение корней легких, сглаживание талии сердца с закругленной верхушкой, увеличение поперечника сердца за счет значительного увеличения обоих желудочков и левого предсердия.

Лечение предполагало полное воздержание от алкоголя, назначение витаминов группы В. Если употребление алкоголя продолжалось, болезнь становилась тяжелее. При выраженной сердечной недостаточности показаны постельный режим или значительное ограничение физической нагрузки, уменьшение

приема солей натрия, применение сердечных гликозидов, диуретиков и вазодилататоров по общим правилам. На ранних стадиях без сердечной недостаточности, но с тахикардией и аритмией, по нашему мнению, следует рекомендовать β -адреноблокаторы в небольших дозах.

У наблюдаемых нами больных с алкогольным поражением сердца различной стадии при более внимательном обследовании выявлялись и другие признаки «алкогольной болезни» (поражение печени, почек, поджелудочной железы). Диагностика алкогольного поражения сердца затрудняется при присоединении ИБС.

Вывод. Алкоголизм имеет немаловажное значение для развития сердечной патологии, что всегда следует учитывать в клинической практике.

Гнойно-воспалительные осложнения при краниопластике

Ким А.А., Реймбаев А.Ю.

Республиканский научный центр нейрохирургии

В Республиканском научном центре нейрохирургии проведен сравнительный анализ частоты послеоперационных осложнений в раннем и отдаленном послеоперационных периодах при использовании различных материалов для закрытия костных дефектов черепа. В период с 2009 по 2011 гг. обследованы 55 пациентов, которым проводилось пластическое закрытие костного дефекта черепа в сроки от 3-х месяцев до 4-х лет после резекционной декомпрессивной трепанации черепа. Пластика перфорированной пластиной выполнена 15 больным, пластика аутокостью – 3, и краниопластика протакрилом – 37. Учитывались данные о количестве воспалительных осложнений, результаты нейрофизиологических исследований, рентгенографии черепа, КТ-данные, локальный статус. Неврологических нарушений, вызванных воспалительными осложнениями, не наблюдалось. При использовании титановой сетки воспалительные осложнения не встречались. Больные наблюдались в течение года, локальные изменения в области послеоперационной раны не обнаружены. При пластике аутокостью осложнения, требующие удаления транс-

плантата, наблюдалось у 1 оперированного. В позднем периоде произошло образование гнойных свищей с остеомиелитом и последующим лизисом костного трансплантата. При использовании протакрила у 2 больных отмечалось асептическое воспаление, образование нагноившихся лигатур с формированием свищевых ходов, которые были удалены. Локально отмечались боли в области кожного лоскута и послеоперационного рубца, в области лигатурных свищей – гиперемия с выделением гнойно-серозного транссудата. После удаления очагов воспаления, т.е. иссечения гнойных свищей, имплантов, повторных вторичных гнойных осложнений не наблюдалось. Клинический анализ и данные инструментальных методов обследования показали, что в качестве пластического материала для закрытия костных дефектов черепа предпочтительнее титановая перфорированная пластина (сетка).

Таким образом, можно сделать вывод, что одним из факторов, существенно влияющих на выбор материала в краниопластике является биосовместимость материала.

Профилактика послеоперационных церебральных осложнений при инсульт-гематомах с применением малоинвазивных хирургических методов лечения

Кузибаев Ж.М., Махкамов К.Э., Рахматов Т.Т.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В основу работы положены результаты комплексного обследования и лечения 60 больных (33 женщины и 27 мужчин, средний возраст — $58,1 \pm 8,5$ года) с инсульт-гематомой, наблюдавшихся в РНЦЭМП в 2002 - 2010 гг. Больные были разделены на 2 группы в зависимости от метода лечения. В 1-ю группу включены 30 пациентов, которым производились малоинвазивные вмешательства — нейроэндоскопически-ассистированное удаление (16) и нейроэндоскопическое пункционное удаление инсульт-гематом (14). 30 больным 2-й группы произведено удаление инсульт-гематомы традиционным открытым методом. 7 больным вместе с удалением гематомы выполнено наружное вентрикулярное дренирование. Показание к оперативному вмешательству у каждого больного определяли инди-

видуально в зависимости от тяжести состояния, уровня нарушения сознания, выраженности неврологической симптоматики, объема и локализации гематомы, величины смещения срединных структур мозга, наличия прорыва крови в желудочки мозга.

У больных, оперированных традиционным методом, наблюдались осложнения, связанные с хирургическим вмешательством: остаточная гематома объемом от 12 до 23 см³ — у 12 (40,0%), рецидив кровоизлияния — у 3 (10,0%), послеоперационное нарастание перифокальной зоны ишемии мозга — у 10 (33,3%). На наш взгляд, низкая радикальность удаления гематомы и большая частота повторного кровоизлияния обусловлены неполноценной визуализацией операционного поля. Несмотря на проведение профилактики инфекцион-

ных осложнений, после наружного вентрикулярного дренирования у 2 (6,6%) пациентов развился менингит. По-видимому, это связано с длительным наружным дренированием (до 5-ти суток) в связи с относительно медленной санацией желудочков мозга от крови.

При хирургическом удалении инсульт-гематом использование нейроэндоскопической ассистенции позволило повысить радикальность удаления гематомы по сравнению с традиционным хирургическим методом с 68,2 до 95,2%. Полученные результаты показали, что радикальность удаления гематомы с применением нейроэндоскопической ассистенции была значительно больше, чем при традиционном методе у больных с гематомами медиального (94,6% против 63,4%), латерального (96,2% против 74,8%) и смешанного расположения (94,8% против 66,5%). При гематомах лобарной и субтенториальной локализации значимых различий в радикальности их удаления не выявлено, однако длительность оперативного вмешательства при использовании нейроэндоскопического метода сократилась в 2 раза ($92,4 \pm 3,2$ мин против $46,3 \pm 2,7$ мин; $p < 0,05$). Осложнений, таких как внутри-

черепные кровоизлияния, нарастание перифокального отека и инфицирования, после эндоскопических вмешательств не наблюдалось. В ходе исследования было отмечено, что применение малоинвазивного метода удаления инсульт-гематом у больных 1-й группы приводит к более быстрому регрессу нарушенного сознания. Оценка результатов лечения по шкале исходов Глазго показала, что при удалении малой инсульт-гематомы с применением нейроэндоскопии и локального фибринолиза остаточной крови число благоприятных исходов (хорошее восстановление, умеренная инвалидизация) увеличилось в 2,7 раза по сравнению с традиционным хирургическим методом лечения и в 2,4 раза — по сравнению с консервативным ($p < 0,05$). При этом летальность снизилась соответственно на 57,1 и 60,0% ($p < 0,05$).

Таким образом, применение малоинвазивных хирургических методов удаления инсульт-гематом с использованием нейроэндоскопии обеспечивает профилактику послеоперационных церебральных осложнений, связанных с травматичностью оперативного вмешательства.

Экспертная оценка клинико-статистической характеристики позвоночно-спинной травмы в Кашкадарьинской области

Кулдашев Д.Р., Бердиев С.Х.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Цель исследования — улучшение исходов лечения больных с позвоночно-спинномозговой травмой на основе клинико-статистического анализа и дать экспертную оценку.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 122 пострадавших, лечившихся в Кашкадарьинском филиале РНЦЭМП за последние 3 года (2008-2010 гг.), а также амбулаторные карты поликлиник г. Карши и журнал регистрации вызовов территориального центра оказания экстренной медицинской помощи. С целью изучения причин наступления летальных исходов в различные периоды травматической болезни дополнительно проанализированы протоколы судебно-медицинских исследований, а также журналы регистрации смертельных случаев в поликлинике. Случаи смерти от позвоночно-спинномозговой травмы (ПСМТ) на догоспитальном этапе не исследовались.

Результаты. Из 122 пострадавших с ПСМТ мужчин было 99 (81,89%), а женщин — 23, (8,8%). Детей в возрасте до 14 лет не зарегистрировано. Средний возраст больных $37,6 \pm 14,5$ (мужчин — $37,4$, у женщин — $38,2$). Мужчины получали ПСМТ в 4–5 раз чаще, чем женщины. Максимальное число пострадавших было в возрастной группе 30–39 лет. Лица трудоспособного возраста составили 87,6%.

Бытовая травма установлена у 106 больных, или у 86,9% от общего числа больных производственная — у 14 (11,5%) в 2 (1,6%) случаях обстоятельства травмы не указаны. Транспортная травма зарегистрирована у 33 (27%). Сочетанный характер повреждений встретился в 61,4% случаев, в 36,8% травма имела изолированный характер в 1,6% комбинированная ПСМТ. В результате умышленных действий травму получили (9%) пострадавших. Основными причинами ПСМТ были падения с высоты — 44 (36,1%), удар спиной, куда вошла большая часть травм при ДТП — 33 (27%); травма

«ныряльщика» — 14 (11,5%); удар по спине — 10 (8,2%); неизвестный механизм — 13 (10,7%). Повреждения на шейном уровне позвоночника имели место у 58 случаях (47,5%), грудного у 31 (25,4%), поясничного у 33 (27%). Серьезные повреждения спинного мозга встретились у 49 (40,2%) больных, как правило, при шейной (25) и грудной (17) локализации травмы. Выявленные различия между уровнем повреждении позвоночника и степенью повреждения спинного мозга при поступлении имеют высокую степень достоверности.

Алкогольное опьянение зарегистрировано в 30,3% случаев (только по записям в истории болезни). Наибольшее число травм позвоночника и спинного мозга было получено в субботу и воскресенье — 47 (38,5%) пострадавших, в — понедельник и пятницу — 13 и 12 случаев соответственно.

Летом получили травму 41,8%, весной — 23,7%, зимой — 9,8%, осенью — 16,3% пострадавших.

Среди пострадавших рабочих было (36%). На момент травмы не работали — 42 (34,4%) человека, находились на пенсии — 13 (10,6%), служащих было — 8,1%, учащихся — 7,3%.

Частота ПСМТ в течение анализируемого периода составила 0,48 на 10 тыс. населения в год. В возрастной структуре отчетливо лидируют лица в возрасте 20–29 и 30–39 лет с преобладанием мужчин больше, чем женщин в 4,6 раза. Наиболее часто были лица молодого и трудоспособного возраста.

Вывод. 1. Частота ПСМТ в Кашкадарьинской области составляет 0,48 на 10000 населения. 2. Средний возраст пострадавших $37,6 \pm 14,5$. В возрастной структуре отчетливо лидируют лица в возрасте 20–29 и 30–39 лет. 3. Основными причинами получения ПСМТ были падения с высоты и дорожно-транспортные происшествия. 4. По характеру ПСМТ является тяжким телесным повреждением, опасным для жизни.

Диагностика и лечение осложнений при сочетанных закрытых травмах груди

Кулиев Й.У., Арзиев Ш.Н., Отабобоев Ш.П.

Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самаркандский государственный медицинский институт

За период с 1999 по 2011 гг. под нашим наблюдением находились 606 больных с закрытой травмой грудной клетки, из них у 285 (47,1%) травма была сочетанной, у 321 (52,9%) – изолированной. Мужчин было 340 (56,1%), женщин – 104 (43,9%) в возрасте от 15 до 80 лет. Среди пострадавших с изолированными травмами у 20 было сдавление грудной клетки без нарушения целостности костей, у 176 – перелом 1-3 ребер со смещением отломков, у 107 – односторонние множественные переломы ребер (4 и более), у 18 – двусторонние двойные переломы ребер, грудины с флотацией грудной клетки.

Наиболее частым осложнением закрытой травмы груди был пневмоторакс, который наблюдался у 210 (34,6%) больных. У подавляющего большинства причиной пневмоторакса было повреждение легкого отломками ребер. У 10 больных пневмоторакс возник без повреждения ребер вследствие разрыва булл, что было подтверждено рентгенологическим исследованием. Напряженный пневмоторакс, имевший место у 42 больных, часто сопровождался эмфиземой грудной стенки и средостения. У 64 пациентов выявлен пневмоторакс. Изолированный гемоторакс отмечался у 101 больного, из них у 20 был свернувшийся гемоторакс. У 25 больных гемоторакс расценен как большой, у остальных имел место малый и средний гемоторакс.

У 321 (52,9%) пострадавшего закрытое повреждение груди сочеталось с тяжелой черепно-мозговой травмой (65), переломами грудного отдела позвоночника (41), переломами костей верхней (35) и нижних конечностей (27) и переломами костей таза (8). У 8 больных был выявлен разрыв купола диафрагмы с эвентрацией органов брюшной полости в грудную полость. У 20 больных имелась обширная внутрилегочная гематома, сопровождавшаяся кровохарканьем. Обнаружены разрыв главного бронха (5) и разрыв пищевода (9).

У 53 больных диагностированы грудо-брюшинные повреждения: разрывы кишечника (20), печени (11), селезенки (8), брыжейки кишечника с забрюшинной гематомой (9). К сожалению, они обнаружены через 6-8 часов после госпитализации. Это объясняется особой сложностью клинической картины и тяжестью

течения этих травм. После травмы, как и при всяком другом тяжелом повреждении груди, пострадавший находится обычно в тяжелом шоковом состоянии.

При лечении изолированных повреждений мы придерживались консервативной лечебной тактики. Всем больным создавали функционально выгодное положение в постели, назначали адекватное обезболивание, включая межреберные новокаиновые блокады, перидуральную анестезию, производили иммобилизацию окончательных переломов ребер. Назначали противовоспалительную терапию и средства, улучшающие дренажную функцию бронхов. По показаниям проводили плевральные пункции и дренирование плевральных полостей. Из 53 больных с грудо-брюшными повреждениями выздоровели 45.

При неэффективности лечения пункциями, а также при наличии напряженного пневмоторакса и дыхательной недостаточности производили дренирование плевральной полости с подключением к аппарату Боброва, через 2 суток — к активному плевроаспиратору Лавриновича.

Экстренная торакотомия при травме груди выполнена у 45 наших пострадавших. Показаниями к немедленной операции служили разрыв диафрагмы у 8 больных, продолжающееся внутриплевральное кровотечение и напряженная внутрилегочная гематома у 18, разрыв главного бронха у 5, разрыв пищевода у 9. 6 больным выполнены отсроченные оперативные вмешательства (удаление сгустков крови с декортацией легкого) по поводу свернувшегося гемоторакса.

Осложнения развились у 105 (17,3%) пострадавших, в основном это были пневмонии, плевриты, эмпиема плевры. Вторыми по частоте были тромботические и геморрагические осложнения – свернувшийся гемоторакс, тромбофлебит вен нижних конечностей.

Умерли 9 (1,48%) больных вследствие острого перитонита (4), шока (2). У 1 больного были множественные переломы ребер, разрыв диафрагмы, тотальный гемоторакс, у другого — множественные переломы ребер, тяжелый ушиб легкого. Оба они скончались от прогрессирования легочно-сердечной недостаточности.

Значение московской шкалы комы и шкалы балльной оценки состояния для динамической оценки эффективности лечения черепно-мозговой травмы

Мамадалиев А.М., Алиев М.А., Мамадалиева С.А.

Самаркандский медицинский государственный институт

Цель исследования — определение эффективности неврологических симптомов, которые на основании достоверной статистической обработки включены в Московскую шкалу комы (МШК) и в балльную оценку состояния (БОС) больных, разработанные А.Р. Шахновичем и А.М. Мамадалиевым. Нами был создан банк данных по черепно-мозговой травме с применением МШК и БОС.

Под наблюдением были 411 больных (343 мужчин, 68 женщин) в основном с тяжелыми формами черепно-мозговой травмы (ЧМТ). Нами выделено 4 исхода тяжелой ЧМТ: смертельный исход (СИ), грубые неврологи-

ческие нарушения (ГНН), умеренные неврологические нарушения (УНН) и компенсированное состояние (КС). Всем больным в динамике проводилась интенсивная медикаментозная терапия, а 175 больным проведено оперативное вмешательство и интенсивная терапия.

Состояние каждого больного ежедневно в динамике оценивалось по МШК и БОС. Следует отметить, что ведущие неврологические и клинические симптомы имеют большее значение для оценки эффективности лечения, чем результаты современных инструментальных методов исследования.

Анализ показывает, что все больные, поступившие

в стационаре в состоянии запредельной комы (4,1%), погибли. В то же время среди больных, находившихся в состоянии глубокой комы (10,4% от общего количества), погибли 67,4%, а 21,4% имели грубые неврологические нарушения.

Среди больных, поступивших в состоянии умеренной комы, умирают 1/3, значит, вероятность благоприятного исхода у больных, поступивших в состоянии умеренной комы достаточно высокая – 64,2%. Отмечается резкое повышение вероятности благоприятного исхода у больных, поступивших в оглушенном и сопорозном сознании. Среди больных, поступивших, в оглушенном и сопорозном состоянии, отмечается высокая вероятность благоприятного исхода – 87%. Выделены 4 основных интервала, в которых средняя вероятность благоприятного исхода значительно возрастает по мере увеличения БОС: до 20 баллов – в среднем 9%, 21-35 – 43%, 36-50 баллов – 78%, 51-65 баллов – средняя вероятность благоприятного исхода – 92%. В соответствии с принятой классификацией БОС ниже

35 баллов отражает тяжелое, крайне тяжелое и терминальное состояние больных, сочетающееся с умеренной, глубокой или запредельной комой, с нарушением витальных функции разной степени. Тяжесть состояния больных ниже 12 баллов соответствует терминальному, и прогноз абсолютно неблагоприятен.

Таким образом, важным для клинициста является тот, что критерием эффективности проводимых диагностических и лечебных мероприятий может служить постепенный переход состояния больных по шкале БОС и МШК в верхние интервалы и более легкие фазы нарушения сознания, где вероятность благоприятного исхода высокая. И, наоборот, переход в более низкие значения БОС и коматозное состояние по МШК является критерием неэффективности проводимых диагностических и лечебных мероприятий или срыва компенсаторных процессов организма. В каждом случае это обстоятельство необходимо рассматривать индивидуально и принимать срочные меры для предотвращения декомпенсации состояния больных.

К изучению эффективности озонотерапии при переломах нижней челюсти в сочетании с краниocereбральной травмой

Мамадалиев А.М., Алиев М.А., Мамадалиева С.А.

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы – изучение влияния озона на состояние процессов ПОЛ, общую и местную симптоматику у больных с сочетанными краниocereбральными и челюстно-лицевыми травмами (СКЦЧЛТ).

Обследован 31 больной с СКЦЧЛТ. В зависимости от способа лечения пострадавшие были разделены на 3 группы. В 1-ю включены 12 больных, получавших традиционное лечение, во 2-ю – 9 больных, которым вводили газообразную озono-кислородную смесь (ГОКС) по 10-20 см³ в область перелома нижней челюсти в подслизистую ткань, в 3-ю – 10 пострадавших, которым внутривенно капельно вводили озонированный физиологический раствор (ОФР) хлорида натрия по 100 мл. Курс озонотерапии составил 5-7 дней и продолжался до улучшения состояния больных. Озон получали при помощи аппарата «Озонатор 1М».

У всех больных сотрясение головного мозга сочеталось с переломом нижней челюсти: у 10 – в области угла, у 16 – в области тела, у 5 – в ментальной области. Всем больным шину Тигерштедта наложили в 1-2-е сутки после поступления. Контрольную группу составили 10 здоровых людей. Для оценки воздействия озона на организм пострадавших изучали общие и местные симптомы, а также определяли продукты ПОЛ – диеновый конъюгат (ДК) и малоновый диальдегид (МДА) по методу М.Д.Стальной. Продукты ПОЛ изучались в день поступления, на 5-е и 10-е сутки обследования. Статистическую обработку проводили по методу Стьюдента.

При введении ОФР общая слабость исчезает на 2 дня раньше, чем при традиционном лечении, а при местном введении озона – раньше на сутки. У больных 2-й группы раньше прекратились головокружение

и улучшился аппетит. Однако эти показатели статистически недостоверны по отношению к аналогичным показателям у больных 1-й группы. В 3-й группе продолжительность этих симптомов достоверно меньше. Головные боли у пациентов 3-й группы исчезли на 1,2 дня раньше, чем при традиционном лечении.

Другая закономерность наблюдалась при изучении местных симптомов. Так, при местном введении ГОКС посттравматический отек мягких тканей уменьшился на 2 дня раньше, чем при традиционном лечении, но при введении ОФР отек исчезал на сутки раньше, чем в 1-й группе. Кровоподтек в области травмы во 2-й и 3-й группах уменьшался примерно в одно и то же время и почти в 1,5 раза быстрее, чем в 1-й группе. На уменьшение болей в области перелома более выраженные влияние оказывало местное введение озона – его эффект проявлялся на 1,7 дня раньше, чем при традиционном лечении.

Достоверное увеличение содержания МДА и ДК в цельной крови при СКЦЧЛТ свидетельствует об активации ПОЛ. Во всех группах происходит постепенное снижение первичного и конечного продукта ПОЛ. На 10-е сутки исследования содержание ДК и МДА в 3-й группе было на 11% меньше, чем в 1-й группе. Во 2-й группе содержание ДК на 10% больше, чем в 3-й. Уровень МДА во 2-й группе был на 9,7% больше, чем в 3-й.

Таким образом, внутривенное введение ОФР у больных с СКЦЧЛТ способствует раннему снижению активности продуктов ПОЛ и исчезновению общих симптомов. Благодаря местному введению ГОКС при переломах нижней челюсти наблюдалось более раннее уменьшение отека мягких тканей, кровоподтека и боли в области травмы.

Значение клинических признаков для прогнозирования исходов в первые сутки после черепно-мозговой травмы

Мамадалиев А.М., Мамадалиева С.А., Алиев М.А.

Самаркандский государственный медицинский институт

Прогнозирование исходов черепно-мозговой травмы (ЧМТ) наиболее важное значение имеет первые сутки после нее. Особенно актуально определение небольшого количества наиболее информативных клинических признаков, которые позволяют достоверно прогнозировать исходы уже в остром периоде ЧМТ. Наиболее адекватным математическим методом для решения этой задачи является многомерный статистический анализ с использованием линейных дискриминантных функций, дающий возможность провести комплексную оценку самых различных факторов, влияющих на информативность клинических признаков. Прогнозирование исходов ЧМТ, основанное на использование этого метода статистической обработки клинических данных на ЭВМ, являлось задачей настоящего исследования.

По унифицированной методике обследованы 302 больных (250 мужчин и 52 женщины). У 248 была закрытая ЧМТ, у 24 – открытая непроникающая, у 30 – открытая проникающая ЧМТ. В соответствии с принятой классификацией в зависимости от степени тяжести ЧМТ больные распределялись следующим образом: ушиб головного мозга легкой степени – у 24, средней – у 44, тяжелой – у 135, ушибы головного мозга со сдавлением – у 99. У 47 больных диагностированы вдавленные переломы костей свода черепа и у 103 – переломы основания черепа. Хирургическое лечение проведено 119 пациенткам.

В зависимости от исхода больные разделены на 4 группы: смертельный исход (СИ) – 101, благоприятный исход (БИ) с грубыми неврологическими нарушениями (ГНН) – 54, умеренные неврологические нарушения (УНН) – 74 и с хорошим восстановлением функций до компенсированного состояния (КС) – 73. БИ определяли на основании тщательного осмотра больных при выписке из стационара и изучения катамнеза.

Для прогнозирования клинического течения, исходов и выбора адекватного метода лечения заболевания большое значение имеют симптомы, возникающие в первые сутки после травмы. Степень тяжести состояния больных оценивали на основании результатов тщательного исследования их неврологического и соматического статуса в первые сутки после травмы, а также данных краниографии, исследования спинно-мозговой жидкости, эхоэнцефалографии, в ряде наблюдений – компьютерной томографии. При этом учитывались балльная оценка состояния (БОС) больных и фазы расстройства сознания, вид и тяжесть ЧМТ, наиболее важные симптомы нарушения неврологического и соматического статуса и общие сведения о больном. Перечисленные клинические данные

вносились в карту учета состояния больных и затем кодировались для обработки на ЭВМ.

Среди клинических симптомов поражения ЦНС наибольшую ценность для прогнозирования исходов представляет нарушение сознания, которое оценивалось у больных с применением Московской шкалы комы (МШК). Помимо этого, применяли БОС, включающую 14 неврологических признаков. БОС больных проводили ежедневно до нормализации сознания или до СИ и отмечали в кодировочной карте.

Статистическую обработку созданного нами банка клинических данных проводили на ЭВМ с использованием пакета прикладных программ, который включает метод линейных дискриминантных функций. Информативность каждого признака в данном наборе определяется различиями его средних значений и среднеквадратических отклонений при разных исходах, а также его корреляциями с другими признаками.

Результаты исследования дают основание проводить поэтапное прогнозирование исходов в первые сутки после ЧМТ. Сначала предлагается определить вероятность БИ и СИ, а затем проводить дифференциальное прогнозирование тяжести состояния у больных с БИ (ГНН или КС и УНН).

По результатам статистической обработки на ЭВМ был получен график зависимости суммарной меры информативности от количества используемых признаков. Анализ показал, что с увеличением числа клинических признаков быстро растет общая информативность, далее этот рост прекращается. Объясняется это тем, что некоторые признаки являются малоинформативными, и включение их в набор прогностических признаков снижает суммарную меру информативности. Таким образом, прогностически значимыми для определения СИ и БИ в 1-й день после травмы можно считать следующий оптимальный набор клинических признаков для прогнозирования СИ и БИ после травмы: 1) балльная оценка состояния, 2) возраст, 3) внутримозговая гематома, 4) дыхание, 5) судороги, 6) субдуральная гематома, 7) фаза нарушения сознания, 8) формы поражения мозга, 9) частота пульса, 10) артериальное давление, 11) перелом костей основания черепа, 12) сочетанная ЧМТ, 13) эпидуральная гематома.

Представленный оптимальный набор информативных клинических признаков позволяет прогнозировать исходы тяжелой ЧМТ с вероятностью 82-85%. Клинические признаки, приведенные выше, расположены в порядке убывания информативности, причем первые восемь признаков являются наиболее важными для практического врача при оценке тяжести состояния больных и прогнозировании исходов.

Результаты лечения больных с сочетанными повреждениями таза и бедренной кости

Махкамов И.Х., Валиев Э.Ю., Хакимов Р.Н.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В РНЦЭМП в 2005-2011 гг. на лечении находились 824 больных с сочетанными повреждениями ОДА, из них с переломами таза, сочетанными с переломами

бедр, — 127 (15,4%). Лиц мужского пола было 91 (71,6%), женского — 36 (28,4%). В возрасте 14-25 лет были 36 (28,3%), 25-55 лет — 65 (51,2%), старше 55 лет —

26 (20,04%) пострадавших. Травмы в результате дорожно-транспортного происшествия были у 85 (66,9%) пациентов, кататравмы — у 36 (28,4%), бытовая травма — у 6 (4,7%). У 39 (30,7%) больных показатели алкоголя в крови превышали допустимую норму. Открытые переломы бедра констатированы у 17 (13,3%), закрытые у 110 (86,6%) пациентов. Переломы костей таза и конечностей в сочетании с повреждениями внутренних органов выявлены у 31 (24,4%) пострадавшего.

При распределении больных авторы придерживались классификации в модификации группы АО (Muller M. и др., 1990). Все больные были разделены на три группы: тип А-51 (40,2%), тип В-41 (32,3%), тип С — 35 (27,5%) больных. Переломы проксимального отдела бедра имели место у 31 (24,4%), верхней трети — у 33 (25,9%), средней трети — у 38 (29%), нижней трети — у 25 (19,6%) больных.

Больные были распределены также на три группы в зависимости от клинко-анатомического варианта сочетания переломов. 1-я группа — 46 (36,2%) пострадавших с сочетанными повреждениями костей таза типа А и В и переломами бедра по классификации АО типа А, 2-я — 43 (33,8%) больных с сочетанными повреждениями костей таза типа В и С и переломами бедра по классификации АО, типа В и С, 3-я — 38 (29,9%) пациентов с повреждениями костей таза типа С и переломами бедра по классификации АО типа С.

Результат лечения напрямую зависел от наличия сопутствующих повреждений со стороны внутренних органов и тяжести состояния на момент поступления. После устранения доминирующего повреждения со стороны органов брюшной и грудной полости и черепа, стабилизации гемодинамических показателей решался вопрос о стабилизации повреждений таза и бедра. В отношении нестабильных переломов костей таза в раннем периоде травматической болезни мы придерживались активной хирургической тактики с использованием малоинвазивных методов остеосинтеза. Применяли разработанные в клинике стержне-

вые аппараты наружной фиксации двух модификаций. Для стабилизации переломов таза типа В и С предложен стержневой аппарат клиники для таза и модифицированные спице-стержневой аппарат «таз-бедро» для остеосинтеза переломов бедренной кости.

Нами были изучены исходы лечения больных с множественными переломами костей таза и бедра. Выздоровление наступило у 104 (81,88%) больных, 23 (18,11%) пациента погибли. При анализе причин летальных исходов было выявлено, что у 9 пострадавших непосредственной причиной смерти была массивная травма трех и более костных сегментов, сочетавшихся с повреждением внутренних органов (печень, селезенка, кишечник и т.п.). У 5 пациентов причиной смерти стал травматический шок терминальной стадии. У 9 больных летальный исход был обусловлен тяжелой черепно-мозговой травмой.

Анализ результатов при учете сроков выполнения оперативных вмешательств показал, что при выполнении ранней стабилизации костей таза и поврежденного бедренного сегмента создавались условия для ранней активизации больных, снижения развития гипостатических и гнойно-септических осложнений в 2,4 раза по сравнению с контрольной группой. Сроки пребывания больных в реанимационном отделении уменьшились на 4,7 дня, длительность пребывания в стационаре — на 12,8 койко-дня.

Таким образом, восстановление строения и функции бедра и таза без оперативного лечения переломов у большинства пострадавших с сочетанной травмой невозможно. Принципиально важно, что все нестабильные повреждения таза должны стабилизироваться в раннем периоде травматической болезни (при условии преобладания показаний над противопоказаниями). Вопрос о выполнении остеосинтеза переломов бедра должен решаться после устранения доминирующей патологии и стабилизации состояния с учетом тяжести (типа) перелома, до развития осложнений.

Опыт профилактики вторичного синдрома «пустого турецкого седла»
и назальной ликвореи после трансфеноидальной аденомэктомии
Махкамов К.Э., Азизов М.М.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В период с 2005 по 2012 гг. в отделении нейрохирургии РНЦЭМП проведено 300 трансфеноидальных аденомэктомий. Все больные оперированы с применением микрохирургической техники и операционного микроскопа. 68 больным после удаления опухоли в ложе укладывали аутожировую ткань в комбинации с пластинами гемостатической губки для замещения объема удаленного новообразования, позволивший восстановить анатомическую конфигурацию структур sellarной области. В конце операции у 19 больных отмечалось умеренное кровотечение из передних отделов ложа опухоли, верифицировать которое было невозможно, т.к. нельзя было визуализировать эту зону. Попытки остановить кровотечение традиционными способами не имели успеха. После укладки трансплатата, дополнительно насыщенного тромбином, кровотечение было остановлено в течение 10-15 мин. Диаметр ложа АГ после удаления опухоли составлял от 1 см до 3,5 см. В послеоперационном пери-

оде на 3-и сутки проводился осмотр окулиста, через 3 месяца — контрольная МРТ головного мозга. Через неделю временное снижение зрения на 0,1-0,2 зафиксировано у 4 больных. Улучшение остроты и расширение полей зрения начиналось к концу первой недели у 15 больных, ко второй неделе — у 20. У 9 за это время уровень зрения вернулся к исходному. В дальнейшем контрольные обследования больных проводились в разные сроки — в среднем один раз в 3 месяца. У 23 больных через 1,5 месяца после операции *visus* от 0,1-0,4 улучшился до 07-1,0. В среднем улучшение зрения в наблюдаемой группе составило 72%. У 2,7% из 68 больных отмечалась назальная ликворея, у 4,5% — кровоизлияние в ложе удаленной опухоли. По данным контрольной МРТ больного с облитерацией ложа удаленной опухоли фрагментом аутожиры выявлено рассасывание аутоотрансплатата с формированием кистозной полости. Процент рецидивов составил 3%.

При анализе полученных результатов установлено,

что при макро- и гигантских аденомах гипофиза замещение ложа удаленной опухоли аутожировой тканью в комбинации с фибринсодержащими гемостатическими пластинами позволяет уменьшить вероятность

возникновения послеоперационных осложнений, связанных с анатомическими особенностями ХСО, а также показывает преимущество его перед традиционными методами гемостаза.

Травматические субдуральные гидромы как осложнение средней и тяжелой черепно-мозговых травм у детей

Махкамов К.Э., Тухтабеков З.Л., Мусаев А.К.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель исследования — изучение особенностей клинического течения травматической субдуральной гидромы у детей.

В отделении нейрохирургии детского возраста РНЦЭМП за период с 2008 по 2010 гг. на лечении находились 64 ребенка, перенесшие среднетяжелую и тяжелую ЧМТ, осложненную травматической субдуральной гидромой. У 13 (20%) больных гидрома имела острый характер, т.е. развилась в первые часы после травмы и диагностировалась на первичной КТ головного мозга при поступлении. У 51 (80%) ребенка гидрома образовалась в более поздние сроки травматической болезни и диагностировалась при повторных КТ исследованиях.

Всем больным выполнялись операции по поводу удаления гидром с установлением дренирующей системы в субдуральное пространство. У 46 (72%) больных произведено по одному оперативному вмешательству, у 18 (28%) больных с рецидивами гидром оперативные вмешательства выполнялись по 2-3 раза. Интервал между возникновением рецидивов составлял в среднем 7-10 дней.

Следует отметить, что для клинической картины субдуральных гидром было характерно латентное

течение. Клиники быстро нарастающей компрессии и дислокации головного мозга не наблюдались, что обусловлено особенностями механизмов образования гидром и их объемом. Это значительно затрудняло их диагностику, особенно на фоне тяжелой ЧМТ. В клинике можно было отметить только лишь вегетативные нарушения в виде усиления гипергидроза, гипертермии, гиперсаливации. Основным клиническим признаком явилось отсутствие прояснения сознания, которое по срокам травматической болезни давно уже должно было наступить. Поэтому гидромы в большинстве случаев выявлялись только на динамической КТ головного мозга. Учитывая их преимущественную локализацию у 44 (69%) больных — в лобной области, на эхоэнцефалоскопии смещений срединных структур также не находили.

Таким образом, стёртая клиническая картина субдуральных гидром заставляет нас более широко ставить показания к визуализационным методам исследования головного мозга. Частота рецидивов требует решения вопроса об оптимизации хирургических вмешательств, направленных на удаление гидром и, самое главное, на предотвращение рецидивов.

Предупреждение гнойно-воспалительных осложнений при нейротравмах

Махматмунинов С.Н., Боймуродов Х.Б., Нафасов Б.Д.

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Цель исследования — снижение частоты послеоперационных гнойно-септических осложнений с помощью антибиотика широкого спектра действия.

Эффективность антибактериальной профилактики изучена по материалам нейрохирургического и реанимационного отделения Кашкадарьинского филиала РНЦЭМП (2009-2011 гг.). У 155 больных произведено оперативное вмешательство по поводу травмы. В качестве профилактики гнойно-септических осложнений до и после операции использовали антибиотики широкого спектра действия — цефазолин, цефамизин, гепцеф и цефтриаксон. Декомпрессивная трепанация с удалением внутри черепной гематомы различной локализации произведена у 84, удаление вдавненно-

го перелома различной локализации — у 36, костно-пластическая трепанация с удалением подострой и хронической гематомы — у 16, удаление посттравматической гидромы — у 12, удаление инородного тела — у 4, удаление посттравматического абсцесса — у 3. Инфекционные осложнения в послеоперационном периоде наблюдались у 5 пациентов.

Таким образом, внутривенным введение антибиотиков широкого спектра действия за 30-35 минут до операции способствует значительному снижению частоты гнойно-септических осложнений, уменьшению сроков антибиотикотерапии и нахождению больных в стационаре.

О профилактике вторичных осложнений тяжелых черепно-мозговых травм

Махматмунинов С.Н., Махкамов К.Э., Аллаев Д.Х.

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Цель исследования - Улучшение исходов лечения больных с тяжелыми черепно-мозговыми травмами (ТЧМТ) путем профилактики вторичных осложнений.

Материал и методы. Ежегодно в Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП с ТЧМТ поступают более 80 больных, из них оперируется 45-50. Ежегодно число больных с этой патологией увеличивается. Согласно статистике

филиала, инфекционные осложнения составляют около 3-3,9%. По литературным данным, осложнения встречаются у 20-35% пострадавших. Уменьшение количества осложнений достигается соблюдением правил асептики и антисептики при проведении оперативных вмешательств, применении антибиотиков перед операцией. Внечерепные осложнения до-

стигают 30% за счет присоединения патологии со стороны органов дыхательной системы. Этому осложнению особенно подвержены больные, длительное время находящиеся на аппаратном дыхании.

Всем больным с ТЧМТ с целью профилактики вторичных осложнений необходимо проводить следующие мероприятия:

- 1)обеспечить полную проходимость дыхательных путей и адекватный газообмен. Коматозные состояние с нарушением дыхания является абсолютным показанием к интубации трахеи и санации дыхательных путей;
- 2)при проведении ИВЛ следует придерживаться тактики комфортного для больного режима респираторной поддержки, чтобы нивелировать отрицательные воздействия ИВЛ на церебральную гемодинамику и ВЧД;
- 3)ранняя трахеостомия показана при отсутствии положительной неврологической симптоматики, наличие стойких псевдобульбарных и бульбарных нарушений, гнойно-воспалительных осложнений для регулярной санации дыхательных путей;

4)необходимо проводить блокаду биологически активных веществ введением ингибиторов протеолиза (контрикал 800-2000 АтрЕ/кг/сутки);

5)энтеральное питание пациентов начинать как можно раньше, но не позднее 72 ч;

6)необходимо проводить нормализацию функции ЖКТ и профилактику стресс-язв;

7)прямым показанием к антибактериальной терапии является наличие ран мягких тканей, открытые проникающие и непроникающие повреждения, СК в после операционном периоде;

8)антибиотикотерапия для профилактики церебральных инфекционных осложнений должна основываться на применении препаратов, проникающих через ГЭБ.

Таким образом, проведение и соблюдение элементарных правил ведения больных с ТЧМТ и применение комплекса профилактических мероприятий позволит значительно снизить процент вторичных инфекционных осложнений и летальность.

Острое отравления фосфорорганическими соединениями

Махмудов А.Ф., Юсупова Д.М., Турдиматов Б.А.

Ферганский филиал РНЦЭМП, Бюро судебно-медицинской экспертизы

В 2009-2011 гг. через токсикологическое отделение Ферганского филиала РНЦЭМП прошли 53 больных с острыми отравлениями фосфорорганическими соединениями (ФОС). Случайные отравления были у 42 (79,2 %), с суицидальной целью — у 11 (20,8 %). Мужчин было 28 (52,8%), женщин 19 (35,8%), детей до 14 лет — 6 (11,3%).

Помощь, которую начали оказывать уже на госпитальном этапе, включала промывание желудка, антидотную терапию. После госпитализации больные получали комплекс антидотной, дезинтоксикационной и реанимационной помощи. В тяжелом состоянии было 9 (17 %), средней степени тяжести 21 (39,6%), легкой степени 23 (43,3 %) пациентов.

Выздоровление наступило у 44 (83 %), остаточные явления (периферическая невропатия, энцефалопатия, пневмония) сохранились у 5 (9,4%). Умерли 4

(7,6%) пострадавших в течение первых суток. Все умершие были подвергнуты судебно-медицинской экспертизе. При макроскопическим и гистологическом исследований трупа обнаружены характерные для отравления ФОС расстройства кровообращения и изменения ткани органов: расширение и полнокровие сосудов, плазморрагии, периваскулярные отеки, очаговые кровоизлияния. При химико-токсикологическом исследовании тканей желудка и печени были обнаружены фосфорорганические соединения.

Выводы: 1. Своевременно оказанная квалифицированная помощь может снизить летальность и инвалидность у больных с острыми отравлениями ФОС. 2. Несмотря на своевременно оказанную помощь при тяжелых отравлениях ФОС летальность и инвалидность среди этих пострадавших остаются высокими.

Профилактика и лечение легочных осложнений при тяжелых черепно-мозговых травмах

Машарипов Б.А., Норматов С. Г., Шениязов С.А., Нурматов И.З.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

В Хорезмский филиал РНЦЭМП в 2000-2011 гг. с травмой головы госпитализированы 3850 больных, из них умерли 150 (3,8%). Мужчин было 97, женщин — 53 в возрасте 12-60 лет. Тяжелая черепно-мозговая травма (ЧМТ) была у 88 (58,6%), сочетанная ЧМТ — у 43 (28,6%), позвоночно-спинномозговая травма (ПСМТ) — у 19 (12,6%). При тяжелой ЧМТ легочные осложнения встречались у 75% больных, при сочетанной травме, особенно с травмой грудной клетки, у 100%. Ателектазы чаще были правосторонними. У больных с длительным нарушением сознания пневмония была двусторонней.

Всем больным проводили раннюю трахеостомию, санационно-диагностическую трахеобронхоскопию, процедуры, улучшающие дренажную функцию трахеобронхиального дерева (небулайзеры, ингаляторы, перкуторный массаж грудной клетки). Ключевым фактором остаётся антибиотикотерапия и методы ее прове-

дения. В нашем центре у больных с легочными осложнениями при ЧМТ практикуется лимфотропная антибиотикотерапия путём введения смеси из цефотаксима 1,0 г, новокаина 0,5% 5.0 мл, дексаметазона 4 мг, гепарина 2500 МЕ паратрахеально по Казанскому в течение 5 дней в сочетании с традиционной антибиотикотерапией с учетом чувствительности к антибиотикам. Большое значение имеет также быстрое устранение гиповолемии и шока, применение низкомолекулярных декстринов, кристаллоидов, улучшение микроциркуляции, улучшение вентиляции лёгких с постоянным положительным давлением, что способствует профилактике ранних лёгочных осложнений.

Прекращение ИВЛ возможно только при улучшении состояния больного, восстановлении сознания до уровня умеренного оглушения, регрессе псевдобульбарной симптоматики.

Выводы. В связи с ранним развитием легочных осложнений больным с тяжелой ЧМТ, особенно в сочетании с травмой грудной клетки, необходимо проведения ранней интубации трахеи или трахеостомии.

Проведение санационно-диагностической бронхоскопии и назначение антибиотиков широкого спектра действия с учетом чувствительности к антибиотикам.

Профилактика ранних гнойно-воспалительных осложнений при открытых черепно-мозговых травмах

Машарипов Б.О., Норматов С.Г., Шениязов С.А., Нурматов И.З.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Цель — сравнительное изучение эффективности антибактериальной лимфотерапии и традиционной антибиотикотерапии.

В 2001-2011 гг. в Хорезмском филиале РНЦЭМП была оказана специализированная помощь больным с нейрохирургической и сочетанной травмой. В 2000-2011 гг. умерли 150 больных, из них 97 мужчин и 53 женщины, в возрасте 12-60 лет. Тяжелая черепно-мозговая травма (ЧМТ) была у 88 (58,6%), сочетанная — у 43 (28,6%), позвоночно-спинномозговая травма (ПСМТ) — у 19 (12,6%). От менингита и менингоэнцефалита умерли 5 (3,3%) больных. Для профилактики применяли комбинированную антибиотикотерапию с парентеральным и интратекальным введением.

Для ранней профилактики гнойно-воспалительных осложнений у 20 больных с открытыми проникающими ЧМТ, с отолкивореями применили лимфотропную антибиотикотерапию, производя однократное введение в течение суток строго подкожно на 1 см ниже и латеральнее сосцевидного отростка височной кости на стороне повреждения. При лечении больных с на-

золиквореей и с переломами нижней челюсти лимфотропное введение антибиотиков производят с обеих сторон на уровне средней трети тела нижней челюсти с подкожным введением смеси в составе: цефотаксим 1,0 г, новокаин 0,5% 5,0, дексаметазон 4 мг 1,0, гепарин 2500 МЕ. Курс лечения 5-7 инъекций. В дальнейшем лечение продолжали парентеральным и интратекальным введением антибиотиков.

Местно использовали также турунды спиртового раствора левомецитина, которые вводились в наружный слуховой проход 2-3 раза в день ежедневно.

У 90% пациентов ликворея травматического генеза на фоне консервативной терапии прекращалась в течение 2-х недель в остром периоде ЧМТ. У этих 20 больных ранних гнойно-воспалительных осложнений не наблюдалось, что указывает на высокую эффективность лимфотропной антибиотикотерапии в сочетании с традиционным лечением.

Вывод. Лимфотропная антибиотикотерапия - высокоэффективный метод профилактики ранних осложнений при тяжелых ЧМТ.

Эпидемиологические аспекты изучения проблемы травматизма

Машарипов К., Нурматов И.З., Ражапов О.С., Машарипов Ж.К.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

При изучении 4276 учетных карт травматологических амбулаторий Хорезмской области выявлено, что основным видом травматизма является бытовой — 2309 (54%), затем производственный — 428 (10%), на долю автотравмы приходится — 513 (12%), криминальной травмы — 440 (10,3%), спортивной травмы 534 (12,5%), остальных видов травмы — 52 (1,2%) случая.

Повреждения, связанные с бытовой травмой, в основном не имели тяжелых последствий и ограничивались ушибами или порезами мягких тканей, тогда как производственные травмы имели тяжелые последствия для пострадавшего. Со спортивными травмами чаще всего обращались учащиеся, получившие травму во время занятий физкультурой и на соревнованиях.

Проанализировав виды травматизма, мы установили, что производственные травмы у рабочих составляли 31%, а бытовые - 45%, у служащих количество производственных травм достигало до 14%. Это объясняется тем, что у рабочих тяжесть травмы связана с большой интенсивностью и тяжестью выполняемых работ, чем у служащих. У пенсионеров, неработающих и инвалидов отмечается высокий удельный вес бытовых травм — 54-60%.

При анализе производственного травматизма следует отметить, что о происшествии врач записывает со слов пострадавшего во время работы, но какие из этих травм непосредственно связаны с производством, практически установить невозможно.

На вид травматизма, характер и частоту немаловажное влияние оказывает также фактор алкогольного опьянения, который является основной причиной авто и криминальных травм — до 68%. Этот травматогенный фактор чаще всего не указывается в диагнозе врачей, определить алкогольное опьянение можно только после лабораторных анализов.

Вывод. Следует повысить уровень просветительной работы о профилактике производственного травматизма. В отчетной документации этого вида травматизма необходимо указывать его связь непосредственно с производством. Высокий уровень потребления спиртных напитков населением оказывает существенное влияние на рост авто- и криминальных травм. С целью экстренного определения алкогольного опьянения необходимо внедрение методов экспресс-анализа в условиях травматологических амбулаторий.

Современная диагностика и хирургическое лечение новообразований головного мозга

Муродова Д.С., Ахмедиев М.М., Махмудова З.С.

Республиканский научный центр нейрохирургии

Трактография головного мозга — диагностический метод, основанный на диффузионно-взвешенной магнитно-резонансной томографии (ДВ МРТ), позволяющий визуализировать ориентацию и целостность проводящих путей головного мозга.

Цель исследования — сопоставление результатов хирургического лечения опухолей головного мозга супратенториальной локализации как с традиционными методами диагностики, так и с результатами диффузионной тензорной магнитно-резонансной трактографии.

Под наблюдением были 90 пациентов, госпитализированных и оперированных в Республиканском научном центре нейрохирургии. 44 пациента составили контрольную группу, у 46 до- и после операции проводилась магнитно-резонансная диффузионно-тензорная трактография. Все больные поступили с традиционными МРТ- или КТ-изображениями. Трактографические снимки показали визуально не только локализацию интересующих пучков белого вещества мозга, но и дали возможность оценить степень их повреждения, смещения, инвазии в опухолевую ткань. Высокую информативность МР-трактография показала в опре-

делении хирургического доступа и планирования объёма оперативной резекции опухоли. У 26 (56,5%) больных основной группы оперативное вмешательство произведено с субтотальным удалением опухоли, у 16 (34,8%) — с тотальным удалением, у 4 (8,7%) была произведена декомпрессивная трепанация черепа и взятие биоптата. У больных отмечались регресс неврологического дефицита, а следовательно, благоприятные функциональные исходы, улучшение качества жизни и увеличение ее продолжительности, неосложненное течение послеоперационного периода. Исход хирургического лечения, оцененный по шкале Ю.А. Орлова (2001) у больных основной группы составил 72,7 балла, психоневрологический статус — 41,8, социальная адаптация — 30,9 балла.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о положительном влиянии ДТ-трактографии на ход и результаты оперативного вмешательства. ДТ-трактография является ценным методом планирования и осуществления безопасного доступа к образованию, а точность методики является достаточной для определения объёма резекции опухоли с максимальным сохранением проводящих путей.

Профилактика нейроортопедических осложнений при операциях на межпозвонковых дисках

Наврузов А.А., Югай А.М., Эргашев Р.Х., Джумаев М.Б.

Сырдарьинский филиал РНЦЭМП

Цель — оптимизация хирургического лечения больных с осложненными грыжами межпозвонкового диска.

Под наблюдением были 268 больных, оперированных по поводу осложненных грыж межпозвонковых дисков. У 124 больных 1-й группы операции проводились без стабилизации позвоночника, 144 больных 2-й группы операции выполнялись со стабилизацией позвоночника: у 110 — с применением титановых кейджей (2А), у 34 — титановых кейджей в сочетании с транспедикулярной системой (2В).

Всем больным проводилась МРТ или МСКТ позвоночника, рентгенологическое исследование позвоночника с функциональными нагрузками с целью выявления уровня и степени нестабильности и смещения позвоночника. Всем больным с целью профилактики тромбоэмболических осложнений проводилась АТЛ-терапия до операции и надевались специальные чулки.

В 1-й группе у 71 больного отмечались различные нейроортопедические осложнения, из них у 53 — нестабильность позвоночника без рецидива грыжи дис-

ка, у 10 — в сочетании с рецидивом грыжи диска. У 8 больных имело место послеоперационное смещение позвоночника. В 1 группы больных активизировали в поздние сроки.

В группе 2А у 3 больных отмечалась миграция титанового кейджа с локальной радикулупатией без неврологического дефицита. В группе 2В больных активизировали рано, они приступали к труду в более ранние сроки.

Выводы. 1. Проведение дополнительных рентгенологических исследований с функциональными нагрузками способствует определению уровня и степени нестабильности позвоночника. 2. Применение титановых кейджей при оперативных вмешательствах на межпозвонковых дисках имеет огромное преимущество в плане профилактики нейроортопедических осложнений. 3. Применение стабилизации с титановым кейджами в сочетании с транспедикулярной системой показало высокую стабилизирующую эффективность и отсутствие нейроортопедических осложнений.

Осложнения лечения переломов костей голени у больных с политравмой и их профилактика

Наркузиев Ф.Н., Шукуруллаев А.Р., Баратов А.Б., Суяров З.

Джизакский филиал РНЦЭМП

Цель — изучение осложнений, возникших при лечении переломов костей голени у больных с политравмой, и их профилактика.

В 2007–2011 гг. в отделении сочетанной и осложнённой травмы Джизакского филиала РНЦЭМП на лечении находились 265 больных с политравмой, из них с доминирующим повреждением костей голени — 90 (34%). У 10 больных переломы костей голени были

сопутствующим повреждением на фоне тяжёлого ушиба мозга или повреждений внутренних органов. Среди пострадавших мужчин было 82 (82%), женщин — 16 (18%), в том числе 8 (9%) детей. У 18 больных (20,5%) наблюдался открытый перелом костей голени, который даёт наибольший процент осложнений. В большинстве случаев остеосинтез осуществлялся на 3–5-е сутки и лишь при открытых, оскольчатых перело-

мах в первые сутки. Экстремедулярный остеосинтез компрессирующими пластинами и шурупами АО выполнен у 42 больных, КДА наложен 14, скелетное вытяжение – 16, гипсовые повязки – 18. У больных с множественными переломами, с наличием противопоказаний к длительному оперативному вмешательству остеосинтез производился упрощенно с помощью 2-х колец КДА в качестве промежуточного этапа.

Возникновение различных осложнений в процессе лечения больных с сочетанной травмой опорно-двигательного аппарата зависит от характера и вида травмы. Так, оперированных нами больных осложнения наблюдались у 14, в том числе образование ложного сустава – у 8 (7,2%), спонгиозный остеомиелит – у 4 (3,6%), перфорация кожи с замедленной консолидацией костных отломков – у 2 (0,9%). Образование ложного сустава наблюдалось после остеосинтеза пластинами при оскольчатых переломах и поперечных переломах в основном при неправильном подборе фиксатора или при несоблюдении больными ортопедического режима. Поэтому максимально стабильный остеосинтез является неотъемлемой частью профи-

лактики образования ложного сустава. Спонгиозный остеомиелит во всех случаях наблюдался при остеосинтезе открытых переломов костей голени КДА. Для профилактики осложнений при наложении КДА мы, наряду со стерилизацией аппарата, широко применяем стерильные чехлы на аппарат, которые меняются ежедневно. При оперативных вмешательствах в более поздние сроки, на 3–5-е сутки, осложнения наблюдались гораздо реже. Это связано с улучшением состояния больных и более детальной подготовкой их к операции. Более раннее и активное проведение остеосинтеза позволяет быстрее выводить больных из критического состояния и производить более раннюю активизацию. Осложнения, развивающиеся в более поздние сроки, являются закономерным итогом борьбы за сохранение жизни им пострадавшим.

Изучение ошибок и осложнений при ведении больных с сочетанной травмой опорно-двигательного аппарата показало, что тактика лечения, обеспечивающая раннее восстановление всех повреждений, является, на наш взгляд, более целесообразной.

Хирургическая коррекция осложнений нетравматических внутричерепных кровоизлияний у детей раннего возраста

Насимов С.Т., Махамов К.Э., Тухтабеков З.Л.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Работа основана на анализе 80 больных детей раннего грудного возраста с НВЧК, находившихся на лечении в отделении нейрохирургии детского возраста РНЦЭМП в 2008–2012 гг. Возраст детей при поступлении варьировал от нескольких дней после рождения до двухмесячного возраста, преобладали дети от 28 до 45 дней от родов. Мальчиков было 62 (77,5%), девочек 18 (22,5%). Больные поступали в клинику сроком от нескольких часов до 9 суток от начала заболевания. Диагностика поражений мозга основывалась на анализе данных анамнеза, результатах исследований неврологического и соматического статуса ребенка, крови, спинномозговой жидкости, методов лучевой диагностики: нейросонографии, КТ, МРТ. Согласно данным КТ-исследований, субдуральные кровоизлияния встречались в 42% случаев, паренхиматозные кровоизлияния – в 25%, субарахноидальные кровоизлияния – в 13%, паренхиматозные кровоизлияния с прорывом крови в желудочковую систему – в 12%, внутримозговые кровоизлияния – в 8%.

В лечении больных детей с ВЖК нетравматической этиологии использовали синдромальный подход. Накопленный опыт показал, что при изолированных ВЖК редко отмечается значительное повышение внутричерепного давления и вентрикулодилатация (у 5% больных), что позволяло ограничиваться люмбальными пункциями для санации ликвора. При паренхиматозном кровоизлиянии с прорывом крови в желудочковую систему и массивных внутримозговых кровоизлияниях (у 10% больных) эти явления, хотя и разной степени выраженности, возникают постоянно. При окклюзии ликворных путей кровяным сгустком гидроцефалия формировалась в первые 3–4 дня и характеризовалась высоким ликворным давлением, быстрым прогрессированием вентрикулодилатации. Ежедневные разгрузочные вентрикулопункции не

обеспечивали достаточного выведения ликвора, не стабилизировали прогрессирование вторичной гидроцефалии, что обосновывало установку постоянного наружного закрытого вентрикулярного дренажа (у 5% больных). Эффективным методом оказалось наружное закрытое дренирование желудочков с контролем величины ликворного давления и объема извлекаемого ликвора. Массивные внутримозговые кровоизлияния с дислокацией желудочков мозга и срединных структур требовали активного устранения этих явлений, что и было осуществлено путем пункционной аспирации кровоизлияния с установкой наружного дренажа. После санации ликвора при стойком прогрессировании гидроцефалии у 12% больных произведены операции вентрикулоперитонеального шунтирования. НВЧК у 32% больных привели к различной степени инвалидности, которая была связана с формированием инцефаломалиционных кист головного мозга и развитием церебральных рубцово-атрофических процессов. Смертность составила 13,8%. Наиболее высокая летальность отмечена в группе больных, у которых имелось сочетание внутримозговых и внутримозговых кровоизлияний с геморрагическим некрозом перивентрикулярного белого вещества мозга или венозным инфарктом.

Выводы. 1. Развитие нарушений ликвороциркуляции является одним из ведущих факторов, ухудшающих результаты лечения при нетравматических внутричерепных кровоизлияниях у детей раннего грудного возраста. 2. Наружное закрытое контролируемое вентрикулярное дренирование – наиболее эффективный метод лечения гидроцефального синдрома окклюзионного характера при нетравматических внутричерепных кровоизлияниях у детей раннего грудного возраста.

Осложнения при переломах трубчатых костей у больных пожилого возраста

Науфетов Д.Д., Еримбетов Д.А., Торемуратов С.Т.
Нукусский филиал РНЦЭМП

Цель исследования — изучение особенностей клинического течения и обоснование применения атравматичных методов лечения при переломах длинных трубчатых костей у больных пожилого возраста.

Под нашим наблюдением в 2011 г. в отделении травматологии Каракалпакского филиала РНЦЭМП находились 90 больных пожилого возраста с переломами длинных трубчатых, из них 60 (66,7%) мужчин и 30 (33,3%) женщин. Городских жителей был 81 (90%), сельских — 9 (10%). Переломы плечевой кости имели место у 8 (8,9%) больных, костей предплечья — у 14 (15,5%), бедренной кости — у 26 (28,9%), костей голени — у 42 (46,7%) больных.

У 60 (66,7%) проведено оперативное, у 40 (33,3%) — консервативное лечение.

У 36 (60%) больных с переломами костей голени произведен чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова и Ткаченко, у 5 (0,5%) с переломом плечевой кости наложен аппарата Илизарова, у 14 (23,3%) больных с переломом бедренной кости выполнена откры-

тая репозиция, интрамедуллярный остеосинтез штифтом ЦИТО, у 7 (11,7%) с переломом костей предплечья — открытая репозиция, интрамедуллярный остеосинтез толстой спицей Киршнера.

В послеоперационном периоде больным назначались курсы физиотерапевтического лечения, что способствовало уменьшению болевых ощущений.

Отдаленные результаты лечения прослежены у 76 (84,4%) больных. Хорошие результаты получены у 64 (71,1%) больных, удовлетворительные — у 10 (11,1%), неудовлетворительные — у 2 (2,7%).

Выводы. 1. При лечении больных пожилого возраста с переломами длинных трубчатых костей необходим строго дифференцированный подход к выбору методики лечения. 2. При лечении переломов длинных трубчатых костей у больных пожилого возраста не следует сужать показания к применению малотравматичных, малозатратных, щадящих организм хирургических методов лечения.

Применение фиброгастродуоденоскопии в комплексном лечении желудочно-кишечных кровотечений у тяжелообожженных

Орипов Д.У., Азизов А.А., Исаков Н.Н.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Несмотря на существенный прогресс, достигнутый в последние годы в лечении тяжелообожженных, такие грозные осложнения ожоговой болезни, как острые эрозивно-язвенные изменения слизистой желудочно-кишечного тракта, приводящие нередко к тяжелым кровотечениям, не потеряли своей актуальности.

Опыт отделения комбустиологии РНЦЭМП Ферганского филиала за 2001-2011 гг. (более 350 тяжелообожженных) свидетельствует о том, что раннюю профилактику и эффективное лечение желудочно-кишечных кровотечений позволяет обеспечить только внедрение в повседневную работу современной эндоскопической аппаратуры. Ежегодно диагностические лечебно-эндоскопические исследования проводятся в клинике более чем у 35 тяжелообожженных, что составляет примерно 8% от общего числа госпитализируемых со свежими ожогами.

Результаты проводимого в последние годы фиброгастродуоденоскопического обследования пострадавших с

глубокими ожогами площадью более 10% поверхности тела свидетельствуют о том, что практически у каждого третьего из них имеются выраженные изменения слизистой различной степени, в большинстве случаев не проявляющиеся клиническими признаками.

Раннее лечебно-диагностическое гастродуоденоскопии при желудочно-кишечных кровотечениях, остром расширении желудка и в других случаях позволяют установить причину осложнения и локализацию источника кровотечения и определить дальнейшую тактику, в том числе и оперативного лечения. В некоторых случаях проводится диатермокоагуляция кровоточащих сосудов, орошения пораженных участков слизистой лекарственными препаратами.

Таким образом, широкое применение в лечебную практику фиброэндоскопических методов обследования обеспечивает раннюю профилактику и эффективное лечение желудочно-кишечных кровотечений.

Проспективный анализ количества летальных исходов у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой

Пахмурин И.Р., Ходжиматов Г.М., Давлатов Б.Н.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

Клинико-диагностические стандарты экстренной медицинской помощи явились основой протокола лечения больных с тяжелой ЧМТ в остром периоде, который в наших условиях включает следующую цепь последовательных действий на важнейших этапах лечения. 1) Оценка состояния жизненноважных функций организма с использованием шкалы APACHE II. 2) С момента доставки в стационар пострадавшего службой скорой помощи параллельно о оценке состоя-

ния жизненноважных функций организма по показаниям проведение необходимых неотложных мероприятий, направленных на поддержание витальных функций. При наличии признаков аспирационного синдрома, нарушения сознания по типу комы, глубокого сопора — немедленная интубация трахеи. 3) При наличии в аспираторе жидкости твердых частиц пищи, прогрессировании острой дыхательной недостаточности показана экстренная лечебно-

диагностическая бронхоскопия. 4) При наличии показаний, которыми служат: коматозное состояние (3-8 баллов по шкале Глазго), гипер- и гиповентиляционный синдром, нарушение ритма дыхания, необходимость в проведении лечебного наркоза, признаки нарастания внутричерепной гипертензии, сопутствующие повреждения грудной клетки, травматической шок II-III ст. ранний перевод больных на ИВЛ. 5) При любых сомнениях в состоянии больного вопрос решается в пользу ИВЛ. 6) При нарушении синхронизации больного с аппаратом ИВЛ в раннем периоде использование мышечных релаксантов и барбитуратов, применение которых обусловлено необходимостью снижения метаболизма мозга. Расчетная доза 2-4 мг/кг в/в болюсом, а затем по 0,5-3 мг/кг в час непрерывно дозатором или болюсом, ориентируясь на клинику: нормализацию температуры тела, уменьшение тахикардии, нормализацию АД, купирование двигательного возбуждения, синхронизацию больного с аппаратом ИВЛ. 7) С целью проведения базисной терапии — стабилизация гемодинамики в нормо- или умеренно гипердинамическом её состоянии, а основные параметры ($SpO_2 > 92\%$, АД сист. $> 100 < 160$ мм рт.ст., водный баланс ± 500 мл, натрий крови 135-145 ммоль/л, Hb > 100 г/л, гематокрит — 30–35%, температура тела $< 37,5^\circ\text{C}$) поддерживали в указанных пределах до выхода больного из тяжелого состояния. Начало антибактериальной терапии не позднее трех часов с момента поступления больного в стационар. 8) Глюкортикоидная и магнезиальная терапия в наиболее ранние сроки, после устранения гиповолемии. 9) Проведение противоотечной терапии при развитии дисло-

кационных синдромов, наличии признаков повышения внутричерепного давления с быстрым ухудшением неврологической симптоматики. С этой целью использовали маннитол из расчета 1 г/кг массы тела. При недостаточном эффекте дополнительно вводился лазикс до 1 мг/кг, а затем гипертонический раствор хлорида натрия 7,5% раствора из расчета 4 мл/кг. 10) Мероприятия по динамическому неврологическому наблюдению и инструментальным методам обследования: обследование невропатолога, рентгенография грудной клетки и черепа в двух проекциях, эхоэнцефалоскопия, компьютерная томография при неясном диагнозе, а также при наличии транспортабельности, люмбальная пункция, если другие методы не давали достаточной информации, лабораторное обследование по стандартной схеме и консультация хирурга. 11) В случаях оперативного лечения больных с ЧМТ при проведении анестезиологического пособия использовали тиопентал натрия, мидазолам, фторотан до 1 об.%, наркотические анальгетики, бензодиазепины, полукоткрытый контур дыхания, режим умеренной гипервентиляции, а после окончания вмешательства перевод в палату интенсивной терапии осуществляли на управляемом дыхании. Продленную ИВЛ продолжали до восстановления сознания.

При изучении динамики результатов лечения больных с ТЧМТ в АФРНЦЭМП четко прослеживается линия тренда на снижение летальности за период применения стандартного протокола в интенсивной терапии вышеуказанного контингента больных, которая за все предыдущие годы составила в среднем 17,4% (1683), а за 8 лет наблюдений снизилась с 21,9% до 15,9%.

Постуральные осложнения при экстренных вертебрологических операциях

Пахмурин И.Р.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Определяющими в выборе анестезиологического обеспечения больных с острой вертебрологической патологией считаются показания к экстренному или отсроченному оперативному вмешательству, которые в свою очередь зависят от степени выраженности или возможности развития постишемических изменений в спинном мозге. К факторам, определяющим выбор тактики анестезиологического обеспечения, относят также невыгодное физиологическое положение на операционном столе, т.к. положение на животе, при котором выполняется основная масса вертебрологических операций, что ведет к сдавлению органов брюшной полости и повышению внутрибрюшного давления, а следовательно, к повышению сопротивления дыханию на вдохе с нарушением вентиляционно-перфузионных соотношений, гипертензии в нижней полой вене и усилению кровоточивости (Парфенов А.Л., 1997). Постуральная гипотензия в условиях анестезии при вертебрологических операциях развивается вследствие недостаточности компенсаторных симпатических реакций и нарушения венозного возврата (Yokoyma M., 1991).

С целью определения оптимального варианта анестезии нами были подвергнуты анализу 33 анестезии при экстренных операциях на позвоночнике, выполненных в положении пациента лежа на животе. Пациенты 1-2 класса ASA (мужчин 29, женщин - 16; возраст $39,2 \pm 6,4$ года) были разделены на 2 группы. У 16 боль-

ных 1-й группы для индукции анестезии использовали 1% раствор тиопенталнатрия 6-8 мг/кг; 17 пациентам 2-й — кетамин 2-3 мг/кг. В период индукции проводили инфузионную нагрузку кристаллоидными растворами 10 мл/кг. Интубацию трахеи в группах выполняли после введения фентанила 2-3 мкг/кг и пипекурония 0,1 мг/кг, изучение постуральных реакций системы кровообращения (АДс, АДд, ЧСС) и регистрацию эпизодов гипотензии (снижение АД менее 90 мм рт.ст. или АДср менее 75 мм рт.ст.) осуществляли на этапах: после индукции, в положении на спине, в положении на животе. Гемодинамику исследовали инвазивным способом с помощью операционного монитора «Митар 01-Р-Д».

Независимо от использованных препаратов для индукции анестезии и несмотря на осторожное, поэтапное перемещение пациентов в ПЖ с укладкой на подготовленные заранее валики, сопровождалось постуральными реакциями гемодинамики, которые не носили критического характера. Тиопенталнатрия и кетамин могут в равной степени использоваться для индукции анестезии при экстренных операциях на позвоночнике в положении пациента лежа на животе. Характер изменений гемодинамики и малая частота развития эпизодов гипотензии позволяют считать кетамин препаратом выбора при вертебрологических операциях.

Атлантоаксиальные дислокации у детей

Перфильев С.В.

Республиканский научный центр нейрохирургии

В нейрохирургических стационарах нередко приходится оказывать помощь детям с атланто-аксиальными дислокациями. При кажущейся, простоте травмы и часто отсутствии проводниковой неврологической симптоматики диагностика патологии нередко происходит несвоевременно, и больные поступают не в первые часы после травмы, а спустя несколько суток с выраженным болевым синдромом.

В течение последних 9 лет в РНЦНХ и лечении находились 28 детей с атланто-аксиальными дислокациями. Детей до 3 лет было 5 (4 мальчика и 1 девочка), от 3-х до 7 лет — 12 (6 мальчиков и 6 девочек), от 7 до 14 лет — 11 (все мальчики). С транслигаментозными подвывихами атланта были 18 больных, с трансдентальным подвывихом атланта — 1, с ротационным подвывихом атланта — 5, с подвывихом головы — 1, с переломовывихом типа «палач» — 1, с подвывихом аксиса — 2.

Все больные прошли полное клинорентгенологическое обследование, включая рентгенографию через рот и при необходимости компьютерно-аксиальную томографию. Лишь у 3 больных выявлены проводниковые неврологические нарушения, а у подавляющего большинства больных болевой синдром, порочное положение головы, скованность и напряжение мышц шеи носили рефлекторно-болевой и рефлекторно-миотонический характер.

При незначительном транслигаментозном, ротационном и трансдентальном подвывихах атланта и аксиса больным проводилась седативная терапия, анальгетики, назначался строгий постельный режим, накладывалось вытяжение за голову малыми грузами. Как правило, релаксация мышц, вытяжение и анальгетики в течение нескольких часов позволяли вправить подвы-

вих, что подтверждалось рентгенологическим контролем. После устранения подвывиха, регресса жалоб, рефлекторно-болевых и рефлекторно-миотонических проявлений больному накладывался воротник Шанца, затем жесткий головодержатель сроком на 2 месяца, и больной в удовлетворительном состоянии выписывался под амбулаторное наблюдение.

При отсутствии эффекта от вытяжения малыми грузами ставился вопрос о хирургическом лечении. В качестве хирургического пособия проводилось одномоментное закрытое вправление подвывиха по Тейлору с анестезиологическим пособием, включающем применение миорелаксантов короткого действия. После вправления больному накладывался воротник Шанца, затем жесткий головодержатель сроком на 2 месяца. При комбинации подвывиха с переломом дужки производилась стабилизирующая операция — наложение титановой металлоконструкции для окципито-атланто-аксиального спондилодеза. В дальнейшем эти больные во внешней фиксации не нуждались.

Наш опыт лечения детей с атланто-аксиальными дислокациями показал, что подвывихи должны быть устранены и по возможности в кратчайшие сроки. При двусторонних подвывихах можно использовать метод длительного вытяжения малыми грузами, а при ротационных — деротационное вытяжение. При наличии переломовывихов больные нуждаются в открытой репозиции и хорошей внутренней фиксации. Операцией выбора является одномоментное закрытое вправление подвывиха, позволяющее в кратчайшие сроки устранить подвывих и добиться регресса жалоб и клинических проявлений. Длительная и надежная внешняя фиксация обязательна всем больным после вправления подвывихов.

К вопросу о качестве жизни больных с повреждениями и некоторыми заболеваниями позвоночника в зависимости от метода стабилизации

Перфильев С.В.

Республиканский научный центр нейрохирургии

Цель исследования — изучение качества жизни как показателя медико-социальной реабилитации больных в зависимости от варианта спондилодеза у больных с травматическими повреждениями, дегенеративными заболеваниями и опухолями позвоночника.

Работа основана на клиническом наблюдении за 270 больными в возрасте от 3 до 74 лет, находившихся на лечении в РНЦНХ в 2005-2010 гг. Изучена эффективность стабилизирующих операций у больных с травматическими повреждениями шейного, грудного, поясничного отделов позвоночника, дегенеративными заболеваниями и опухолевыми поражениями. Качество жизни больных определяли по шкале Карновского.

Динамическое наблюдение через 6 и 12 месяцев после операции показало, что применение фиксирующих систем позволяет приступить к ранней реабилитации и отказаться от дополнительной внешней иммобилизации. Показания к межостистому и междужковому спондилодезу в настоящее время значительно сужены (эффективны при разрывах капсульно-связочного ком-

плекса заднего полукольца и сохранности опороспособности в телах позвонков и межпозвонковых дисках). Системы типа «кейдж» эффективны у больных с операционной сегментарной нестабильностью: с разрывами межпозвонковых дисков при вывихах без разрыва капсульно-связочного аппарата заднего опорного комплекса, при шейном остеохондрозе и спондилолистезах I степени.

Показатели качества жизни зависели от многих причин, главной у которых является характер и глубина повреждения спинного мозга. Однако применение погружных систем внутренней фиксации позвонков значительно улучшает качество жизни и процесс медицинской реабилитации — практически с 1-го дня после операции (в среднем от 10 до 20% по шкале Карновского) при травматических повреждениях и шейном остеохондрозе. А у больных с опухолевым поражением тел позвонков (при минимальной заинтересованности спинного мозга) качество жизни улучшается вплоть до 60-80% по шкале Карновского.

К вопросам профилактики послеоперационных осложнений у нейрохирургических больных

Пирназаров Д.А., Агзамов М.К.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Цель исследования — анализ интраоперационного использования антибиотика широкого спектра для профилактики осложнений после нейрохирургических операций.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 65 больных с различной нейрохирургической патологией, из них 41 мужчина и 24 женщины в возрасте от 15 до 63 лет. С черепно-мозговой травмой было 48 больных, с позвоночно-спинномозговой травмой — 17.

Больные были разделены на 2 группы: основную (35) и контрольную (30). Всем больным основной группы за 30-40 минут до начала операции внутривенно вводили антибиотик широкого спектра действия, через 1 ч от начала операции — еще одну дозу. Чаще всего использовали цефалоспорины 4-го поколения цефепим.

Больным контрольной группы до начала операции и во время операции антибиотик не вводили. В послеоперационном периоде все больные получали комбинированную антибиотикотерапию, включающую цефепим и левофлоксацин в течение 5-6 суток.

Результаты. После проведенного лечения у всех больных основной группы послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Каких-либо послеоперационных осложнений не отмечалось. Нагноение послеоперационной раны наблюдалось у 4 больных контрольной группы.

Таким образом, превентивное применение антибиотика до- и во время оперативного вмешательства позволило предупредить гнойно-воспалительные осложнения в послеоперационном периоде.

Ожоговое поражение IV степени костей и суставов и их осложнения

Раджабов У.А., Шакиров Б.М., Аминов У.Х., Хакимов Э.А., Карабаев Ж.Ш.

Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самаркандский межобластной ожоговый центр

Среди термических поражений различных участков тела первое место занимают ожоги конечностей. Часто термические ожоги вызывают необратимые изменения в тканях поражённой конечности, что приводит к нарушению функции внутренних органов и обменных процессов в организме пострадавших, развитию сепсиса, обусловленного наличием гнойно-некротических ожогов. Поэтому иногда с целью уменьшения интоксикации, предотвращения развития сепсиса, спасая жизнь больных, приходится прибегать к ампутации поражённой конечности.

Необходимо различать первичные и вторичные остеонекрозы. Первичные возникают в результате непосредственного воздействия на кость высокотемпературного агента или электрического тока. Гибель костных структур при этом наступает сразу. Вторичные остеонекрозы развиваются в более поздние сроки и обусловлены ангио- и нейротрофическими нарушениями в кости в результате гибели мягких тканей, окружающей кость, в первую очередь надкостницы. Ведущую роль в возникновении вторичных остеонекрозов играют нарушения кровоснабжения отдельных участков кости. Обычно нежизнеспособность обожженной поверхности становится ясной на 4-6-й день после ожога.

Материал и методы. Под нашим наблюдением с

ожогами конечностей в комбустиологическом отделении СФ РНЦЭМП лечились 249 обожженных в возрасте от 4 месяцев до 73 лет.

Результаты и обсуждение. Признаки явного нарушения кровообращения в конечности при ожогах диагностированы у 3 больных на 4-й день с момента травмы, у 5 — на 5-6-й день и у 2 пострадавших с влажным некрозом конечности демаркационная линия на уровне средней трети предплечья определялась на 8-й день с момента травмы.

Показания к первичной ампутации конечности явился сепсис, источником которого были гнойно-некротические очаги в области поражённой конечности, у 1 обожженного — аррозивное кровотечение из артерии. У 10 больных выполнено 11 ампутаций: ампутация стопы — у 4, операция н/3 голени — у 3, бедра — у 1, предплечья — у 3. Несмотря на ранние сроки оперативных вмешательств, умерли 3 больных. Среди выздоровевших 2 больным установлена I группа инвалидности, 5- II группа.

Выводы. Показания к ампутации конечностей должны быть основаны на ранней диагностике глубины и поражения ожогов и оценке тяжести общего состояния пострадавшего.

Современный диагностический метод остеонекрозов костей свода черепа у обожженных

Рузимуратов Д.А., Фаязов А.Д., Ажиниязов Р.С.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Повреждение костей свода черепа является одним из тяжелых поражений у обожженных, специфичность течения которого обусловлено значительной глубиной омертвления, поражением окружающих ожоговую рану тканей. Зачастую такие повреждения возникают под воздействием электрического тока высокого напряжения. Поражения мягких тканей свода черепа может привести к деструкции костей с нарушением кровообращения и гибелью надкостницы. У таких пациентов чаще всего наблюдается первичное поражение костей свода черепа.

Для определения тяжести поражения и выбора рациональной лечебной тактики важно оценить состояние костной ткани на основании совокупностей клинических и рентгенологических признаков. Главным из них является характерный вид некротического струпа мягких тканей, его припаянность костной ткани.

Рентгенологически границы остеонекроза выявляются через 5-6 недель и позже. Нередко возникают трудности в оценке степени повреждения костной ткани, что требует использования более совершенных методов диагностики.

В отделении комбустиологии под нашим наблюдением были 28 больных в возрасте от 1 года до 65 лет с остеонекрозами костей свода черепа электротермической этиологии. Изолированные некрозы костей свода черепа имели место у 19 (67,9%) пострадавших, у 9 (32,1%) они сочетались с ожогами других локализаций площадью от 5 до 80% поверхности тела. Для количественной оценки поражений костей свода черепа использовали метод рентгенодистометрии прибором x-Rite GMBH производства США. В начале выполнялась качественная рентгенологическая оценка очага по следующим критериям: размер, площадь, состояние контуров некроза, состояние окружающих мягких и костных тканей. Затем проводилось рентгеноденсито-

метрия снимков в различных участках: зоне некроза, зоне, прилегающей к некрозу, и на участках здоровой кости. Для статистической обработки измерения в каждой из зон проводились трехкратно. Найдено, что в зоне некроза практически отсутствует минерализация кости, которая постепенно переходит в нормальную. По этим результатам проводилась оценка степени регенерации кости после активной стимуляции регенерации кости (наложение фрезевых отверстий).

Таким образом, проведенное рентгенологическое исследование позволило более объективно оценить результаты лечения по изменению плотности костной ткани в зоне ожогового поражения.

Особенности лечения тяжелых сочетанных травм костей и магистральных сосудов нижних конечностей

Сайдалиев З.Р., Хакимов Р.Н., Ахмедов Р.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

средняя частота ампутаций при травматических повреждениях нижних конечностей в среднем составляет от 8,4 до 22,4%, летальность достигает 1,3–9,5%, частота реампутаций равна 10,5% от выполненных ампутаций. При этом летальность среди пациентов, которым выполнялись реампутации, возрастает до 35,5%. Основными причинами реампутаций являются гнойные осложнения раневого процесса. Нередко пострадавшие с тяжелыми, обширными механическими повреждениями мягких тканей погибают не от шока и кровопотери, а от присоединившихся местных и общих инфекционных осложнений.

В 2001–2011 гг. в РНЦЭМП на лечении находились 119 больных с сочетанными повреждениями анатомических структур нижних конечностей, из которых у 72 (60,5%) диагностирована костно-сосудистая травма. Большинство повреждений локализовались в области голени (54,2%) и бедра (26,4%). Повреждение обеих нижних конечностей было диагностировано у 18 (25%) больных. 34 (47,2%) пострадавших были проведены восстановительно-реконструктивные операции, включающие последовательные этапы остеосинтеза и реваскуляризации ишемизированной нижней конечности. У 38 (52,8%) пациентов из-за значительного разрушения поврежденных сегментов, и отсутствия условий для выполнения реконструктивных операций была выполнена первичная ампутация. У 29 (85,3%) из 34 больных, которым были выполнены реконструктивные вмешательства, отмечалось адекватное восста-

новление кровообращения. У 5 были диагностированы ранние тромбозы анастомозов, у 3 — обширные гнойно-некротические осложнения в разможенных тканях нижней конечности. Погибли 7 (9,7%) больных, в основном с тяжелыми политравмами.

Оценка жизнеспособности мягких тканей во время оперативного вмешательства на конечности определяет объем некрэктомии и уровень ампутации. При выборе уровня ампутации важным фактором является стремление хирурга сохранить возможно большую часть конечности при условии, что культя будет пригодной для протезирования. Риск оставления нежизнеспособных тканей грозит гнойно-некротическими осложнениями, влияющими на исход заболевания. Однако до сих пор при определении жизнеспособности тканей хирург, полагаясь на свой опыт, ориентируется на их макроскопические изменения. Выбор оптимального уровня ампутаций определяется на основе выявления границ жизнеспособной и нежизнеспособной ткани. До настоящего времени ни один из методов оценки жизнеспособности мягких тканей не нашел широкого применения в практике. Для выбора уровня ампутации у больных с тяжелыми сочетанными повреждениями костей и сосудов необходим индивидуальный и дифференцированный подход, позволяющий снизить летальность и в значительном количестве случаев при ампутации сохранить коленный сустав, что приводит к лучшей реабилитации пациентов с ампутированными конечностями.

Лечение и реабилитация послеоперационного рефлекторного мышечного спазма у больных с грыжами поясничных межпозвонковых дисков

Саидов С.С., Норов А.У., Мирзабаев М.Д., Холбоев У.Б.

Ташкентская медицинская академия, Республиканский научный центр нейрохирургии

Под нашим наблюдением находились 57 (4%) больных, течение послеоперационного периода у которых осложнилось рефлекторно-тоническим синдромом. Рефлекторно-тонический синдром — одно из частых послеоперационных осложнений, возникающих в ответ на нестабильность после ламинэктомии, дискэктомии и/или фасетэктомии. Клинически характеризуется схваткообразными болями в окружающих оперированный сегмент мышц, усиливается при

незначительных ротационных движениях. Это осложнение резко ограничивает активность больных и препятствует проведению ранних реабилитационных мероприятий (ЛФК, физиолечение).

С целью устранения рефлекторно-мышечного спазма в послеоперационном периоде мы в течение многих лет используем миорелаксанты центрального действия. Подавляющее большинство миорелаксантов центрального действия обладают существенными по-

бочными эффектами, такими как седативный эффект, симптомы нарушения сознания, головокружение, ухудшение координации, слабость, синдром отмены, антихолинергические неблагоприятные реакции.

Препарат мидокалм («Гедеон Рихтер») не обладает вышеуказанными побочными действиями. Мидокалм — центральный миорелаксант, содержащий в качестве действующего вещества толперизон. Основным действием этого препарата является миорелаксация центрального генеза и улучшение периферического кровообращения. Вследствие этих действий препарата возникают расслабление скелетных мышц и периваскулярной мускулатуры, снижается агрегация тромбоцитов, появляется местноанестезирующее действие. Снижая мышечный тонус, мидокалм облегчает произвольные действия, не вызывая при этом мышечной слабости. За счет снижения тонуса мышц мидокалм оказывает непрямой анальгезирующий эффект и, обладая мембраностабилизирующими свой-

ствами и влияя на неопиоидную нейрональную систему, проявляет прямое анальгезирующее действие, а также местноанестезирующую активность. Мидокалм улучшает кровоснабжение в ишемизированных тканях за счет снижения тонуса скелетных мышц; являясь Н-холинолитиком, оказывает и прямое сосудорасширяющее действие, улучшая крово- и лимфообращение.

Мидокалм применялся в дозе 450 мг в сутки вместе с противовоспалительными и антигистаминными препаратами в течение 21 дня. Регресс рефлекторно-тонического синдрома наступал на 8-14-е сутки после применения мидокалма.

Выводы. Релаксирующее и анальгетическая эффективность мидокалма в ближайшем послеоперационном периоде у пациентов с рефлекторно-тоническим мышечным спазмом позволяет не только сократить длительность стационарного лечения, но и рано начинать реабилитацию этих больных.

Профилактика и лечение осложнений тяжелых сочетанных черепно-мозговых травм

Сайпиев А.С., Пармонов С.Т., Жураев З.А.

Навоийский филиал РЦНЭМП

В 2007-2011 гг. в отделениях реанимации и сочетанных травм Навоийского филиала РЦНЭМП на стационарном лечении находилось 445 пострадавших с сочетанными травмами. Из них сочетанные с черепно-мозговой травмой отмечалось у 340 (76,5%), тяжелые сочетанные черепно-мозговые травмы диагностированы у 171 (50,1%) пациента. При наличии нестабильных переломов костей конечностей применяли остеосинтез костей в раннем периоде.

Для профилактики и лечения легочных осложнений широко применяли антибиотики широкого спектра действия в сочетании с сульфаниламидными препаратами, пассивную и активную дыхательную гимнастику, регулярную бронхосанацию, оксигенотерапию, тщательный уход за трахеостомической трубкой, эндотрахеальную инсоляцию антибиотиков, ферментов, гормонов. Профилактику нарушений микроциркуляции осуществляли с помощью антикоагулянтов и ан-

тиагрегантов (гепарин, фраксипарин). С целью профилактики воспалительных осложнений головного мозга эндолумбально вводили антибиотики 4-го поколения, старались своевременно устранить ото- и риноликворею. Для профилактики жировой эмболии широко применяли раствор эссенциале и липостабила внутривенно.

Среди больных с тяжелыми сочетанными черепно-мозговыми травмами легочные осложнения наблюдались у 89 (52,1%), тромбоэмболические осложнения — у 9 (5,2%), менингеальные (воспалительного характера) осложнения — у 12 (7%), жировая эмболия — у 7 (4%). Летальность при тяжелых сочетанных черепно-мозговых травмах составила 27% (46 б-х).

Таким образом, своевременная профилактика и лечение возможных осложнений при тяжелых сочетанных черепно-мозговых травмах способствует улучшению результатов лечения.

Лечение нейродистрофических осложнений после переломов дистальной части лучевой кости

Сайпиев А.С., Худойбердиев П.К., Хужакулов У.Б.

Навоийский филиал РЦНЭМП

Одним из тяжелых осложнений переломов дистальной части лучевой кости является нейродистрофический синдром, или так называемый «синдром Зудека». В основе данного осложнения лежит нарушение микроциркуляции. Причинами нарушения микроциркуляции может служить выраженный отек в дистальном отделе предплечья и кисти, не репонированные костные отломки, а также прижатие карпального канала гипсовой повязкой.

В течение 2006-2011 гг. мы наблюдали 42 больных с нейродистрофическими осложнениями после переломов дистальной части лучевой кости, из них 37 (88%) женщин возрасте от 40 до 55 лет и 5 (12%) мужчин. Данная патология клинически проявляется болями в области лучезапястного сустава, кисти и нижней трети предплечья, отеками и нарушением функции пальцев кисти и лучезапястного сустава. Рентгенологически выявлен выраженный остеопороз дистального эпиме-

тафиза лучевой кости, костей запястья и кисти. При рентгенологическом исследовании шейного отдела позвоночника, у 31 пациента обнаружены признаки шейного остеохондроза различной степени выраженности. После установления диагноза нейродистрофического синдрома дистального эпиметафиза лучевой кости схему лечения подбирали индивидуально. Лечение состояло из медикаментозных средств и физиотерапевтических процедур. Больным назначали спазмолитики, нестероидные противовоспалительные средства, витамины группы В, сосудорасширяющие препараты, из числа физиотерапевтических процедур — магнитолазерную терапию, электрофорез хлористого кальция, ультразвуковую терапию с гидрокортизоновой мазью, массаж конечности, ЛФК. После проведения первого курса лечения, улучшение отмечалось у 37 (88%) больных. Клинически оно проявлялось уменьшением болей и отека в области дистальной части пред-

плеча и кисти, восстановлением и движений в пальцах кисти. В последующем второй и третий этап лечения проводили в амбулаторных условиях.

Через 6 месяцев осмотрен 31 (73%) пациент. У 22 больных отмечалось восстановление движений в кистевом суставе и пальцах кисти. У 10 (22,5%) больных сохранялись умеренные ночные боли, периодическое появление отеков на дистальной части предплечья,

функция захвата кисти полностью не восстановилась.

Таким образом, необходимо отметить что при переломах дистального эпиметафиза лучевой кости часто наблюдается нейродистрофический синдром. Своевременная диагностика и проведение комплексного патогенетического лечения дает положительные результаты.

Отдаленные осложнения оперативного лечения длинных трубчатых костей

Сайшиев А.С., Худойбердиев П.К., Хужакулов У.Б., Сувонов Н.О.

Навоийский филиал РНЦЭМП

Различные отдаленные осложнения после оперативных вмешательств на трубчатых костях нередко являются причинами инвалидности, а иногда требуют повторных корригирующих операций.

В отделении сочетанных травм Навоийского филиала РНЦЭМП в 2008 – 2010 гг. выполнено 1470 различных оперативных вмешательств у пострадавших с травмами и заболеваниями опорно-двигательной системы. У 357 (23,7%) пациентов произведен первичный остеосинтез длинных трубчатых костей, в том числе остеосинтез плечевой кости – у 45 (12,6%), остеосинтез костей предплечья – у 135 (37,8%), бедренной кости – у 69 (19,3%), костей голени – у 108 (30,2%).

Экстрamedулярный металлоостеосинтез осуществлен у 139 (39,2%), интрамедулярный – у 218 (61%) больных. Из числа оперированных больных женщин было 132 (36,9%), мужчин – 225 (63,1%). В возрасте 16-18 лет были 36 (10%), 19-44 года – 167 (46,8%), 45-59 лет – 87 (24,4%), 60 лет и старше – 67 (18,8%) пациентов. До 6 ч с момента поступления оперирован 51 (14,3%) больной, до 24 ч – 67 (18,8%), в 1-3-е сутки – 174 (48,7%), позднее 3-х суток – 65 (18,2%).

Отдаленные осложнения изучены в сроки от 6 месяцев до одного года у 321 оперированного больного.

Осложнения наблюдались у 44 (13,8%) больных, в том числе ложные суставы и несросшиеся переломы – у 12, переломы металлопластин и стержней – у 19, воспалительные осложнения (остеомиелиты) – у 10, повторные переломы – у 7.

Причинами возникших осложнений послужили неправильный выбор металлофиксатора, а также ошибки в технике операции; переломы металлопластин и стержней наблюдались при нестабильных многооскольчатых переломах с раздроблением кортикального слоя, а также несоблюдение ортопедического режима, то есть недостаточная внешняя иммобилизация конечностей, ранняя нагрузка до начала консолидации перелома. Развитию воспалительных осложнений костей способствовали нежизнеспособные костные отломки при многооскольчатых переломах, наличие в организме больного очага инфекции или внесение инфекции при травмах извне.

Таким образом, правильный подбор металлоконструкций, хорошая оперативная техника, соблюдение правил асептики и антисептики способствуют уменьшению отдаленных осложнений на оперированных костях.

Профилактика ближайших осложнений в лечении больных с множественными повреждениями плюсневых костей

Сафаров М.Н., Тошев Б.Р., Муминов А.Ш., Бобоев Ш.А.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Стопа, являясь одной из самых сложных биоконструкций человека, выполняет ряд необходимых для передвижения человека в пространстве функций, в том числе опорную, балансирующую и толчковую. Количество неблагоприятных исходов у больных с множественными повреждениями плюсневых костей составляет 25,7-32,4% и характеризуется длительным периодом восстановления.

Цель исследования — оптимизация результатов лечения больных с множественными повреждениями плюсневых костей.

В 2009-2011 гг. на лечение в нашем центре находились 17 больных (42 плюсневых кости) с повреждениями двух и более плюсневых костей. 13 больных в момент травмы находились в расцвете творческой и трудовой деятельности ($37 \pm 3,2$ года). Причиной травмы у 11 из них было падение тяжести на стопу, у 5 — дорожно-транспортные происшествия, у 1 — кататравма. Основной задачей в первые сутки после травмы была борьба с посттравматическим отеком стопы, основанная на принципах комплексного, патогенети-

ческого воздействия на процесс, в том числе назначение препаратов, улучшающих микроциркуляцию в мягких тканях (реополиглюкин, пентоксифиллин, мочегонные препараты — торсид, верошпирон), противовоспалительный препарат с доказанным фармакологическим действием L-лизина эсцинат 0,1% 10 мл, аппликации салфеток пропитанных противоотечными смесями, приготовленными на основе диметилсульфона, сеансов УВЧ-облучения мягких тканей. После регресса отека и улучшения состояния мягких тканей больному проводилось оперативное лечение, заключавшееся в стабильной фиксации костных отломков. Сложность хирургического воздействия заключалась в правильном выборе оптимального способа оперативного доступа к плюсневым костям, позволяющем не только в достаточной мере визуализировать манипуляционное поле, но и избежать в последующем некроза кожного лоскута, «капризного» в отношении заживления на стопе. После использования рекомендованных способов доступа к плюсневым костям, в том числе продольных интраоссальных и поперечных, мы пришли к

выводу, что наиболее удачным является S-образный разрез, сочетающий положительные стороны обоих способов, при этом подчиняющийся законам силовой растяжимости кожи на стопе. Особенностью этого способа является обязательное соблюдение следующей закономерности: основание волны должно по длине соответствовать ее радиусу, что позволит сохранить в лоскуте осевое кровоснабжение и предотвратить развитие некроза подлежащих тканей.

Ближайшие результаты лечения изучены в сроки от 14 до 60 дней у всех больных. Нагноение послеоперационных ран не наблюдалось, краевые некрозы

зафиксированы у 2 пациентов. Более быстрый регресс межтканевого отека стопы в до- и послеоперационном периоде, отмечался у больных, у которых применяли предложенный нами алгоритм лечения.

Таким образом, алгоритм комплексного патогенетического противоотечного воздействия на поврежденную стопу, в основе которого лежит применение L-лизина эсцината 0,1% 10 мл, позволяет сократить срок регресса отека. Модифицированный способ S-образного оперативного доступа к костям плюсны позволяет минимизировать риск развития некроза кожного лоскута и сократить период заживления раны.

Профилактика кардиотоксических осложнений с применением β -адренергических блокаторов в лечении острых отравлений амитриптилином

Сафаров Х.О., Шодиев А.С., Хусенов О.Н.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Особый интерес представляют острые отравления психофармакологическими медикаментами, занимающие лидирующее место в структуре острой химической болезни. Наибольшую опасность с точки зрения наблюдаемых осложнений и высокой летальности имеют отравления трициклическим антидепрессантом — амитриптилином, обладающим выраженным кардиотоксическим эффектом и отличающимся чрезвычайно длительной токсикогенной фазой. В основе токсического действия препарата на сердце лежит специфическое поражение кардиомиоцитов.

Цель исследования — обоснование подхода к профилактике и лечению сердечно-сосудистых нарушений при острых отравлениях амитриптилином с учетом основных патофизиологических механизмов кардиотоксического действия ядов.

Материал и методы. Проанализированы результаты обследования и лечения 25 пациентов с острым отравлением амитриптилином, находившихся в отделении токсикологии и экстракорпоральной детоксикации Бухарского филиала РНЦЭМП в 2010-2011 гг. Средний возраст пациентов $36,4 \pm 1,2$ года, женщины было 18 (72%). Основной удельный вес острых отравлений приходится на возрастную группу 26-40 лет и лишь 8% пострадавших были старше 60 лет. 96% пациентов лечились впервые. Анализ ритмической деятельности сердца при поступлении проводился электрокардиографией (ЭКГ), дополнительно фиксировали изменения в проводящей системе сердца, что позволило обнаружить повреждения в миокарде. ЭКГ-мониторирование производили ежедневно, в следующем — по показаниям. У всех пациентов наблюда-

лась синусовая тахикардия, частота сердечных сокращений составляла в среднем 110 ± 10 ударов в минуту.

Результаты. Контрольную группу составили 10 пациентов, у которых применяли общепринятую интенсивную терапию. В исследуемую группу включены 15 пациентов, которым с первых часов лечения в состав интенсивной терапии для купирования тахикардии дополнительно были включены β -адренергические блокаторы: анаприлин по 10-40 мг или атенолол по 25-100 мг в сутки. Препараты отменяли после нормализации состояния в среднем на 2-3-и сутки от момента госпитализации.

У 5 пациентов контрольной группы наступило нарушение сердечной проводимости, из них атриовентрикулярная блокада отмечалась у 2 (8%), внутрижелудочковая — у 3 (10%). Более серьезные нарушения ритма, желудочковые тахикардии и частые экстрасистолы купировались назначением внутривенно лидокаина по 80-120 мг. У пациентов, получавших с первых часов после поступления β -адренергические блокаторы, удалось предупредить остро возникающие расстройства ритма и проводимости сердца в токсикогенной фазе отравления. Так, у пациентов в исследуемой группы с острым отравлением амитриптилином кардиотоксических осложнений не наблюдалось.

Таким образом, с целью профилактики кардиотоксических осложнений у пациентов с острыми отравлениями амитриптилином рекомендуется с первых часов после поступления в комплекс лечения включать β -адренергические блокаторы, что способствует значительному снижению кардиотоксических осложнений в токсикогенной фазе отравления.

Оценка резервного пространства черепа при внутричерепных кровоизлияниях у лиц пожилого и старческого возраста

Сойибов И.Э., Мирзабаев И.Д.

Республиканский научный центр нейрохирургии

Цель исследования — оценка влияния резервного пространства на течение и выбор тактики лечения травматических внутричерепных кровоизлияний у больных пожилого и старческого возраста.

Материал и методы. Под наблюдением находились 174 больных в возрасте от 60 до 82 лет, госпитализированных в 2005-2011 гг. в Республиканский научный центр нейрохирургии с тяжелой черепно-

мозговой травмой. Всем больным проведены клиническо-неврологические, нейроофтальмологические, нейрофизиологические и КТ (МРТ) исследования. У 136 больных на КТ обнаружена субдуральная, у 18 эпидуральная, у 20 — внутримозговая гематома.

Результаты и обсуждения: Распределение пострадавших в зависимости от объема внутричерепной гематомы по данным первичной КТ: менее 30 мл — 12

(6,89%); 31-40 мл – 34 (19,54%); 41-50 мл – 25 (14,37%); 51-60 мл – 17 (9,77%); 61-70 мл – 14 (8,05%); 71-80 мл – 8 (4,59%); 81-90 мл – 24 (13,79%); 91-100 мл – 12 (6,89%); Более 100 мл – 28 (16,09%). Распределение пострадавших в зависимости от объема резервного пространства черепа по данным расчетов первичной КТ: 95±0,82 мл – 12 (6,89%); 98±0,36 мл – 28 (16,09%); 100±0,73 мл – 43 (24,71%); 102±0,52 мл – 32 (18,39%); 104±0,24 мл и выше – 59 (33,91%). Не выявлена корреляционная связь между величиной объема гематомы и состоянием сознания больных ($p < 0,05$). Обнаружена прямая связь между величиной резервного пространства и общим состоянием больного при поступлении ($R = 0,4013$, $N = 75$, $p = 0,001$). Анализ дислокационного синдрома с учетом резервно-

го пространства и объема гематомы: наличие анизокории – 36 (РПЧ 96±0,138 мл); отсутствие анизокории – 118 (РПЧ 103±0,356 мл); Дислокационные симптомы – I стадия (24-96±0,445 мл); II стадия (12-95±0,013 мл); II и IV стадии – нет. Установлена зависимость между величиной резервного пространства и выраженностью симптомов дислокации ($r = 0,42$).

Выводы. 1. При ЧМТ с внутримозжечковыми кровоизлияниями у больных пожилого и старческого возраста изменение резервного пространства имеет большее значение, чем объем внутримозжечковой гематомы. 2. Величину РПЧ необходимо учитывать при выборе вида оперативного вмешательства и клиническом прогнозировании ЧМТ.

Профилактика поздних осложнений у больных с острыми отравлениями уксусной кислотой тяжелой степени

Стопницкий А.А., Акалаев Р.Н.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Тяжелые острые отравления уксусной кислотой характеризуются развитием поздних осложнений, наиболее опасными из которых являются поздние пищеводно-желудочные кровотечения (ППЖК) и рубцовый стеноз пищевода. Эти осложнения нередко приводят к гибели или инвалидизации пациентов, поэтому в РНЦЭМП разработан ряд профилактических мер на ранних стадиях острого отравления.

Цель исследования — оценка эффективности разработанных механизмов профилактики поздних осложнений при острых отравлениях уксусной кислотой тяжелой степени.

Материал и методы. В исследование включены 278 пациентов с острым отравлением уксусной кислотой тяжелой степени, поступивших в отделение токсикологической реанимации РНЦЭМП в 2006-2011 гг. Возраст больных колебался от 17 до 55 лет. Уровень свободного гемоглобина в крови — от 7,2 до 32,4 г/л. Пациентов разделили на 2 группы: 1-я группа – 128 больных, поступивших в 2010-2011 гг., 2-я группа – 150 пациентов, поступивших в 2006-2009 гг. Больные основной (1-я) группы получали интенсивную терапию согласно усовершенствованному алгоритму, включающий препараты, улучшающие микроциркуляцию (реосорбилант, рефортан) с момента поступления в течение 3-5 дней с момента отравления, высокие дозы глюкокортикостероидов в течение 21-28 дней, инъекции цитофлавина по 20,0 мл/сутки, актовегина по 10,0 мл в/в 2 раза в сутки в течение 15-20 дней, коррекцию энтерального питания путем применения сбалансированной пищевой белковой смеси («Атлант») по 100 г 3 раза в сутки. Перорально больные принимали также электроактивированный раствор кальция (католит) по 150-200 мл 3-4 раза в сутки.

Пациенты группы сравнения (2-я) получали традиционную интенсивную терапию. У всех пациентов определяли уровень свободного гемоглобина в крови и моче при поступлении и в динамике в 1-2-е сут., общий анализ крови с развернутой лейкоформулой на 3-4-е сут. и в динамике, биохимические анализы крови (определение уровня общего белка, мочевины, креатинина, билирубина, АлТ, АсТ); маркеры эндотоксикоза (СМ, ЛИИ, ИСН), коагулограмму (ПТИ, фибриноген, ВРП), ВСК; проводили эндоскопическое исследование

пищевода и желудка в 1-2-е сутки и в динамике в зависимости от тяжести состояния, рентгенографию органов грудной клетки, УЗИ печени и почек.

Результаты. В 1-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 покрыта рыхлым фибринозным налетом. Субъективно пациенты ощущали значительное затруднение и боли при глотании воды или жидкой пищи, обильное слюновыделение. Такая клиническая картина соответствовала II-III степени химического ожога.

На 7-8-е сутки у больных основной группы наблюдалось исчезновение фибринозного налета, гиперемия и отечность слизистых уменьшались уже в 1-е сутки, в значительной степени купировался болевой синдром, на 2-3-и сутки больные могли свободно потреблять жидкую и полужидкую пищу. На фоне традиционного лечения у пациентов к 7-м суткам сохранялись все признаки фибринозного воспаления, что проявлялось сохранением сильного болевого синдрома, слюнотечения и затруднения глотания пищи.

На 7-10-е сутки у больных 1-й группы отмечалось активное развитие пролиферативного процесса по всей слизистой ротоглотки, пищевода и желудка, что подтверждалось ЭГДС. У пациентов группы сравнения, в эти сроки сохранялся фибринозный налет, отечность, а пролиферативный процесс был выражен в меньшей степени. Субъективно у пациентов 2-й группы наблюдались сильные болевые ощущения при глотании жидкой пищи, в то время как больные испытываемой группы уже переходили на диетический стол №1а.

В динамике из общего числа пациентов основной группы только у 11 (8,5%) отмечалось появления позднего пищеводно-желудочного кровотечения (ППЖК), а рубцовая стриктура развилась у 17 (13,2%). Среди пострадавших 2-й группы ППЖК развились у 29 (19,3%), а рубцовая стриктура у 40 (26,75%), что больше, чем в основной группе в соответственно 2,3 и 2,1 раза. Летальность в 1-й группе составила 9,3%, во 2-й – 17,9%. Продолжительность госпитализации у больных основной группы в среднем 14,9±1,8 дня, группы сравнения – 23,3±1,4.

Выводы. Внедрение усовершенствованного алгоритма интенсивной терапии в комплексное лечение острых отравлений уксусной кислотой – эффективная

мера в профилактики поздних осложнений у данной категории пациентов.

Гнойно-септические осложнения после ампутаций нижних конечностей у больных с критической ишемией

Сувонов Ж.Н., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Цель исследования — анализ возникновения гнойно-септических осложнений у больных с критической ишемией нижних конечностей после их ампутаций.

Материал и методы. В отделении экстренной сосудистой хирургии ФФ РНЦЭМП в течение последних 12 лет на лечении находились 24 больных с гангреной стопы на фоне критической ишемии с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей. Мужчин было 14 (58,3%), женщин – 10 (41,7%). Средний возраст 54,5 года. Практически все поступившие больные имели сопутствующие заболевания: общий атеросклероз, гипертоническую болезнь, ИБС, перенесенное ОНМК и др. Сроки возникновения гангрены стоп варьировали от нескольких суток до 2-х недель. 12 (50%) пациентов получали лечение по месту жительства у участкового врача или невропатолога.

Состояние 10 (41,7%) больных было оценено как тяжелое в связи с высокой интоксикацией организма, выраженным болевым синдромом, 5 (20,8%) – как среднетяжелое. Этим пациентам потребовалась интенсивная предоперационная подготовка.

Ампутация на уровне бедра выполнена у 19 (79,2%) больных, на уровне верхней трети голени – у 5 (20,8%). 7 (29,2%) пациентов оперированы под эндотрахеальным наркозом, 17 (70,8%) – под спинномозговой анестезией.

Результаты. У 5 (20,8%) больных после ампутации

нижних конечностей развились гнойно-септические осложнения: нагноение раны (2), некроз культи (2), некротический фасциит (1). Пациентам с некрозом культи выполнены реампутации последних.

Причиной возникновения гнойно-септических осложнений после ампутаций у 2 больных был неверно выбранный уровень ампутации, у 1 — неэффективная антибиотикотерапия, у 1 — травматизация мягких тканей во время операции, у 1 — недостаточный гемостаз и дренирование раны. Из 24 больных, оперированных по поводу гангрены стоп на фоне критической ишемии, умерли 3 (12,5%) в результате острого инфаркта миокарда и ОНМК.

Выводы. Для уменьшения количества гнойно-септических осложнений после ампутаций нижних конечностей по поводу гангрены стопы на фоне критической ишемии у пациентов с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей необходим комплекс мер: выбор оптимального уровня ампутации, эффективная антибиотикопрофилактика, минимальная травматизация мягких тканей во время операции, качественный гемостаз и дренирование раны. С целью снижения летальных исходов необходимо раннее выявление, своевременное лечение и диспансерное наблюдение пациентов с атеросклерозом с целью профилактики гангрены конечности.

Современные меры профилактики и лечения инфекционно-деструктивных изменений со стороны лёгких у обожженных

Султонов Б.К., Кабулнязов А.Б., Жуманиязов М.Б., Мусаев Ш.М.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

В результате термоингаляционной травмы у большей части обожженных (от 60 до 95%) наблюдается нарушение баланса секреторных иммуноглобулинов, появление в бронхиальном секрете большого количества фагоцитов, выраженная деструкция. Большинство авторов считают обязательным с первых дней ожоговой болезни полноценное освобождение бронхов от мокроты, препятствующей газообмену. Традиционно для разжижения мокроты принято применять отхаркивающие препараты, усиливающие бронхиальную секрецию, понижающие ее вязкость и стимулирующие двигательную активность ворсинок эпителия.

Нами с этой целью использовали препарат амбробене. Апробация проводилась на 32 больных, из них 15 с ожогами лица, сопровождающимися ожогами верхних дыхательных путей, и 7 больных с циркулярными ожогами грудной клетки. У 12 пострадавших, включенных в группу, в анамнезе имелся хронический бронхит. Препарат назначался в растворе для инъекций по 1,0 4 раза в день в/м. Через 15-20 минут после приёма препарата происходил продуктивный кашель, дыхание становилось ровным. ЧДД до 20-22 в мин

(исходное 24-28), кашлевые толчки из серийных и неэффективных (в течение 30-40 с. с интервалом 10-15 мин) становились единичными, продуктивными, с выделением мокроты. Аускультативно дыхание приобретало везикулярный характер с некоторым ослаблением в заинтересованных локусах, хорошо проводилось по всем полям, прослушивались единичные хрипы. Обострение бронхита произошло у 6 (в контроле 100%). Пневмония, развившаяся у 4 больных (у 3 из них впервые выявлен диссеминированный tbc легких), имела более доброкачественное течение на фоне специфической терапии, согласованной с фтизиатром.

Таким образом, есть все основания утверждать, что назначение муколитиков показано всем больным с термоингаляционной травмой лица и циркулярными ожогами грудной клетки и является действенной мерой профилактики развития пневмоний и острой легочной недостаточности. При лечении развившейся патологии органов дыхания амбробене является препаратом выбора среди прочих отхаркивающих, благодаря своей высокой эффективности, безопасности и удобству применения.

К вопросу хирургической тактики и лечения гнойно-некротических поражений при синдроме диабетической стопы

Тешаев О.Р., Юнусов И.И., Курбанов Ш.Р.

Ташкентская медицинская академия

Наиболее грозным хирургическим осложнением диабетической стопы (ДС) являются гнойно-некротические поражения стопы (ГНПС), развивающиеся на фоне регионарного нарушения кровообращения и инфекции, которая в России и Узбекистане встречается в два раза чаще, чем в развитых странах Европы. Продолжительность диабетического анамнеза к моменту появления признаков СДС у нас в 2-3 раза меньше (Туракулов Я.Х., Мухамедов В.Н., 1996, Каримов Ш.И., 1996).

В результате гангрены нижней конечности у больных сахарным диабетом в мире производятся свыше 200 тыс. высоких ампутаций, из них 1300-1400 в Узбекистане (Каримов Ш.И. и др., 1996), что приводит к инвалидности и зачастую лишает больных возможности обслуживать себя.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с СДС, снижение частоты высоких ампутаций за счет внедрения патогенетически обоснованных методов хирургического и консервативного лечения.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 116 больных сахарным диабетом с ГНПС, находившихся на лечении в клинике хирургии ВОП ТМА в 2008-2010 гг. У 44 больных были гнойные осложнения сахарного диабета, у 72 — диабетическая гангрена. 32 пациента, находившиеся на лечении в 2008 г. и получавшие комплексное лечение по традиционной схеме, составили контрольную группу. Иссечение патологического очага у них проводилось без удаления сухожильно-синовиального комплекса. 40 больных, находившиеся на лечении в 2009-2010 гг. включены в основную группу. Комплексное лечение у них дополнялось иссечением гнойно-некротического очага с удалением сухожильно-синовиальных образований. Большинство больных были пожилого и старческого возраста. Средний возраст больных контрольной группы — $63,1 \pm 1,3$ года, в основной — $62,1 \pm 1,5$ года.

Из 40 больных основной группы женщин было 13 (33%), мужчин 27 (67,6%). Сопутствующие заболева-

ния имелись у 28 (90%) больных контрольной и у 35 (93%) — основной группы. Всем больным проведены общеклинические, биохимические исследования, изучался сахар крови и мочи, сахарный профиль, ЭКГ, рентгеноисследования стопы.

Результаты. Длительность сахарного диабета у 29 (89%) пациентов контрольной и у 35 (88%) — основной группы превышала 5 лет, у 28 (87%) контрольной и 33 (86%) — основной группы был сахарный диабет 2-го типа. У 29 (89%) больных контрольной и у 36 (90%) основной группы установлен сахарный диабет средней и тяжелой формы по А.С.Ефимову (1983).

У 20 из 32 (62,5%) больных с ГНПС было поражение I пальца, приведшее к ампутации бедра у 7 (35%) из них, леченных традиционным методом. Остальные 4 пальца были поражены у 8 из 32 (25%) пациентов. Ампутаций бедра в основной группе было 4 (10%). Из 11 больных, ампутированных на уровне бедра, у 4 была диабетическая ангиопатия, у 1 — нейропатия, у 6 — сочетание диабетической ангиопатии и нейропатии.

Закключение. Топографо-анатомическими структурами, способствующими распространению ГНПС в проксимальном направлении на голень, являются сухожильно-синовиальные образования сгибателей пальцев стопы, расположенные на подошвенной поверхности. Поэтому удаление блока измененных тканей с сухожильно-синовиальными образованиями в комплексе с современными антидиабетическими и сосудорасширяющими средствами, дезагрегантами и антибактериальной терапией при ГНПС позволили снизить частоту осложнений с 62,5 до 55%, увеличить число больных с гладким течением послеоперационного периода с 37,5 до 45% и уменьшить ампутации бедра с 34,3 до 10% (4 из 40 больных). Для стабильного улучшения качества жизни больных с ГНПС при СДС следует соблюдать преемственность в работе врачей амбулаторного кабинета диабетической стопы и стационарного звена, а также своевременно проводить диспансеризацию больных с СДС.

Ошибки и осложнения при лечении повреждений вертлужной впадины с применением спице-стержневого аппарата внешней фиксации

Тияляков А.Б.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Несмотря на развитие оперативных методов лечения, больные с повреждениями вертлужной впадины до настоящего времени в основном лечатся с помощью скелетного вытяжения. Это связано с наличием тяжелых сопутствующих повреждений, травматическим шоком, технически сложной открытой репозицией и накостным остеосинтезом, ограничением возможности аппаратного лечения. Поздняя диагностика казалось бы «простых» краевых повреждений вертлужной впадины и соответственно поздно начатое лечение приводят к большому числу неудовлетворительных исходов.

Нами проанализированы результаты лечения 69 больных с повреждениями вертлужной впадины, из

них 50 мужчин и 19 женщин в возрасте от 18 до 76 лет. 56 (81%) были активного трудоспособного возраста.

В работе применяли три основных способа лечения больных с переломами вертлужной впадины: консервативное лечение с помощью ортопедических укладок, гипсовых повязок и скелетного вытяжения проведено у 36 (52%); открытая репозиция и накостный остеосинтез — у 9 (13,2%); закрытая репозиция вертлужной впадины с применением сконструированного нами спице-стержневого аппарата внешней фиксации — у 24 (34,8%) больных.

Как и при других внутрисуставных повреждениях, при лечении переломов вертлужной впадины имели место различные осложнения. Осложнения, возника-

ющие непосредственно во время травмы, в процессе консервативного и оперативного лечения мы разделили на две группы: ранние и поздние. К ранним осложнениям отнесены повреждение нервов, вторичные смещения фрагментов и головки бедра, нагноение ран. К поздним — оссификация мягких тканей, асептический некроз головки бедра и отломков вертлужной впадины, развитие коксартроза.

У больного с сочетанной травмой таза, разрывом промежности с повреждением прямой кишки выполнены симультантные операции: лапаротомия с выведением колостомы, со стабилизацией таза облегченной конструкцией аппарата; в последующем у него возникло тотальное нагноение вокруг стержней. Воспаление мягких тканей вокруг стержней наблюдались также у двух других пациентов, что явилось показанием к раннему демонтажу аппарата, что в одном случае привело к неудовлетворительному результату.

Поздние осложнения наблюдались у 7 больных, развитие коксартроза II-III степени со стойким болевым синдромом — у 4. Оссификация мягких тканей области тазобедренного сустава с развитием контрактуры сустава, асептический некроз головки бедра и фрагмента вертлужной впадины, а также анкилоз тазобедренного сустава — по одному случаю.

На этапе разработки тактики лечения больных с повреждениями вертлужной впадины у 3 из них был выбран неадекватный метод лечения. Из-за неправильной интерпретации рентгенографии (не были выявлены смещения костных отломков) применяли

консервативные методы лечения, что привело к подвывиху головки бедра.

Повреждение седалищного нерва наблюдали в одном случае: при открытой репозиции перелома заднего края вертлужной впадины в процессе выделения отломка произошла травматизация нерва. В послеоперационном периоде отмечался парез малоберцовой порции седалищного нерва, который в последующем в течение 6-ти месяцев восстановился и не повлиял на исход лечения.

При лечении больных нами использовано 114 стержней, из них сломались 9. Причинами этого было нарушение ортопедического режима больными и повышенная нагрузка на стержень в зоне базовой фиксации тазового модуля. В одном таком случае на исход лечения повлияли возникшее гнойное воспаление и ранний демонтаж аппарата. С целью профилактики перелома стержней вводили дополнительные стрессоры, усиливающие тазовый модуль.

Характерным для лечения переломов вертлужной впадины является то, что результаты тем лучше, чем раньше с момента травмы проведена адекватная коррекция поврежденных структур вертлужной впадины. Подводя итоги, следует отметить, что лечение повреждений вертлужной впадины является не одномоментным вмешательством, а системой коррекции травматических очагов, включающих различные методы и способы, применяемые параллельно или последовательно в зависимости от клинической ситуации.

Динамика ранних КТ-изменений головного мозга при остром ишемическом инсульте

Тогаев Ш.Б., Махматмуминов С.Н., Нормуминов Ф.К., Хамроев Ж.Х.

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Цель исследования — изучение ранних признаков ишемического инсульта (ИИ) на компьютерных томограммах (КТ) головного мозга.

Методы. В исследование включены 75 пациентов с каротидным ИИ (40 мужчин и 35 женщин) в возрасте от 43 до 85 лет (средний возраст $64 \pm 10,7$ года) в острейшем периоде заболевания. Правополушарная локализация очага поражения отмечалась у 33 (44%) пациентов, левополушарная — у 42 (56%). КТ головного мозга выполняли сразу при поступлении больного в стационар, далее в динамике на 2–3-и сутки от начала развития ИИ. В первые 3 часа от начала развития ИИ КТ исследование выполнено 30 (40%) пациентам, от 3 до 6 часов — 21 (28%), от 6 до 12 часов — 14 (18,6%), от 12 до 24 часов — 10 (13,3%) пациентам. Оценивали следующие ранние признаки ИИ: наличие гиподенсивности в бассейне васкуляризации средней мозговой артерии (СМА); утрату контраста между серым и белым веществом в области головки хвостатого и лентичулярного ядер, конвекситальной коры; утрату ребристой структуры островка височной доли; сдавление корковых борозд; симптом гиперденсивной СМА, «симптом точки» ветвей СМА.

Результаты. В первые 3 часа ИИ по частоте лидировали признаки утраты контраста конвекситальной ко-

ры и сдавления борозд — у 14 (46,6%) и 16 (53,4%) пациентов соответственно). После 6 часов от начала заболевания отчетливо проявлялось снижение коэффициента поглощения в зоне очага, в связи с чем нарастала частота признака гиподенсивности вещества мозга в зоне поражения. Признаки, связанные с изменениями сосудов (гиперденсивность СМА и «симптом точки»), встречались заметно реже и не нарастали к концу первых суток ИИ. Для уточнения связи ранних КТ признаков ИИ с развитием геморрагической трансформации (ГТ) в динамике заболевания проведен дискриминантный анализ. Значимый вклад ($p < 0,05$) в распознавание ГТ вносили: утрата контраста головки хвостатого ядра, диффузная гиподенсивность более 1/3 и сдавление борозд более 1/3 зоны васкуляризации СМА.

Выводы. Полученные результаты согласуются с литературными данными о положительной связи частоты развития ГТ с величиной зоны поражения при ИИ. Выявлена определенная связь между ранними КТ признаками ИИ и развитием ГТ в динамике заболевания, но она недостаточна для разработки надежных прогностических критериев развития внутримозговой гематомы при ИИ, в частности при определении противопоказаний к тромболитической терапии.

Бессимптомные флеботромбозы у больных со скелетной травмой

Тогаев Ш.Б., Туляков Р.П., Аллаев Д.Х., Нуриллаев Д.Я.

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Цель исследования — выявление истинной частоты развития флеботромбозов при переломах костей таза и нижних конечностей в остром периоде травмы.

Материал и методы. С целью определения истинной частоты флеботромбозов в остром периоде механической травмы нами был выбран методологический прием, заключающийся в динамической визуализации сосудов системы нижней полой вены (НПВ) пострадавших, поступивших в клинику в определенный период времени. Так, скрининговому цветному дуплексному сканированию (ЦДС) сосудов указанного бассейна подвергнуты 100 пострадавших со скелетной травмой (изолированные и сочетанные переломы костей голени, бедра и таза) на 3-и и 7-е сутки после травмы. Необходимо отметить, что все обследованные практически с первого дня нахождения в отделении травматологии получали профилактическую гепаринотерапию.

Результаты исследования. Согласно результатам неинвазивного ультразвукового скрининга, частота развития флеботромбозов системы НПВ, в том числе и их доклинических (бессимптомных) форм, составила 16%. Для подтверждения статистической достоверности полученных различий количества выявленных случаев посттравматического флеботромбоза на фоне проводимой стандартной профилактической терапии гепарином с помощью ЦДС мы использовали такой статистический прием, как вычисление непараметрического хи-квадрата в таблице сопряженности 2x2. С помощью программы Sigma Stat вычислим ожидае-

мые числа, которые мы получили бы, если бы диагностика флеботромбоза не зависела от используемого метода ЦДС или клиники. Имелась достоверная разница между информативностью клинических данных и ЦДС ($\chi^2=76,312$; $df=1$; $P<0,001$). При этом венозные тромбозы часто имели проксимальную, более эмболоопасную форму поражения. Другой характерной особенностью посттравматических флеботромбозов оказалось явное запаздывание клинических проявлений данного осложнения по отношению к срокам развития сонографических признаков тромбообразования в просвете магистральных вен системы НПВ. Как оказалось, из 16 случаев визуализации тромба в просвете исследованного венозного сосуда только в 3 (18,8%) мы имели дело с явной клиникой венозного тромбоза (нарастающие отеки, боли, повышение температуры тела и местная гипертермия, синюшность, наличие симптомов Хоманса и Мозеса). В остальных случаях выявлен пристеночный тромб, что, видимо, и обусловило бессимптомное течение заболевания. Кроме того, в условиях обездвиженности конечности значительно снижается объемный кровоток этого региона, соответственно уменьшается нагрузка на венозную сеть, обуславливая меньшую частоту венозных отеков на фоне ее тромбоза. Таким образом, это обстоятельство требует обязательного включения в протокол ведения пострадавших с повреждениями опорно-двигательного аппарата ультразвукового мониторинга состояния системы нижней полой вены.

Профилактика послеоперационного дисцита после дискэктомии поясничного отдела позвоночника

Тожиев М.Т., Абдуллаев Д.Д., Ашуров И.С.

Ферганский филиал РНЦЭМП.

Несмотря на постоянное совершенствование оперативной техники, у части больных после вмешательств по поводу остеохондроза позвоночника наблюдается послеоперационное осложнение — дисцит. Клинически дисцит проявляется сильными болями местного характера, усиливающимися даже при движении больного в постели. Боли сопровождаются подъемом температуры до гектической, которая сохраняется неделями. Процесс носит гнойно-некротический характер с вовлечением всего диска и прилежащих позвонков.

В отделении экстренной нейрохирургии Ферганского филиала РНЦЭМП в 2008-2011 гг. прооперированы 244 больных, из них 147 (60,2%) мужчин и 97 (39,8%) женщин. В послеоперационном периоде больные получали антибиотики, общеукрепляющие препараты, нестероидные противовоспалительные средства. Кроме того, с целью профилактики дисцита в

2010–2011 гг. у 98 больных после операции удаления межпозвонковой грыжи диска поясничного отдела позвоночника полость диска обрабатывали антибактериальным препаратом широкого спектра 1% 10 мл раствором диоксида.

В 2007-2011 гг. по поводу межпозвонковой грыжи диска поясничного отдела позвоночника оперированы 146 больных. Ближайший послеоперационный период у 8 (5,4%) больных осложнился дисцитом на оперированном сегменте.

Среди оперированных больных, у которых во время операции использовали раствор диоксида, дисцит наблюдался у 2 (2%) больных.

Таким образом, одним из наиболее эффективных и патогенетически обоснованных методов профилактики послеоперационного дисцита является обработка полости диска антибактериальным препаратом широкого спектра — 1% раствором диоксида.

Послеоперационные осложнения после удалений межпозвонковых грыж дисков поясничного отдела позвоночника

Тожиев М.Т., Абдуллаев Д.Д., Уринбоев Б.К., Хусанов А.Э.

Ферганский филиал РНЦЭМП

В настоящее время микрохирургические методы устранения компрессии поясничных нервных корешков при дегенеративных заболеваниях позвоночника

применяют практически повсеместно. В то же время частота рецидивов болевого синдрома после операции остается довольно высокой достигая 5-20%.

Цель исследования — уточнение частоты болевого корешкового синдрома в раннем послеоперационном периоде, а также выявление возможных причин, приводящих к рецидиву болей.

Материал и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 342 историй болезни больных, оперированных по поводу поясничного остеохондроза, компрессии нервных корешков диско-радикулярным конфликтом в 2000-2010 гг. Мужчин — 176, женщин — 165 в возрасте от 18 до 70 лет. 76% больных были в возрасте от 31 года до 55 лет, средний возраст 40,5 года.

Операции выполнялись под общей анестезией в положении пациента на здоровом боку. Интерламинарные доступы применены у 320 больных, из них без резекции костных структур (флавиотомия) у 170, с резекцией краев дужек (аркотомия) у 150. Гемиламинэктомия выполнена 22 больным.

Результаты и обсуждение. У 337 (98,5%) больных во время операции был обнаружен диско радикулярный конфликт. У 193 (57,3%) из этих больных удаление диска дополняли кюретажем полости диска. У 144 (42,7%) пациентов удаляли только выпавший фрагмент пульпозного ядра, никаких манипуляций в полости диска с целью удаления его остатков не производили. 5 (1,5%) больных оперированы по поводу стеноза позвоночного канала. У 22 больных грыжа диска сочеталась со стенозом позвоночного канала.

На следующий день после операции всем больным разрешили встать с постели и ходить. Эффективность хирургического лечения определяли согласно шкале Nurick. Полный регресс неврологического синдрома на следующий день после операции отмечался у 264 (78,3%) больных, значительное уменьшение болей в нижней конечности наблюдалось у 51 (15,1%). В эту группу мы включили тех больных, у которых были незначительные остаточные боли корешкового характера, не требующие применения анальгетиков.

Отсутствие положительного эффекта, а также незначительное уменьшение болевого синдрома в течение первых суток после операции имело место у 22 (6,6%) пациентов.

Значительный положительный эффект от хирургического вмешательства на второй день после операции подтвердили 315 (93,4%) оперированных, т.е. больные 1-го и 2-го уровней по шкале Nurick. Мы пытались выявить зависимость эффективности операции от метода обработки полости диска после удаления грыжи диска.

Из числа этих больных за время пребывания в стационаре возобновление прежних корешковых болей отмечалось у 67 (19,6%). Болевой синдром чаще был менее интенсивным, чем до операции возникал на 2-е, чаще, на 3-5-е сутки. Для лечения рецидивов корешковой боли применяли метод эпидуральной инъекции стероидного гормона. Иногда даже однократной инъекции было достаточно для полного и стойкого снятия корешковых болей. Кроме того, больным назначали препараты, улучшающие микроциркуляцию и дегидратацию. Продолжительность пребывания больного в стационаре в среднем равнялась 9,2 дня.

Выводы. 1. Несмотря на то, что 93,2% оперированных больных имели 1-й и 2-й уровни эффективности на 2-й день после операции, рецидив болевого корешкового синдрома отмечался у 19,6%. 2. Причинами рецидива болевого корешкового синдрома в раннем послеоперационном периоде могут быть недостаточное устранение компрессии нервного корешка (оставление секвестра пульпозного ядра в эпидуральном пространстве, недооценка дополнительных факторов, усугубляющих течение компрессионного радикулита, таких как стеноз позвоночного канала). 3. Наиболее эффективным и патогенетическим обоснованным методом лечения рецидива болевого корешкового синдрома является инъекция стероидных препаратов в эпидуральное пространство в виде сократительных блокад.

Результаты использования доступа через отверстие можанди при опухолях червя мозжечка и полости четвертого желудочка у детей

Тулаев Н.Б., Голушов С.В.

Республиканский научный центр нейрохирургии

Цель исследования — определение эффективности доступа через отверстие Можанди к новообразованиям червя мозжечка и полости четвертого желудочка.

Материал и методы. Обследованы 12 больных с новообразованиями червя мозжечка и полости четвертого желудочка, получавших хирургическое лечение в детском отделении РНЦНХ. Возраст пациентов — от 2 до 14 лет. При поступлении состояние 4 больных было расценено как средней степени тяжести, 7 — тяжелое, 1 — как крайне тяжелое. Детей в удовлетворительном и агонирующем состоянии при поступлении не было. Всем детям проводилось комплексное клиническо-неврологическое обследование, которое включало МРТ головного мозга, осмотр окулиста, отоневролога, педиатра по показаниям в зависимости от тяжести состояния. Клинически у всех 12 больных отмечалась гипертензионно-гидроцефальная симптоматика и симптомы поражения мозжечка, симптомы поражения ромбовидной ямки (5), симптомы аксиальной дислокации (2). Всем детям произведен срединный до-

ступ к задней черепной ямке по Наффцигеру-Тауну под общей внутривенной анестезией на ИВЛ. В зависимости от доступа к новообразованиям червя мозжечка и полости четвертого желудочка все дети разделены на 2 группы. 1-я группа — 8 ребенка, которым доступ осуществлен путем рассечения червя мозжечка, 2-я группа — 4 ребенка, которым доступ осуществлен через отверстие Можанди. Все операции проведены под микроскопической ассистенцией и закончены вентрикулоцистерностомией по Торкильдсену.

Результаты и обсуждение. Тотальность удаления в 1-й группе: тотальное — 4, субтотальное — 4. Во 2-й группе: тотальное — 2, субтотальное — 2. Гистологическая характеристика опухолей в 1-й группе: анапластическая астроцитома — 2, медуллобластома — 4, хориоидпапиллома — 1, эпендимомы — 1. Во 2-й группе: анапластическая астроцитома — 2, медуллобластома — 2. Средняя длительность операции в 1-й группе — 3,1 часа, во 2-й — 3,2 часа. В послеоперационном периоде у всех больных с первых дней отмечалась поло-

жительная динамика в виде регресса гипертензионно-гидроцефальной симптоматики и симптомов аксиального вклинения. В 1-й группе к 10-14-м суткам неврологический дефицит регрессировал у 5 больных (62,5%). 3 (37,5%) детей выписаны с неврологическим дефицитом. Во 2-й группе неврологический дефицит регрессировал у 3 (75%) к 7-9 суткам. 1 (25%) ребенок выписан с неврологическим дефицитом на 10 сутки после операции. Нарушение глотания, мутизм и вегетативные кризы наблюдались у 5 (62,5%) больных 1-й группы. Во 2-й группе таких нарушений не было. Средний срок пребывания больного на койке после операции в 1-й группе составил 12,7 суток, во 2-й – 10,5. Во всех случаях послеоперационные раны зажили пер-

вично, швы сняты на 8-10-е сутки после операции. В 1-й группе отмечался 1 смертный случай, что было связано с нарушением стволового кровообращения. Во 2-й группе летальных исходов не было.

Выводы. Доступ через отверстие Можанди позволяет осуществить более щадящий подход к новообразованиям червя мозжечка и полости четвертого желудочка, в результате чего удалось избежать таких послеоперационных осложнений, как нарушение глотания, мутизм и вегетативные кризы связанных с рассечением червя мозжечка. Это приводит к снижению среднего срока пребывания больного на койке, уменьшению смертности, а также, к более раннему регрессу неврологического дефицита.

Неотложная хирургическая тактика при нагноившихся кефалогематомах у новорожденных

Туляганов Б.А.

Республиканский научный центр нейрохирургии

Среди врачей распространено мнение о том, что кефалогематомы у новорожденных быстро и бесследно рассасываются. Однако в большинстве случаев этого не происходит. Напротив, наступает инкапсуляция кефалогематомы, что приводит к таким серьезным осложнениям, как нагноение кефалогематомы, а затем к абсцедирующим менингоэнцефалитам и абсцессам головного мозга.

В детском нейрохирургическом отделении Республиканского научного центра нейрохирургии на лечении находились 220 новорожденных с кефалогематомами в возрасте от 10 дней до 10-месячного возраста, из них 20 детей с нагноившимся кефалогематомой оперированы в возрасте от 10 до 20 недель. 170 новорожденных с жидкими кефалогематомами аспирированы до 15-дневного возраста. У 12 нагноившихся кефалогематомы сочетались с менингоэнцефалитом, у 8 — с абсцес-

сами головного мозга. Им произведена малоинвазивная операция «дренирование абсцессов головного мозга» по жизненным показаниям. Всем новорожденным с нагноившимся кефалогематомой в послеоперационном периоде проводилась комплексное лечение.

Из 20 новорожденных с нагноившимся кефалогематомой умерли 2 вследствие гнойной бронхопневмонии и абсцедирующего менингоэнцефалита (2).

Таким образом, наши наблюдения показывают, что показания к хирургическому лечению при нагноившихся кефалогематомах должны ставиться экстренно, по жизненным показаниям. Объем оперативного вмешательства и его травматичность должны быть малоинвазивными. С целью профилактики нагноения кефалогематом, в первые 3 дня жизни новорожденных как метод лечения должна широко использоваться ранняя аспирация.

Выявление основных факторов риска развития флеботромбозов и тромбозов легочной артерии у больных с травмами нижних конечностей

Туляков Р.П., Кушшаев Н.П., Кодиров Б.Р., Элмуродов Ш.М.

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Цель исследования — 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 исследование включен 71 больной, госпитализированный в отделение хирургии сосудов и микрохирургии РНЦЭМП МЗ РУз в 2003-2009 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 (средний возраст 51,1±16,1 года). 2/3 пациентов были лица трудоспособного возраста от 21 года до 60 лет – 48 (67,6%).

Результаты и обсуждение. Из общего числа пациентов с посттравматическим венозным тромбозом у 32 (45,1%) при поступлении было констатировано 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%) пациентов анамнестически удалось выявить наличие эпизодов, характерных для ТЭЛА, возникшей на фоне развившейся клиники флеботромбоза. Наш опыт свидетельствует о том, что вероятность тромбозомболического осложнения при повреждениях ОДА сохраняется в течение 1 года. Наиболее опасным периодом являются первые 2 месяца после травмы, в течение которого поступили 53 (74,6%) больных. Интересно отметить, что посттравматические флеботромбозы чаще развиваются в теплый и жаркий 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: 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 гипертензия, 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 – возраст старше 40 лет. Таких было 53 (74,6%). Учащение частоты тромбоза глубоких вен нижней конечности 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, присутствуя этим больным гипокинезия увеличивает вероятность возникновения тромбоза из-за стаза крови в венах нижних конечностей

Заклучение. 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.

Сравнительный анализ профилактической эффективности двух схем гепаринотерапии у травматологических больных

Туляков Р.П., Тогаев Ш.Б., Нуриллаев Д.Я., Аллаев Д.Х.

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Цель исследования — сравнительный анализ профилактической эффективности двух схем гепаринотерапии у больных с переломом бедренной кости. Нами проведено изучение эффективности клексана и гепарина с целью профилактики венозного тромбоэмболизма у больных в раннем периоде скелетной травмы.

Материал и методы. В группы включены 70 пациентов отделения травматологии Кашкадарьинского филиала РНЦЭМП с изолированным переломом бедренной кости. 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). Сформированы две взаимно репрезентативные группы пациентов с изолированными переломами бедренной кости, которым назначили клексан (основная группа, n=35) и гепарин (контрольная группа, n=35). Клексан в дозе 40 мг/сут. однократно и гепарин в дозе 5000 ЕД четырехкратно вводили ежедневно под кожу живота в течение 5-7 дней. При этом с 3-5-го дня назначения прямых антикоагулянтов больные начинали пероральный прием варфарина по 2,5 мг 2 раза/сут. в течение 2-3-х дней с последующим переводом на однократный прием препарата. Профилактическую антикоагулянтную терапию варфарином 2,5 мг/сут. продолжали в течение 1-

го мес. под контролем показателей (МНО). Эффективность лечения оценивали по данным динамического цветного дуплексного сканирование (ЦДС) системы нижний полый вены (НПВ) на 3-е и 7-е сутки.

Результаты исследования. Как оказалось, тромбоэмболические осложнения после травмы бедренной кости возникли у 13 (18,6%) из 70 пациентов. Из них только у одного имел место восходящий тромбоз БПВ, у остальных 12 пострадавших с помощью ЦДС выявлено поражение глубоких вен. У последних 2 пациентов на фоне терапии «простым» гепарином тромбоз глубоких вен нижних конечностей осложнился ТЭЛА. Еще у одного больного, получавшего нефракционированный гепарин (НФГ), мы наблюдали клинические признаки ТЭЛА, однако выявить источник эмболии не удалось.

Таким образом, традиционная схема профилактики НФГ при переломах бедренной кости недостаточно защищает пострадавших от тромбоэмболических осложнений. Назначение больным с переломами бедренной кости клексана в дозе 40 мг однократно в сутки в течение 5-7 дней снижает риск развития флеботромбоза в 3,65 раза (с 31,4 до 8,6%). При наступлении таких осложнений, они характеризуются значительно более благоприятным течением. Кроме того, в отличие от гепарина, клексан отличается безопасностью, удобством применения (однократное или двукратное подкожное введение в сутки), отсутствием необходимости в специальном лабораторном контроле.

Результаты рентгеноэндovasкулярных методов остановки кровотечений различной локализации

Турсунов Б.З., Усманов Х.Х., Абдуллаев Ф.Х., Абдукадыров А.А., Келдиеров Б.К.

Центральный госпиталь МВД РУз

Цель исследования — изучение результатов рентгеноэндovasкулярных вмешательств в лечении кровотечений различной локализации.

Материал и методы. За период с 2009 по 2011 гг. в Центральном госпитале МВД РУз произведено 28 эндovasкулярных вмешательств у больных с кровотечениями различной локализации. У 20 больных отмечались маточные кровотечения, причиной которых у 16 являлась миома матки, у 4 — рак шейки матки. У 4

больных отмечались носовые кровотечения, из них у 1 больного артериовенозная мальформация в области основной пазухи основания черепа, у 3 — болезнь Рандлю-Ослера. У 3 больных имело место каротидно-кавернозное соустье с кровотечением из сосудов глазного яблока вследствие острой венозной гипертензии. У одного больного отмечено кишечное кровотечение вследствие ишемического язвенного колита.

Всем больным с маточными кровотечениями про-

изводилась эмболизация обеих маточных артерий с помощью эмболизирующих частиц (у 8 больных – фирмы BioSphere Medical) и в некоторых случаях дополнительно устанавливались спирали Гиантурко. При носовых кровотечениях производилась эмболизация ветвей наружной сонной артерии, являющихся источником кровотечений, спиралями Гиантурко. При каротидно-кавернозных соустьях производилось эндоваскулярное разобщение соустьев с помощью отделяемых баллонов и микроспиралей. У больного с ишемическим язвенным колитом, осложненным кровотечением, произведено стентирование критически stenозированной нижней брыжеечной артерии с последующим медикаментозным лечением.

Оценка эффективности N-ацетилцистеина при отравлениях парацетамолом

Турсунова Б.А., Шавази Н.М., Казимова М.К., Турсункулова Д.А., Азимова К.Т.

Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самаркандский государственный медицинский институт

Парацетамол, жаропонижающее и анальгетическое средство, в высоких дозах может вызвать тяжелые поражения печени. У детей гепатотоксичным является доза 150 мг/кг, признаки токсического гепатита возникают в 1–5% случаев через 3–6 дней от начала приема.

Цель исследования — изучение эффективности N-ацетилцистеина в комплексной неотложной терапии при развитии отравления парацетамолом.

В 2010-2011 гг. в отделение реанимации и экстренной педиатрии поступили 6 детей в возрасте 2-3-х лет с отравлениями парацетамолом. Из анамнеза было выявлено, что родители недоглядели за ребенком и он выпил парацетамол в виде сиропа или таблеток в дозе от 130 до 160 мг/кг массы тела. Больные госпитализированы через 2-8 часов после принятия препарата. При поступлении в стационар общее состояние у всех детей расценивалось как среднетяжелое или тяжелое, что было связано с наличием у них сопутствующей пневмонии или бронхита. У 4 больных, наряду с клиникой респираторного заболевания, отмечались тошнота, рвота, потоотделение, бледность кожных покровов, которые проявились через несколько часов после приема парацетамола и были расценены как начальные признаки отравления.

На отравление парацетамолом указывало наличие у детей признаков, характерных для данного отравления. Так, на вторые сутки в результате обследования у всех больных обнаружено повышение билирубина, щелочной фосфатазы и трансаминаз: АлАТ — до 1,4-1,8 ммоль/л, АсАТ — до 1,8 – 2,3 ммоль/л.

Результаты. У всех больных, подвергнутых эндоваскулярным вмешательствам, достигнута полная остановка кровотечений. В отдаленные сроки (до 2-х лет) рецидива кровотечения не отмечено ни у одного больного. У 14 больных с миомами матки после проведения ЭМА в течение 12—18 месяцев размеры миоматозных узлов значительно уменьшились, у 20 больных наблюдалось устранение симптомов менометроррагии, у 14 — исчезновение симптомов сдавления близлежащих органов.

Выводы. Эндоваскулярное лечение является высокоэффективным и нередко единственным и безальтернативным методом остановки кровотечений различной локализации.

При оказании неотложной помощи при отравлениях парацетамолом проведено промывание желудка, назначены энтеросорбенты, слабительные, инфузионная терапия, гепатопротекторы. Всем детям в первые часы госпитализации назначен антагонист парацетамола N-ацетилцистеин (АЦЦ), который, восполняя истощенные запасы глутатиона в печени, действует как антиоксидант. Стартовую дозу препарата 140 мг/кг больные получали per os в виде 5% раствора в газированной воде или соке, затем каждые 4–6 часов перорально по 70 мг/кг (до 17 доз). Суточная дозировка N-ацетилцистеина не превышала 420 мг/кг.

Мониторинг отравления включал клинические анализы крови и мочи, контроль уровня печеночных трансаминаз, билирубина, щелочной фосфатазы, протромбинового времени, мочевины, креатинина.

В динамике состояние больных улучшалось, признаков фульминантной печеночной недостаточности с развитием желтухи, тромбоцитопении, удлинения протромбинового времени, печеночной энцефалопатии, почечной недостаточности и кардиомиопатии, как основных проявлений тяжелого течения отравления не выявлялось.

В катамнезе на 10-12-е сутки у всех детей признаки поражения печени не отмечались, а уровень АлАТ и АсАТ достигли нормативных величин.

Выводы. Включение в первые часы заболевания N-ацетилцистеина в комплексной неотложной терапии при отравлениях парацетамолом предотвращает развитие осложнений.

Краткая статистическая характеристика сочетанной травмы челюстно-лицевой области

Умаров О.М., Исаков Э.З.

Ферганский филиал РНЦЭМП, Ферганский филиал ТМА

Нами сплошным ретроспективным методом была произведена выкопировка 5670 единиц архивного материала РНЦЭМП за 2001-2010 гг., касающего больных, получавших лечение по поводу травмы челюстно-лицевой области (ЧЛО). Установлено, что из 5670 больных сочетанные травмы ЧЛО были у 3911 (69,0%).

В структуре сочетанных травм ЧЛО 25,0% приходится на переломы костей носа, 14,2% — нижней челюсти, 6,5% — верхней челюсти, 5,8% — скуловой кости, 1,4% — обеих челюстей. Из общего числа пациен-

тов с сочетанными травмами ЧЛО повреждения мягких тканей лица отмечались у 47,1%.

Мужчин с сочетанной травмой челюстно-лицевой области было 74,6%, женщин — 25,4%. 76,6% больных с сочетанной травмой челюстно-лицевой составляли лица наиболее трудоспособного возраста от 20 до 50 лет, что подтверждает социально-экономическую значимость данной проблемы.

Наиболее частыми причинами возникновения этого вида травм служат дорожно-транспортные проис-

шествия (62,4%), падения с высоты (20,3%), производственные травмы (6,7%), бытовые травмы (удар тупым предметом) (10,6%), что предполагает сильное травмирующее воздействие на лицо, не ограничивающееся переломами костей, а приводящее и к тяжелым повреждениям мягких тканей.

Наиболее часто переломы ЧЛО сочетаются с черепно-мозговой травмой в 46,4%, с повреждениями верхних конечностей 6,5%, с повреждением нижних конечностей 5,5%, с повреждением таза 20,7%.

В структуре сочетанных травм ЧЛО и ЧМТ 27,9% случаев приходится на переломы костей носа, 14,6% — на переломы нижней челюсти, 6,9% — на переломы верхней челюсти, 5,7% — на переломы скуловой кости, 2,1% — на переломах верхней и нижней челю-

сти. Из общего количества сочетанных травм челюстно-лицевой области с черепно-мозговой травмой мягкие ткани составили 42,7%.

Таким образом, среди сочетанных травм сочетаний повреждений челюстно-лицевой области, костей черепа и головного мозга встречается чаще, чем повреждения других локализаций (живот, грудь, таз, конечности). Характер сочетанных повреждений, различная тяжесть травматической болезни в остром периоде требует разработки дифференцированной лечебной тактики и участия в лечебном процессе специалистов различного профиля: реаниматолога, анестезиолога, хирурга, нейрохирурга, травматолога, офтальмолога, ЛОР и др.

Применение лимфатической антибиотикотерапии в комплексном лечении гнойно-септических осложнений у больных с острыми воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области

Умаров О.М., Султонов А.Т., Сирожитдинов У.К., Ахраров Б.М.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Частота гнойно-септических осложнений воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области (ЧЛО) постоянно увеличивается. Одонтогенные воспалительные заболевания ЧЛО ухудшают общее состояние больных, а нередко приводят к летальному исходу. Только комплексное лечение может обеспечить благоприятный исход заболевания и уменьшить различные осложнения и летальность.

Из известных методов введения антибиотиков с позиций адекватной фармакокинетики предпочтение отдается региональному лимфатическому введению их в подчелюстную область. Именно при введении таким способом быстрее создается и длительнее удерживается наиболее высокая концентрация антибиотиков в интерстиции данного органа. По данным С.У.Джумабоева и соавт. (1991), региональная лимфостимуляция усиливает отток лимфы на 25-38%, улучшая при этом кровоток в данных органах, что в свою очередь приводит к уменьшению воспалительного отека и инфильтрации тканей.

Под нашим наблюдением находился 41 больной с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛО, которые получали региональную антибиотикотерапию (РЛАТ). Больные были с одонтогенными флегмонами — 10 (24,3%), одонтогенным абсцессом — 7 (17,1%), острым одонтогенным остеомиелитом — 6 (14,6%), посттравматическим остеомиелитом — 4 (9,7%), одонтогенным гайморитом — 3 (7,3%), аденофлегмоной — 6 (14,6%), сиаподенитами околоушной слюнной железы — 5 (12,2%). Целенаправленный путь ведения этих больных с общими проявлениями

гнойной инфекции являлся основным условием успеха хирургического лечения. В комплекс лечебных мероприятий у всех больных, наряду с дезинтоксикационной терапией и лечением функциональных нарушений, были включены РЛАТ и иммуностимулирующая терапия. РЛАТ осуществляли путём введения лимфостимулятора и соответствующего антибиотика в подчелюстную область. Антибиотики и лимфостимуляторы введены лимфатическим путём 1 раз в сутки в течение 4-5 дней. Использовались следующие антибиотики: цефотаксин, зинацеф, цефобит. Гепарин по 5000 ед. в сутки вводили лимфатическим путём для снижения гиперкоагуляции. Иммунологические изменения корригированы введением также актовегина по 100 мг в 1,2 и 5 сутки.

Проводимые комплексные лечебные мероприятия позволили в течение 5 дней снять явления интоксикации, снизить температуру до нормальных цифр, нормализовать картину периферической крови, где до лечения отмечались лейкоцитоз, сдвиг влево формулы, эозинофилия, ускорение СОЭ.

РЛАТ, по нашим данным, предупредила у всех больных распространение гнойного процесса при флегмонах лица и шеи на средостение.

Таким образом, комплексные лечебные мероприятия у больных с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области с использованием лимфатической терапии позволяют снизить интоксикацию, ускорить выздоровление, обеспечивают профилактику одонтогенных медиастинитов.

Комплексное лечение лиц пожилого возраста с черепно-мозговой травмой, сочетанной с переломами трубчатых костей, осложненными гнойной инфекцией

Умирсеригов Б.У., Рихсиев М.Д.
Республиканский научный центр нейрохи

Лечение гнойно-септических процессов в костях, особенно при черепно-мозговой травме у лиц пожилого возраста, представляет особую сложность, так как у этих имеется отягощенный соматический статус и остеопороз.

Предложенный комплексный метод при явлениях

гнойной инфекции включает остеосинтез аппаратами внешней фиксации в сочетании с внутриапериостальными вливаниями антибактериальных препаратов. Радикальная хирургическая обработка ран с последующей иммобилизацией костных отломков аппаратами внешней фиксации (аппараты Илизарова у 49, Волкова-

Оганесян у 23, Калнберза у 6, стержневой аппарат Гофмана в 8) произведена 86 больным. Внутриа­териальное вливание антибактериальных препаратов как до операции, так и в послеоперационном периоде, позволило в ряде случаев добиться первичного заживления их, в других — быстрого очищения ран от некротических тканей, развития здоровой грануляционной ткани, улучшения кровотока и трофики конечности. Однако особую важность и сложность представляла хирургическая обработка гнойных ран на всю глубину сегмента, включая кость, когда проводились секвестрнекрэтомия, либо циркулярная резекция гнойно-некротического очага, с адекватным дренированием или открытым ведением раны. В этих случаях с целью стимуляции остеогенеза применялась разработанная нами методика имплантации аллогенным костным матриксом (в виде стружек и губки): при замещении пристеночных костных дефектов, области кортикотомии при билочальном дистракционно-компрессионном остеосинтезе, компрессионном артродезирова­нии крупных суставов. Аппаратное лечение в сочетании с внутриа­териальными вливаниями и имплантацией аллогенным костным матриксом успешно приме­нено в клинике при лечении менингоэнцефалитов, вторичных заживлений послеоперационных ран, яв­лениях остеомиелита и пролежней, несросшихся переломов и ложных суставов (8). На фоне проводимой сим­птоматической терапии при сочетанных черепно-мозговых травмах у лиц пожилого возраста нам удалось

добиться надежной иммобилизации конечностей и ранней активизации больных. После адекватного дренирования наблюдалось быстрое очищение ран от некротических тканей и появление здоровой грануляционной ткани, а также улучшение периферического кровообращения. В ряде случаев, при обширных дефектах мягких тканей, в комплексном лечении нами успешно применялась также гнотобиологическая изоляция. В послеоперационном периоде с целью профилактики рецидивов гнойных осложнений, при необходимости, проводился раневой диализ растворами антисептиков и антибиотиками в зависимости от чувствительности микрофлоры. Нам удалось купировать инфекции у 86,2% больных с гнойным осложнением сочетанной черепно-мозговой травмы. Непосредственные хорошие результаты лечения отмечались у 85,5% больных, удовлетворительные — у 9,6%, неудовлетворительные — у 4,8%. Отдаленные исходы лечения удалось проследить в сроки от 6 месяцев до 1 года.

Таким образом, разработанные нами лечебные мероприятия для комплексного лечения черепно-мозговой травмы, сочетанной с переломами трубчатых костей, осложненными гнойной инфекцией, дают возможность отказаться от многоэтапного длительного лечения, позволяют в короткие сроки справиться с гнойной инфекцией в очаге поражения, восстановить анатомическую целостность пораженной конечности и замет­но улучшить функциональные результаты лечения.

Роль трахеостомии в исходах лечения больных с тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмой

Усманов А.К., Шаминов У.Э., Ортиков А.А., Очиллов И.

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Цель исследования: оценить возможность применения метода чрезкожной дилатационной трахеостомии у больных с тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмой.

Материал и методы. Для проведения длительной искусственной вентиляции легких, обеспечения адекватной санации трахеобронхиального дерева при бульбарных нарушениях была выполнена чрезкожная дилатационная трахеостомия 56 больным с тяжелой сочетанной ЧМТ в возрасте 21-56 лет. Чрескожная дилатационная трахеостомия выполнялась, как правило, пациентам с хорошо идентифицируемыми анатомическими особенностями шеи. Противопоказаниями являлись "короткая" шея, увеличение щитовидной железы и воспалительный процесс передней поверхности шеи. Трахеостомия производилась в операционной и реанимационном отделении в условиях общей анестезии на 3-5-е сутки проведения ИВЛ через интубационную трубку. Сроки нахождения трахеостомической трубки 5-21 суток. Проводился регулярный контроль и

коррекция кислотно-основного и газового состава крови, параметров вентиляции, SpO₂, АД, ЧСС, ЦВД.

Результаты и обсуждение. Продолжительность выполнения методики составила в среднем 15 минут, осложнений во время операции и в ближайшем послеоперационном периоде не было. Чрескожная дилатационная трахеостомия не требует специальной обработки инструментов, подготовки и занятости медперсонала, в отличие от классической трахеостомии, выполняемой, как правило, ЛОР-врачами.

Выводы. Методика чрескожной дилатационной трахеостомии малоинвазивна, менее травматична и достаточно безопасна. Ранняя трахеостомия позволяет уменьшить количество легочных осложнений и вторичной гипоксии головного мозга. Благоприятно влияет на исход лечения. Накопленный нами небольшой опыт позволяет рекомендовать чрескожную дилатационную трахеостомию в качестве альтернативы классической трахеостомии у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой.

Профилактика и лечение осложнений у больных с артерио-венозной фистулой, находящихся на программном гемодиализе

Усманов Б.С., Базаров Р.С., Каримов О.М., Исмаилов Ж.Т.

Ферганский филиал РНЦЭМП

За истекшие 40 лет было предложено более 100 модификаций артерио-венозных фистул (АВФ), в основе которых лежит принцип формирования анастомоза между периферической артерией и близлежащей под­кожной веной (Торгунатов А.П., 1977; Клейза В.Ю., Дай-

лис Б.Э., 1980; Сальмайер А.А., 1984; Ehrenfeld W.K. et al., 1972; Marx A.B. et al., 1990). Наиболее распространенными и значимыми осложнениями у пациентов с АВФ, находящихся на программном гемодиализе, являются тромбозы АВФ, аневризмы и нагноение раны.

Материалы и методы. В течение 2004-2012 гг. в отделении нефрологии и гемодиализа ФОЦУ произведено формирование АВФ между а. radialis и v. cephalica по типу «конец вены – конец артерии» у 125 пациентов, из них 75 (60%) мужчин и 50 (40%) женщин. Показаниями к наложению АВФ явились хронические болезни почек (ХБП): у 80% – хронический гломерулонефрит, у 17,2% – хронический рецидивирующий пиелонефрит, у 4,4% – поликистоз почек, у 1,1% – другие урологические причины.

У 11 (8,8%) отмечались осложнения после формирования АВФ. У 7 (63,6%) из них выявлены тромбозы АВФ, у 3 (27,3%) – аневризмы, у 1 (9,1%) – нагноение раны.

Результаты. Основными причинами сосудистых осложнений, по нашим наблюдениям, явились: изменение свертывающей системы крови под воздействием различных факторов, уменьшение ОЦК, гипотоническое состояние, употребление высоких доз гипотензивных препаратов и др.

Послеоперационные тромбозы глубоких вен

Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Дадабаев Х.Р., Сувонов Ж.Н.

Ферганский филиал РНЦЭМ

Цель исследования — анализ эпизодов послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений и их последствий, выбор мер эффективной профилактики этой патологии.

Материал и методы. В отделении экстренной сосудистой хирургии ФФ РНЦЭМП в течении последних 10 лет на лечении находились 850 больных с ТГВНК, из них мужчин — 459 (54%), женщин — 391 (46%). У 435 (51,1%) пациентов отмечался илеофemorальный флeбoтpомбoз, у 415 (48,9 %) – тромбоз глубоких вен нижних конечностей. 97 (11,4%) больным ранее были выполнены следующие виды операций: на матке и придатках – 45, остеосинтез костей нижних конечностей – 24, на органах брюшной полости — 22, вскрытие гнойных процессов различных локализаций – 6. Средний возраст пациентов с тромбозом подвздошно-бедренного сегмента составил 45,7 года, с тромбозом глубоких вен голени — 42,6 года.

Причинами ТГВНК в большинстве случаев явились повышенное тромбообразование, гиподинамия в послеоперационном периоде, варикозная болезнь, беременность и роды, перелом костей нижних конечностей (экстравазальное поражение сосудов), воспалительные процессы малого таза, а также отказ от гепаринов.

Следует отметить, что сама операция, являясь хирургической агрессией, активизирует свертывающую систему крови, а наркоз с использованием миорелаксантов вызывает дилатацию внутримышечных вен, что приводит к замедлению оттока крови из нижних конечностей.

Всем больным с ТГВНК назначался постельный режим в течение 7-8 дней, возвышенное положение и эластичное бинтование конечности, прямые, а за 2-3 дня до отмены непрямые антикоагулянты. При выявлении эмболеных тромбов общей бедренной и

Всем больным с тромбозами АВФ произведены тромбэктомии с одномоментным формированием нового сосудистого анастомоза. Пациентам назначались прямые антикоагулянты фраксипарин или клексан. Больным с аневризмами АВФ выполнены резекции аневризм АВФ и наложение сосудистого анастомоза на противоположной конечности. При нагноении зоны АВФ производилось снятие кожных швов, перевязки раны дважды в день с левомеколем и антибиотикотерапия. Всем этим больным продолжен программный гемодиализ. Летальных исходов у больных с возникшими осложнениями не наблюдалось.

Вывод. Назначение прямых антикоагулянтов, предоперационная антибактериальная профилактика, коррекция УФ и контроль АД, по нашему мнению, снижают количество послеоперационных осложнений у больных с АВФ, находящихся на хроническом программном гемодиализе.

наружной подвздошной вен выполняли тромбэктомии с последующей антикоагулянтной терапией, клипирование нижней полой вены.

Эпизоды тромбоэмболии легочных артерий отмечались у 32 (3,8%) больных. 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, симптоматической терапии, при массивной эмболии проводилась тромболитическая терапия стрептокиназой.

Умерли 15 (1,8%) больных. Причиной смерти явилась массивная ТЭЛА с нарастающей правожелудочковой недостаточностью.

Нами выявлено, что подавляющее количество послеоперационных ТГВНК развилось в связи с отказом лечащего врача (хирурга и реаниматолога) от предоперационного применения гепаринов или от неправильного подбора схемы и способа его введения, во избежание геморрагических последствий. Пациентам не 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.

Таким образом, риск развития послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений может быть снижен путем применения гепаринов и физических методов профилактики. Хотя многие хирурги считают, что успешно выполненная операция является гарантом благополучного течения послеоперационного периода.

**Профилактика и лечение ранних послеоперационных осложнений
у больных с тяжелыми открытыми травмами конечностей**

Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Эркабаев А.К.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Благодаря развитию реконструктивной микрохирургии имеется реальная возможность сохранения жизнеспособности и восстановления функции конечностей при их тяжелых открытых травмах, сопровождающихся повреждением сосудов, нервов, разрушением костей и дефектом мягких тканей, в том числе полными и неполными ампутациями крупных и мелких сегментов конечностей.

В отделении экстренной сосудистой хирургии и микрохирургии ФФ РНЦЭМП получили лечение 393 больных с тяжелыми открытыми травмами конечностей, которым были выполнены экстренные микрохирургические операции. Возраст пациентов от 4 до 53 лет. Мужчин было 344, женщин — 49. Средний возраст больных 27,5 года. Наиболее частым механизмом тяжелых открытых травм конечностей явилось повреждение их движущимися механизмами станков или бытовыми рубящими предметами, а также попадание конечности под различные прессы.

У 393 больных с тяжелой открытой травмой конечности выполнено 423 восстановительных операции.

У 100 пострадавших с тяжелыми открытыми травмами конечностей, сопровождающихся повреждением сосудов, нервов, разрушением костей и дефектом мягких тканей на грани ампутаций выполнено 116 операций по восстановлению анатомических структур.

43 больным с полными и неполными отчленениями сегментов конечностей выполнены операции реплантации. Произведено 26 (60,5%) реплантаций верхних конечностей, 17 (39,5%) — нижних. Приживление достигнуто у 32 (74,4%) больных.

У 250 больных выполнено 264 реплантации и реваскуляризации мелких сегментов конечностей, из них у 240 (91%) — на сегментах верхних, 24 (9%) — на нижних конечностей. Приживление достигнуто в 85,2% случаев.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде наблюдались у 17,8% пациентов. Наиболее частым осложнением явился тромбоз сосудистых анастомозов — у 30, из них артериальный — у 12, венозный — у 18. Кровообращение в конечностях при этих осложнениях удалось восстановить путем тромбэктомии и реанастомозирования сосудов у 22, аутовенозного шунтирования — у 3, протезирования — у 7 больных.

Несостоятельность швов сосудистого анастомоза наблюдалась у 2 больных после реплантации плеча и у 3 — после реваскуляризации голени. Данное осложнение проявлялось аррозивным кровотечением. Этим больным кровообращение в конечности было восстановлено наложением дополнительных швов или реанастомозированием.

Причинами возникновения сосудистых осложнений явились техническая погрешность при наложении сосудистого анастомоза, ошибки ведения послеоперационного периода и нарастающий отек конечности со сдав-

лением сосудов. Для профилактики и лечения отека гипертонического ишемического синдрома у больных производилась декомпрессионная фасциотомия мышц.

Некроз кожно-жировых лоскутов при скальпированных травмах конечностей с отслоением покровных тканей, который наблюдался у 13 пациентов, был результатом как недооценки степени повреждения тканей (возможно неполноценная ПХО), так и отсутствия доступных методов интраоперационной срочной диагностики жизнеспособности поврежденных и аноксированных тканей. У данного контингента больных производились этапные некрэктомии до появления грануляций с последующим замещением дефекта одним из видов кожной пластики.

У 22 пострадавших отмечалось глубокое нагноение послеоперационных ран, с распространением гнойно-некротического процесса на мышцы, вплоть до сосудистого пучка, что осложнилось аррозивным кровотечением у 3. К развитию гнойно-септических осложнений привели ишемия мягких тканей конечностей, инфицирование внутритканевых гематом, снижение реактивности организма в результате геморрагического шока. Данной категории больных производились некрэктомии мягких тканей, при опасности возникновения аррозивного кровотечения выполнялось экстраанатомическое обходное аутовенозное шунтирование.

В развитии ранних послеоперационных осложнений большое значение имел механизм полученной травмы. Так, самое большое количество общих осложнений наблюдалось у больных с травмами от раздавливания.

Развившиеся осложнения привели к неблагоприятным результатам у 39 (9,9%) больных с тяжелыми открытыми травмами конечностей, у остальных пациентов, благодаря комплексу активных лечебных мероприятий, удалось сохранить жизнеспособность и функцию поврежденной конечности.

Таким образом, на развитие ранних послеоперационных осложнений после восстановительных операций у больных с тяжелыми открытыми травмами конечностей, сопровождающимися повреждением сосудов, нервов, разрушением костей и дефектом мягких тканей, в том числе полными и неполными ампутациями крупных и мелких сегментов конечностей, наряду с качеством наложенных сосудистых анастомозов и длительностью сроков аноксии/ишемии, влияет вид и механизм травмы, уровень повреждения функционально значимых структур или отчленения. Тактика лечения больных в случае развития послеоперационных осложнений должна быть дифференцированной, в зависимости от сроков развития осложнений, а прогноз эффективности лечения этих осложнений зависит от того, какие причины привели к их возникновению.

Постинъекционные ложные аневризмы магистральных артерий у наркоманов

Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Эркабаев А.К.

Ферганский филиал РНЦЭМ

Нами проанализированы результаты хирургического лечения 15 больных с инфицированными ложными аневризмами (ИЛА) магистральных артерий, развившимися как осложнение инъекционного способа введения наркотических препаратов. Диагноз наркомании был установлен на основании анамнеза, осмотра и заключения психиатра.

Все 15 больных были мужчины в возрасте от 25 до 37 лет. Причины ИЛА можно было разделить на 4 группы: 1) несоблюдение правил асептики при выполнении инъекции (нестерильные инструменты, нестерильный препарат); 2) многократная хроническая травма сосуда; 3) погрешности в технике введения наркотических препаратов; 4) агрессивное действие на ткань вводимого препарата.

У 3 (20%) пациентов были выявлены ИЛА общей бедренной артерии (ОБА), у 10 (66,7%) – поверхностной бедренной артерии (ПБА), у 2 (13,3%) – глубокой бедренной артерии (ГБА). У больных с сформированными ложными аневризмами бедренных артерий в анамнезе отмечались неоднократные попытки введения препарата в бедренную вену, но в результате неоднократной травмы артерии формировалась ложная аневризма с последующим ее инфицированием.

При ультразвуковой доплерографии в паховой области обнаруживалась полость ложной аневризмы с ритмичным кровотоком и включениями в ней, что подтверждало диагноз.

Все больные в экстренном порядке были оперированы. Для уменьшения риска интраоперационного кровотечения магистральные сосуды выделялись проксимальнее и дистальнее очага и брались на турникеты. Интраоперационно у большинства (12) больных обнаружены флегмоны паховой области и бедра,

с большим количеством жидкого гноя и инфицированной крови со сгустками. Подкожная, межфасциальная клетчатка и фасции были полностью лизированы. Мышцы были частично некротизированы, серого цвета, отечны. Все очаги некроза по возможности иссекались в пределах здоровых тканей. Обязательно осуществляли посев гноя для определения микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам.

В условиях выраженного гнойного воспаления, тотального поражения подкожной жировой клетчатки, фасций и мышц реконструктивное вмешательство на сосудах считали нецелесообразным. Во всех случаях поврежденная артерия лигировалась. Перевязывались также подвергнутые лизису бедренные вены. Иссекалась образовавшаяся капсула ложной аневризмы. Полость тщательно санировали растворами антисептиков, орошали антибиотиками широкого спектра, устанавливали дренажи по Редону с вакуумной или проточно-промывной системой. Рану ушивали редкими наводящими швами или вели открыто, рыхло заполняя марлевыми салфетками с мазями на водорастворимой основе. Перевязка бедренной артерии не привела к фатальному нарушению кровоснабжения в конечности. Больным назначались антикоагулянты, препараты, улучшающие реологию крови, антибиотики, обезболивающие средства.

Умер 1 (6,7%) больной вследствие тяжелого ангиогенного сепсиса с полиорганными проявлениями.

Таким образом, при подозрении на наличие постинъекционной ложной аневризмы магистральной артерии у наркоманов считаем необходимым проведение УЗИ сосудов этой зоны, экстренного оперативного вмешательства с ликвидацией аневризмы, адекватной санации и дренирования ее ложа.

Осложнения, связанные с хирургической коррекцией водянки головного мозга у детей

Усмонов А.Н., Махкамов К.Э., Тухтабеков З.Л.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель работы — анализ осложнений после ликворошунтирующих (ЛШО) операций при гидроцефалии различного генеза.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов 109 ликворошунтирующих операций у детей в возрасте до 15 лет с гидроцефалией различной этиологии, находившихся на лечении в отделении нейрохирургии детского возраста РНЦЭМП в 2005–2011 гг. До и после операции проводилось общесоматическое, неврологическое, офтальмологическое, нейропсихологическое обследование. Количественное определение выраженности водянки осуществляли на основании нейросонографии, КТ, МРТ. Проводились ликворологические и ликвородинамические исследования. У 9 (8,2%) больных причиной гидроцефалии была опухоль головного мозга, у 71 (65,2%) ребенка водянка носила врожденный характер, у 12 (11%) — воспалительный, у 6 (5,5%) — травматический, у 5 (4,6%) — сосудистый, у 6 (5,5%) — смешанный. Шунтирующие системы высокого давления установлены 9 (8,2%) детям, среднего давления — 95 (87,2%), низкого давления — 5 (4,6%).

Результаты и обсуждение. У 95 (87,2%) пациентов после ЛШО достигнут отчетливый регресс гидроцефально-гипертензионного синдрома. Нежелательные последствия ближайшем послеоперационном периоде после ЛШО отмечались у 14 (12,8%) больных. По структуре стойкие осложнения, связанные с имплантацией ликворошунтирующих систем, распределились так: гипо- и гипердренажные состояния выявлены у 5 (4,6%), инфекционно-воспалительные — у 1 (0,9%), эпилептические припадки — у 2 (1,8%), перитонеальные псевдокисты — у 4 (3,7%), эрозия кожи над выступающими частями шунта — у 1 (0,9%), метастазирование опухоли по шунту — у 1 (0,9%) пациента.

Гиподренажные осложнения возникали, как правило, при использовании высокого пропускного давления клапана. Для их коррекции проводилась реимплантация клапана с более низким давлением.

Гипердренажные состояния сопровождаются формированием синдрома щелевидных боковых желудочков, изолированного 4-го желудочка, оболочечных гематом или гидром. Чрезмерное дренирование СМЖ возникало чаще всего при использовании клапанов

высокого давления, при ранней вертикализации больного. Коррекция этих осложнений включает удаление гематомы, гидромы а также подбор адекватных параметров клапана. К наиболее грозными труднокупируемым относятся инфекционно-воспалительные осложнения. Шунтинфекция развивается преимущественно через 3-4 суток после ЛШО. Окончательным подтверждением данного патологического состояния является положительный посев ликвора. Лечение шунтинфекции требует удаления шунтирующей системы с одновременной специфической антибактериальной терапией. В разные сроки после ЛШО при имплантации дистальной части шунта в полость брюшины диагностировали развитие перитонеальной псевдокисты. Ретроспективный анализ показал, что их частота зависела от места имплантации перитонеального катетера. Данное осложнение чаще диагностировано при локализации шунта в правой эпигастральной области. Во всех случаях для коррекции данного осложнения требовалась повторная операция, направленная на реимплантацию дистальной части шунта в контрлате-

ральную часть брюшной полости или правое предсердие. Трофические изменения кожи надшунтом, как правило, локализовались в области клапана. Обычно данное состояние купировалось консервативными методами, лишь 2 больным потребовалась перестановка шунта. Метастазирование бластоматозных клеток по шунту в полость брюшины документировано у 1 пациента.

Закключение. Таким образом, осложнения после ЛШО являются частыми и во многом определяют течение и прогноз заболевания. Частота возникновения неблагоприятных последствий зависела от возраста и состояния ребенка на момент ЛШО, особенностей хирургической тактики и адекватности коррекции нарушений ликворообращения. В большинстве случаев различные осложнения сочетались, взаимоотягочающая состояние больного. Анализ полученных данных позволит проводить профилактику развития послеоперационных осложнений, связанных с имплантацией шунтирующих систем у больных с гидроцефалией разной этиологии.

Билак сохаси очик жарохатларида операциядан кейинги асоратларининг олдини олиш чора-тадбирлари

Усмонов Б.С., Исмоилов Ж.Т., Амонкулов З.К.

РШТЁИМ Фарғона филиали

Тадқиқот максади — шошилиш операция талаб киладиган билак сохаси очик жарохатларида ташхис олди антибактериал профилактика усулини қўллаш орқали хирургик инфекцияларни камайтириш. Шикастланган қон-томир, нервларни микроскоп остида тикиш, анастомоз тромбозларини олдини олиш максадида гепаринизация килиш орқали операциядан сўнги асоратларни камайтириш ва даволаш ишларини яхшилаш.

Материал ва текшириш усуллари. Бизнинг иш-мизни 2007-2011 йилларда РШТЁИМ Фарғона филиали қон-томир ва микрохирургия жаррохлик бўлимида даволанган билак сохаси очик жарохати билан 175 та беморлар тахлил қилинди. Шулардан 140 (80%) таси эркаклар, 35 (20%) таси аёллар бўлган. Текширилган беморларнинг ўртача ёши 25 ёш. Жарохат олган 175-бемордан 75 (42,8%) таси билак, тирсак атрерияси, ўрта ва тирсак нерви, бармоқ-кафтни букувчи юзаки ва чуқур пайлари шикасти билан, 50 (28,5%) таси билак артерияси, билак ўрта нерви, кафт ва бармоқ букувчи пайлар шикасти билан, 25 (14,2%) таси билак суюги, билак ва тирсак артерияси, билак ўрта нерви, тирсак нерви, кафт-бармоқларни букувчи чуқур ва юзаки пайлар шикасти билан, 15 (8,5%) таси тирсак суюги, билак

ва тирсак артерияси, билак ўрта нерви, тирсак нерви, букувчи пайлар шикасти билан, 10 (5,7%) таси билак ва тирсак суюклари, билак, тирсак артериялари, билак ўрта нерви, тирсак нерви, букувчи пайлари шикасти билан оператив даволанган.

Олинган натижалар ва уларнинг муҳокамаси. Оператив даволанган 175 беморлардан 162 (92,57%) тасида ижобий натижа олинган. Қолган 13 (7,42%) тасида турли асоратлар кузатилган: 9 тасида операциядан кейин жарохат йиринглаши, 4 тасида — артерия анастомози тромбози.

Биз қўйидаги ишларни тўла-тўқис бажариш орқали операциядан кейинги асоратларни камайтиришга эришдик: 1. Операциядан олдин ва кейин антибиотикопрофилактика ўтказиш. 2. Бирламчи хирургик ишловни тўла-тўқис бажариш. 3. Қон-томир, нервларни мос келадиган чок ипларида микроскоп остида тикиш. 4. Операциядан кейин билак шиш бўлса магистрал артерия қон-томирларини ўтказувчанлигини яхшилаш максадида фасциотомия килиш. 5. Антикоагулянт препаратларни қўлаш. 6. Нерв томирлар регенерациясини кучайтирувчи препаратларни қўлаш.

Профилактика и лечение тромбозмболических осложнений у больных с политравмой

Утаев Л., Сайпиев А.С., Маликов Ю.Р.

Навоийский филиал РНЦЭМП

В отделении сочетанных травм Навоийского филиала РНЦЭМП в 2005-2011 гг. на стационарном лечении находились 527 пострадавших с множественными переломами костей скелета различной степени тяжести, из них у 102 имело место одновременное повреждение костей голени, бедра и таза.

Профилактику тромбозов глубоких вен нижних конечностей осуществляли при помощи медикаментозных и хирургических мероприятий. Всем больным в динамике лабораторно определяли содержание в

крови фибриногена, протромбиновый индекс и количество тромбоцитов. У 42 (41,1%) пострадавших при ультразвуковой доплерографии выявлены признаки тромбоза глубоких вен нижних конечностей, который клинически не проявлялся. С целью медикаментозной профилактики тромбозмболических осложнений применяли антиагреганты (трентал, никотиновая кислота, реополиглюкин) и антикоагулянты (фраксипарин в дозе 0,3-0,6 мл в день в течение 10-12 дней). Хирургический метод профилактики тромбозмболических

осложнений заключался в проведении раннего стабильного остеосинтеза, который давал возможность ранней активации больных без применения массивных гипсовых повязок. У 54 (52,9%) пострадавших выполнено 72 различных стабилизирующих остеосинтеза. Несмотря на профилактику тромбоэмболических осложнений у 2 больных возникли явления тромбоэмболии легочных артерий, которые закончились ле-

тальным исходом.

Таким образом, своевременно проведенная медикаментозная профилактика тромбоза глубоких вен нижних конечностей и ранние стабилизирующие операции на конечностях снижают частоту возникновения тромбоэмболических осложнений, уменьшают количество летальных исходов.

Синдром полиорганной недостаточности у обожженных с термоингаляционной травмой

Фаязов А.Д., Камиллов У.Р., Убайдуллаева В.У., Абдуллаев У.Х.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В литературе имеются лишь отдельные работы, отражающие проблему синдрома полиорганной недостаточности при ожогах. Развивающийся неконтролируемый синдром системного ответа воспаления становится причиной повреждения тканей, иммунодефицита с развитием гнойно-септических осложнений с последующей полиорганной недостаточностью.

Исследование основано на результатах ретроспективного анализа историй болезней 305 пострадавших с термическими ожогами I-II-IIIАБ-IV степени и термоингаляционной травмой (ТИТ), поступивших в отделение комбустиологии РНЦЭМП МЗРУз в 2001-2010 гг. Возраст пострадавших — от 1 года до 85 лет. 153 больных выздоровели, 152 погибли, следовательно летальность от этого вида поражения составила 49,8%.

Как показывают результаты исследования, наиболее частым компонентом в структуре синдрома полиорганной недостаточности являлась токсическая пневмония, нефрит и миокардит, которые наблюдались соответственно у 95,4%, 94,7% и 88,8% больных с неблагоприятным исходом ожоговой болезни. Частота этих осложнений в группе выздоровевших пациентов была равна соответственно 58,2%, 13,1% и 72,6%. Токсическая пневмония в группе выздоровевших обожженных с ТИТ развилась у 36,6%, в группе умерших — у 73,7%.

В раннем периоде ТИТ нарушения со стороны органов дыхания ограничиваются спазмом мышц гортани, позже — отеком и воспалением слизистой оболочки дыхательных путей, которые обуславливали благоприятные условия для развития пневмонии. В основе профилактики и лечения этого осложнения лежит регулярная санация трахеобронхиального дерева, а также проведение рациональной антибиотикотера-

пии и ультразвуковой ингаляции препаратами для местного воздействия.

Обращает на себя внимание значительная разница в двух группах частоты токсического нефрита. У выздоровевших больных этот показатель равен 13,1%, в группе умерших — 94,7%. Это указывает на проблемность и недоработанность проведения патогенетически обоснованной инфузионной терапии пострадавшим с ТИТ. В клинической практике больным этой категории инфузионная терапия назначается с большой осторожностью, так как всегда имеется угроза развития отека легких. В то же время уменьшение скорости введения и количества вводимых внутривенно жидкостей вызывает снижение перфузии почек, способствует сохранению и усугублению гиповолемии, что в последующем может обуславливать развитие осложнений ожоговой болезни, со стороны как почек так и легких.

Таким образом, термические поражения дыхательных путей в сочетании с ожогами кожных покровов, несмотря на меньшую частоту встречаемости, обуславливают высокую летальность. Сочетание термоингаляционной травмы с термическим ожогом кожных покровов существенно отягощает течение ожоговой болезни. Основной причиной летального исхода при данном виде поражения является синдром полиорганной недостаточности, в структуре которого ведущее место занимает недостаточность со стороны органов дыхания, почек, печени и сердечно-сосудистой системы. Подход к диагностике тяжести поражения и лечению этого контингента пострадавших требует проведения дальнейших исследований.

Хирургическая профилактика гнойно-септических осложнений ожоговой болезни у тяжелообожженных

Фаязов А.Д., Камиллов У.Р., Шукуров С.И., Сабитов А.Т.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель работы — снижение количества гнойно-септических осложнений ожоговой болезни и улучшение результатов хирургического лечения тяжелообожженных путем применения активной хирургической тактики лечения.

Проанализированы результаты хирургического лечения 178 обожженных в возрасте от 5 до 70 лет (средний возраст — $44,8 \pm 18,7$ года) с ожогами площади поражения от 5 до 60% поверхности тела (средняя площадь — $25,4 \pm 10,3\%$). В зависимости от тактики хирургического лечения больные были разделены на три группы. 1-ю группу составили 110 (61,8%) пострада-

вших, которым проводилась лечение с применением химической некрэктомии 20-40% мазью салициловой кислоты с последующим пластическим закрытием дефекта кожи. 53 (29,8%) пациентам 2-й группы выполнена ранняя некрэктомия (на 5-7-е сутки с момента травмы) с последующим закрытием послеоперационного дефекта временными раневыми покрытиями (фолидерм, воскопан или парапан). После покрытия раневой поверхности грануляционной тканью осуществлена ауто- и аллопластика. 3-ю группу составили 15 (8,4%) детей, у которых применяли комбинацию ауто- с аллопластикой. У детей донорами кожи яви-

лись близкие родственники (родители, братья, сестра). Обязательным компонентом предоперационного обследования доноров явилось определение совместимости по группе крови и резус-фактору. Максимальная площадь взятой донорской кожи для пластического закрытия дефекта составила 800 см².

Как правило, ранняя тангенциальная некрэктомия, выполненная всем 68 больным 2-й и 3-й группы, сопровождалась повышенной кровоточивостью раневой поверхности, в связи с чем предпочтение отдано отсроченной аутодермопластики. Только у 10 (14,7%) пациентов с ограниченными глубокими ожогами ранняя некрэктомия завершена одномоментной аутодермопластикой. У 31 (45,6%) обожженного после проведения некрэктомии образовалась обширная гранулирующая рана с явным дефицитом донорских ресурсов, в этих случаях дефект кожного покрова закрывался временным раневым покрытием. Кроме того, у 15 пострадавших 3-й группы выполнена комбинированная пластика с использованием ауто- и аллотрансплантатов. Объем одномоментно иссеченных некротизированных тканей составил 500–1300 см². При обширности площади глубоких ожоговых ран с целью снижения травматичности хирургическое вмешательство проводилось в несколько этапов. При явном дефиците донорских ресурсов полезную площадь трансплантата увеличивали использованием сетчатых трансплантатов с коэффициентом 1:2 и 1:3.

Как показывают результаты наших наблюдений, у пациентов 1-й группы некротический струп отошел в среднем через 19,4 дня. Количество койко-дней до первого пластического закрытия дефекта кожи в среднем составляло 25,6, частичный лизис пересаженных

кожных лоскутов наступил у 21,7% пациентов, полный лизис аутотрансплантатов составил 2,9%. У 31,2% пациентов 1-й группы была пневмония, у 13,6% — сепсис.

У пациентов второй группы, у которых образовывалась обширная раневая поверхность после тангенциальной некрэктомии была закрыта временными раневыми покрытиями, сразу после операции отмечалось значительное уменьшение боли, объема потери белка, воды и электролитов, а ежедневные перевязки были менее болезненными. Кроме того, наблюдалась более быстрая краевая эпителизация ран без обычного их инфицирования, характерного для традиционного ведения подобных ран. Так, во 2-й группе частичный лизис аутодермопластатов отмечен только в 9,5% случаев. Пневмония и сепсис при ранней некрэктомии наблюдались почти в два раза реже — соответственно у 9,6 и 6,2% больных.

В 3-й группе пострадавших отторжение аллотрансплантатов, как правило, происходило на 20–25-е сутки после операции. К этому сроку раневая поверхность была полностью готова к проведению аутодермопластики. Приживляемость пересаженной аутокожи в среднем составила 80% без развития местных гнойно-септических осложнений. В числе значимых общих осложнений у детей, подвергнутых активной хирургической тактике лечения, пневмония отмечена в 1,6%, сепсис — в 7,6% случаев.

Таким образом, проведение ранней некрэктомии с применением различных вариантов закрытия дефектов кожного покрова у тяжелообожженных улучшает результаты хирургического лечения и снижает количество гнойно-септических осложнений ожоговой болезни.

Роль микробиологического мониторинга в лечении пострадавших с термической травмой

Фаязов А.Д., Мухамеджанова Н.Н., Камилов У.Р., Шамуталов М.Ш., Сабитов А.Т.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Проведен ретроспективный анализ 132 историй болезней пациентов с термическими поражениями различной площади и глубины ожогов за 2010 г. В ходе проведенного мониторинга получены данные об основных возбудителях нозокомиальных инфекций и данные о состоянии их антибиотикорезистентности. Результаты мониторинга показали, что в основном высевались *Kl. Pneumonea* (30,3%), *Staph. aureus* (21,2%), *Ps. aeruginosa* (18,9%), *Str. viridans* и *Ent. aerogenes* (по 7,6%).

Структура антибиотикорезистентности высеянных микроорганизмов выглядела следующим образом:

Kl. pneumonea: не чувствителен более чем в 65% случаев к рифампицину, амоксиклаву, цефалоспорином, гентамицину; чувствителен более чем 55% случаев к амикацину, фторхинолонам.

Staph. aureus: не чувствителен более чем в 50% случаев к ампициллину, амоксиклаву, рифампицину, ванкомицину; чувствителен более чем в 61% случаев к амикацину, доксициклину, фторхинолонам.

Ps. aeruginosa: не чувствителен более чем в 67% случаев к рифампицину, амоксиклаву, цефалоспорином, фторхинолонам; чувствителен более чем в 58% случаев к амикацину.

Ent. aerogenes: не чувствителен более чем в 70% случаев к цефалоспорином, рифампицину, пefлокса-

цину; чувствителен более чем в 60% случаев к амикацину, офлоксацину.

St. viridans: не чувствителен более чем в 60% случаев к ампициллину, амоксиклаву, рифампицину, ванкомицину; чувствителен более чем в 60% случаев к цефотаксиму, амикацину, фторхинолонам, доксициклину.

Таким образом, сегодня главенствующая роль среди микроорганизмов, заселяющих ожоговые раны, принадлежит *Kl. pneumonea*, *Staph. aureus* и *Ps. aeruginosa*, с тенденцией к увеличению консолидации микробной обсемененности. Кроме количественного преобладания высеваемости, лидеров раневой микрофлоры характеризует неуклонный рост их антибиотикорезистентности, что превращает внутрибольничную инфекцию в серьезную медицинскую проблему. В комплексном лечении ожоговой болезни следует постоянно учитывать целесообразность применения тех или иных антибиотиков, их комбинаций, доз, степень микробной обсемененности ожоговых ран, чувствительность их к антибиотикам. Периодическое мониторирование микробного пейзажа ожоговой раны и его антибиотикорезистентности, назначение антибактериальной терапии на основании микробиологического обследования позволяет своевременно вносить изменения в схему стартовой антибиотикотерапии и более рационально использовать лекарственные средства.

Комплексная медикаментозная терапия синдрома жировой эмболии у больных со скелетной травмой

Хаджибаев А.М., Валиев Э.Ю., Мирджалилов Ф.Х.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Ранний остеосинтез крупных сегментов является профилактикой синдрома жировой эмболии, при котором достигается уменьшение внутрикостного давления и высвобождения костного мозга в кровотоки (Егурнов Н.И., 1980). Однако применение хирургических приемов не решает проблему полностью. Изменения гомеостаза, неизбежно возникающие при операциях на крупных сегментах и предрасполагающие к развитию синдрома жировой эмболии, диктуют необходимость использования медикаментозных способов коррекции таких нарушений.

Разработанный в нашем центре способ лечения, направленный на профилактику синдрома жировой эмболии, улучшает качество медикаментозной коррекции при манифестации клинических проявлений. Для эффективного воздействия на все патогенетические звенья СЖЭ в остром периоде травмы начиная с момента поступления в стационар и на этапах лечения проводится внутривенная инфузия сукцинасола. Применяется сукцинасол в дозировках 400 мл в капельной инфузии (со скоростью 30-40 капель в мин), начиная с момента поступления пострадавшего в протившоковую палату или при отсроченных оперативных вмешательствах на крупных сегментах (погружные методы остеосинтеза), ежедневно, в течение 2-3-х суток. В зависимости от выраженности жировой гиперглобулинемии, положительно влияет на регуля-

цию водно-солевого обмена, кислотно-основного состояния, повышая энергетический потенциал организма, улучшает микроциркуляцию, восстанавливает гемодинамические показатели и функцию сердечной мышцы. Обладая антиацидотическими, антигипоксическими, мембранопротекторными свойствами, оказывает дезинтоксикационный и мочегонный эффект.

Применение сукцинасола по указанной выше схеме у 46 пациентов, перенесших оперативные вмешательства на крупных сегментах, привело к достоверному ($p < 0,05$) снижению развившейся до и после операции жировой гиперглобулинемии. Клинические проявления синдрома жировой эмболии не были зарегистрированы ни у одного больного.

Таким образом, применение сукцинасола позволяет улучшить результаты лечения травматической жировой эмболии, улучшает общее состояние больного и функции жизненно важных органов, сокращает сроки нахождения в палате интенсивной терапии, достоверно снижает процент неблагоприятных исходов. Эти результаты объясняются механическим удалением дезэмульгированного жира, токсичных веществ нарушенного метаболизма, улучшением микроциркуляции, нормализацией свертывающей системы, повышением иммунного статуса и функции жизненно важных органов.

Особенности хирургического пособия при сочетанных травмах органов брюшной полости

Хаджибаев А.М., Гулямов Б.Т., Шукуров Б.И., Хакимов А.Т.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Видеолапароскопия применена у 208 больных со стандартным отклонением возраста $33,7 \pm 14,4$ года. Травма органов брюшной полости наиболее часто (в 163 (78,4%) случаях) сочеталась с ЧМТ. У 109 (52,4%) пострадавших выявлено повреждение более 2-х областей (например, живот+грудь+череп или живот+грудь+череп+позвоночник). Только у 34 (16,3%) пострадавших отсутствовали нарушения сознания, во всех остальных случаях мы наблюдали оглушение (149), сопор (10) и кому (15). Более чем у половины пострадавших – 130 (62,5%) больных – в диагнозе фигурировал шок различной степени тяжести, из которых 20 (69,0%) человек мы не смогли вывести из критического состояния и они погибли в первые 2 суток после поступления к клинику. Частота ошибочных результатов УЗИ у больных с сочетанной травмой живота составляет 17,8%. Поэтому в 102 (48,1%) случаях диагностическая видеолапароскопия выполнена вопреки отрицательным результатам УЗИ у пострадавших, которые подвергались хирургическим вмешательствам по поводу сочетанных травм других анатомических зон под общим обезболиванием. У 28 (27,5%) больных такой тактический подход полностью оправдал себя, когда было выявлено наличие повреждения органов брюшной полости. При экстренной видеолапароскопии в 131 (63,0%) случаях подтверждено наличие патологического выпота в брюшной полости, в том числе с точным указанием его источника (поврежденного органа). Еще в 3 (1,4%) случаях выявлен геморрагический выпот в левом боко-

вом канале и в полости малого таза, однако эндоскопической ревизией хирургу не удалось точно определить источник кровотечения, что послужило показанием к конверсии, во время которой повреждения внутренних органов не было обнаружено. Других случаев диагностической ошибки в группе больных, подвергнутых видеолапароскопии, мы не наблюдали. У 74 (35,6%) пострадавших диагностическая видеолапароскопия смогла с уверенностью исключить наличие внутрибрюшных осложнений сочетанной травмы. Возможности для надежного эндоскопического гемостаза наиболее часто возникали при изолированных повреждениях печени, большого сальника, надрывах париетальной брюшины и разрывах кист яичника. В сумме у 116 (55,8%) пострадавших с сочетанной травмой видеолапароскопическая техника смогла решить все лечебно-диагностические вопросы, связанные с травмой живота, без выполнения широкой лапаротомии. Как правило, с целью остановки кровотечения из зоны повреждения мы использовали электрокоагуляцию.

Таким образом, видеолапароскопия позволяет визуально оценить имеющиеся внутрибрюшные повреждения и определить рациональную хирургическую тактику без существенного риска для жизни пострадавшего, практически у половины (54,3%) больных решить все лечебно-диагностические вопросы, связанные с травмой живота, без выполнения широкой лапаротомии.

Диагностика и лечение внутритканевого гипертензионного синдрома конечности у больных с шокогенной травмой

Хахимов Р.Н.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Компартмент-синдром (КС), «compartment syndrome», или внутритканевый гипертензионный синдром — это сложный симптомокомплекс, при котором высокое внутритканевое (тканевое) давление в закрытом костно-мышечно-фасциальном пространстве, нарушая кровоснабжение в капиллярной системе, способствует локальному повышению венозного давления за счет роста гидродинамического сопротивления. Большинство клинических признаков КС можно охарактеризовать как субъективные. В связи с этим необходимы объективные диагностические критерии, позволяющие установить КС при повреждениях конечностей на раннем этапе. Таким диагностическим критерием является показатель внутритканевого давления.

В 2011-2012 гг. с шокогенными переломами длинных трубчатых костей нижних конечностей на стационарном лечении в РНЦЭМП находились 862 пациента. КС наблюдался у 258 (29,9%) из них. Исследование внутритканевого давления проводилось у 35 пациентов с переломами голени в возрасте от 18 до 65 лет, которым в последующем были выполнены хирургические вмешательства с использованием различных методов остеосинтеза. В возрасте 18-40 лет было 20 (57,2%) больных, 41-60 лет — 11 (31,4%), старше 60 лет — 4 (11,4%). Мужчин было 23 (65,7%), женщин — 12 (34,3%).

Для объективного измерения внутритканевого давления использовали прибор Intra-Compartmental Pressure Monitor System фирмы «Stryker». Измерения проводили во всех четырех фасциальных футлярах голени. Легкая степень КС (уровень подфасциального давления на 30-40 мм рт.ст. ниже диастолического) наблюдалась у 19 (54,3 %) пострадавших, средняя (подфасциальное давление равно диастолическому) — у 14 (40,0%), тяжелая (уровень подфасциального давления выше уровня диастолического) — у 2 (5,7%). Ранняя фасциотомия произведена у 4 (11,4%) пациентов в типичных точках. Экзартикуляция на уровне шопарова

сустава правой стопы — у 1 (2,9%).

Обследование проводили при поступлении, каждый час в течение первых 4 часов, через 6 и 12 часов, в 1-, 5-, 7- и 10-е сутки. Больные были разделены на две группы. 19 пациентов 1-й группы получали стандартную противоотечную терапию с использованием диуретиков, антиагрегантов, кристаллоидных препаратов, нестероидных противовоспалительных препаратов.

16 больным 2-й группы комплексного лечения, для снятия отека вводили 0,1% раствор L-лизина эсцината (АО «Галичфарм») в дозе 5-10 мл внутривенно 2 раза в сутки в течение 7 дней с целью профилактики развития отечного синдрома. Исследования подфасциального давления у больных 2-й группы начинали до введения препарата. Длительность исследования в обеих группах составила 11 дней. Больные двух групп были сопоставимы по возрасту, полу, характеру оперативных вмешательств и способу консервативного лечения.

У больных 2-й группы, получавших 0,1% раствор L-лизина эсцината, уменьшение пастозности и отека поврежденной конечности наблюдалось уже через сутки. Полностью эти нарушения исчезали к 5-м суткам посттравматического или послеоперационного периода, а у пациентов 1-й группы — только к 8 м суткам. У больных 2-й группы отмечался регресс клинической симптоматики и уменьшение подфасциального давления, что позволяло сократить сроки лечения на 2-3 дня.

Выводы. 1. При определении степени тяжести течения шокогенных переломов костей нижней конечности следует исследовать показатель внутритканевого давления с помощью монитора «Stryker». 2. Для предупреждения развития отека мягких тканей назначать 0,1% раствор L-лизина эсцината как при консервативном, так и при оперативном лечении переломов нижних конечностей, сопровождающихся локальными расстройствами кровообращения.

Значение препарата инфезол 100 при нутритивной поддержке у ожоговых больных

Хахимов Э.А., Аминов У.Х., Шакиров Б.М., Ашурова М.М.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Основным требованием, предъявляемым к современным растворам аминокислот является обязательное содержание 8 незаменимых аминокислот, 6 аминокислот, синтезируемых в организме из углеводов (аланин, глицин, серин, пролин, глутаминовая и аспарагиновая кислоты), 4 аминокислоты, которые синтезируются в организме в незначительном количестве (аргинин, гистидин, тирозин, цистеин). Практически всем вышеописанным требованиям соответствует препарат инфезол 100 — 10% инфузионный раствор аминокислот с углеводами и электролитами, с испытанным составом с высокой биологической активностью, выпускаемой компанией «Berlin-chemie».

В состав инфезола 100 входят условно незаменимые аминокислоты, такие как аргинин, гистидин, глутамин. Аргинин является промежуточным метаболитом в цикле мочевины, где он гидролизует до моче-

вины и арнитина с помощью фермента аргиназы. L-аргинин является важным субстратом для образования оксида азота, способствующего секреции некоторых пептидных гормонов. Аргинин мощный иммуномодулятор и стимулятор заживления ран, снижает число инфекционных осложнений, уменьшает степень катаболизма. Гистидин существенно уменьшает тяжесть течения уремии и обеспечивает положительному азотистому балансу.

Материал и методы. В отделении комбустиологии Самаркандского филиала РНЦЭМП инфезол 100 назначили 202 больным с ожоговой болезнью в возрасте от 4 мес. до 60 лет с различной степенью ожога, у которых уровень общего белка в крови был равен 45,0-48,0-54,0-60,0 г/л.

Результаты и обсуждение. Придерживались общих рекомендаций по дозировке аминокислот: взрослым

до 2,0 г/кг массы тела в сутки, детям 1,0-2,5 г/кг массы тела в сутки (скорость введения до 0,1 кг массы тела в ч). Об эффективности инфезола судили по показателям общего белка в сыворотке крови и его фракций.

Инфезол 100 показал высокую эффективность. Содержание белка стабильно удерживалось на одном уровне в течение всего периода лечения, а у некоторых больных даже несколько увеличилось. Все больные препарат перенесли хорошо, побочных явлений и осложнений не наблюдалось.

Выводы. Инфезол 100 показал высокую активность при проведении ранней нутриционной поддержки в

комплексной терапии ожоговой болезни, что позволило минимизировать катаболическую реакцию организма на шокогенную термическую травму. Инфезол 100 поддерживает на уровне субнормальных значений показатели соматического и висцерального пулов белка, способствует благоприятному прогнозу заболеваний, улучшению клинических и биохимических показателей крови и мочи, что в целом приводит к оптимизации качества лечения и сокращению сроков пребывания больного в условиях интенсивной терапии и реанимации.

Желудочно-кишечные осложнения у тяжелообожженных

Хакимов Э.А., Шакиров Б.М., Некбаев Х.С., Тагаев К.Р., Исмати О.Ф.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Цель исследования — изучение частоты возникновения острых стрессовых язв у тяжелообожженных, их лечение и профилактика.

Под наблюдением находились 112 больных с желудочно-кишечным осложнением в возрасте от 2 месяцев до 80 лет, или 15% от общего числа больных лечившихся от ожоговой болезни. Площадь глубокого ожога у 80 составляла более 10% поверхности тела. Ожоги локализовались в области передней брюшной стенки (42), грудной клетки (10) и на верхних и нижних конечностях (28).

С целью диагностики синдрома «острого живота» у обожженных проводились клинико-лабораторные исследования, по показаниям рентгеноскопия грудной и брюшной полости (45), УЗИ печени и желчного пузыря (68), гастродуоденофиброскопия (85).

Течение ожоговой болезни осложнилось: язвой пищевода — у 2, геморрагическим гастритом — у 16, язвой желудка с кровотечением — у 35, перфорацией — у 2, острым расширением желудка — у 27, множественными язвами тонкого кишечника без перфорации — у 5, с перфорацией у 4, острым холециститом бескаменным — у 4, калькулёзным — у 11, тромбозом брыжеечных сосудов — у 2, острым панкреонекрозом — у 2, капилляротоксикозом (абдоминальная форма) — у 2 обожженных.

Всем больным с целью остановки кровотечения местно (эндоскопически) применяли промывание желудка охлажденной водой, введение в желудок

охлажденного 5% раствора аминокaproновой кислоты с адреналином, 0,2% раствором тромбина, 0,25-0,5% раствором нитрата серебра (150-200 мл), алмагеля А. Кроме того, переливали свежеситратную кровь, плазму, криопреципитат, 5% раствор аминокaproновой кислоты и др. Назначали H₂-блокаторы, тканевые протекторы, обволакивающие средства. В результате комплексного консервативного лечения гемостатический эффект достигнут у всех больных.

У 87 больных с целью профилактики язв в периоде ожогового шока и токсемии использовали препарат квамател (фамотидин) («Гедеон Рихтер», Венгрия). Образования язв и эрозий желудка и двенадцатиперстной кишки у наблюдаемых больных нами не установлено.

Наши наблюдения показывают, что большинство осложнений отмечалось в стадии токсемии и септико-токсемии ожоговой болезни, что, вероятно, связано с повышенным распадом белка, нарушением портального кровообращения, внутрисосудистой микроциркуляции и ишемии слизистой оболочки, а также с резким угнетением гуморально-клеточного иммунитета.

Из 112 больных умерли 32 (28,6%).

Выводы. Профилактика, улучшение методов ранней диагностики, эффективные способы лечения больных с различными синдромами «острого живота» способствуют снижению летальности у тяжелообожженных.

Артропластика при дегенеративно-дистрофических заболеваниях и последствиях травм тазобедренного сустава

Хамраев Ш.Ш., Хамраев А.Ш., Тугизов Б.Э., Шорустамов М.Т., Очилов Э.Р.

Республиканский специализированный центр хирургии суставов и кисти

Цель - оценка эффективности отдаленных результатов артропластики тазобедренных суставов у пациентов с коксартрозом различной этиологии, переломами и ложными суставами шейки бедренной кости.

Материал и методы. Комплексное обследование и лечение проведено у 257 больных с последствиями травм и заболеваниями тазобедренного сустава. Больных с коксартрозом было 185 (72,2%), из них идиопатический у 16,3%, диспластический у 67,5% посттравматический у 16,2%. Большинство пациентов (70,3%) имели двусторонний процесс. Переломы и ложные суставы шейки бедренной кости были у 82 (31,9%) больных. Кроме обычных клинических и рент-

генологических методов исследования, мы применяли компьютерную томографию, двухфотонную рентгеновскую и ультразвуковую денситометрию. Функциональные результаты оценивались по шкале Харриса. Сроки наблюдений - 1-7 лет. Использовались эндопротезы Howmedica, Zimmer, Stryker, DePuy, ЭСИ, гибридной конструкции. Бесцементное крепление компонентов эндопротеза выполнено у 62,7% больных, цементное — у 33,5%, гибридное — у 3,8%. Предоперационная подготовка включала лечебно-диагностические процедуры, направленные на стабилизацию гомеостаза и профилактику возможных осложнений. Операцию выполняли под спинальным

вой (62,5%) или внутривенной с интубацией (37,5%) анестезией. В большинстве случаев использовали хирургический доступ Хардинга. В послеоперационном периоде проводилась ранняя активизация больных на фоне компенсации общесоматического статуса и профилактики тромбоэмболических осложнений (под контролем коагулограммы крови).

Результаты и обсуждение. Вид патологии тазобедренного сустава определяет разные требования как к эндопротезу, так и к его компонентам и способам их крепления. Техника установки может комбинироваться с костной пластикой и применением дополнительных опоробразующих конструкций. С целью декомпрессирующей мобилизации тазобедренного сустава при низведении бедренной кости, профилактике асептический нестабильности компонентов эндопротеза произведена тенотомия m. iliopsoas от места прикрепления к малому вертелу. Во время гемиаартропластики при ложных переломах шейки бедренной кости использовали разработанные нами экстрактор (патент FAP 00597) для вывихивания остатка головки бедра. Технически наиболее сложными для артропластики представляются дисплазии и посттравматический коксартроз. Наиболее тяжелую группу в лечебном плане составили длительно иммобилизированные пациенты пожилого возраста с ложными суставами шейки бедра. Остеопения и остеопороз требует тщательного наблюдения и лечения как в пред-, так и в послеоперационном периодах, особенно в случае механического крепления эндопротеза. Сроки послеоперацион-

ной реабилитации зависят от конструктивных особенностей протеза, степени его интраоперационной стабильности, репаративных возможностей костной ткани и проведенного в предоперационном периоде восстановительного лечения. Хорошие и удовлетворительные результаты получены у 96,7%. Причиной неудовлетворительных исходов были нестабильность компонентов эндопротеза (4,2%), гнойная инфекция (0,2%), тромбоэмболия (0,4%) и параартикулярная оссификация (0,2%).

Выводы. 1. Анализ результатов эндопротезирования свидетельствует о высокой эффективности метода. Стойкость положительных исходов в значительной степени зависит от соблюдения технологии лечения, которая, помимо техники операции и выбора типа эндопротеза, включает в себя проведение адекватной реабилитации и профилактики обострений хронических общесоматических заболеваний и наиболее часто встречаемых осложнений как в пред-, так и послеоперационном периодах. 2. С целью декомпрессирующей мобилизации тазобедренного сустава, при низведении бедренной кости необходимо выполнить субпериостальное отсепарование m. iliopsoas у места прикрепления к малому вертелу и подкожную тенотомию приводящих мышц бедра. 3. Использование способа экстракции головки бедра при переломах и ложных суставах шейки бедра позволит сохранить целостность суставного лимбуса и хряща, а также подобрать идентичный размер головки эндопротеза по неповрежденному контуру.

Влияние экстрацеребральных осложнений на послеоперационное течение нетравматических внутримозговых кровоизлияний

Ханкельдиев Н.З., Кузibaев Ж.М., Махкамов К.Э.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель работы — изучение влияния экстрацеребральных нарушений на послеоперационное течение НВМК.

Проанализированы данные 224 больных с внутримозговыми кровоизлияниями нетравматического генеза, получавших хирургическое лечение в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи в период с 2001 по 2011 гг. Для оценки влияния экстрацеребральной патологии на течение послеоперационного периода анализировались причины наступления летальных исходов на основании клинического и патологоанатомического исследования состояния головного мозга и всех висцеральных органов. У 43 (48%) из 89 умерших летальный исход был обусловлен церебральными причинами, у 42 (47%) — патологией внут-

ренних органов, у 4 (5%) — сочетанными причинами смерти. Из церебральных причин смерти встречались собственно кровоизлияние — 29%, выраженный отек головного мозга, дислокация и сдавление ствола мозга — 11%, повторное кровоизлияние — 8 %. Из экстрацеребральных причин смерти частыми причинами были пневмония — 18 %, острая сердечно-сосудистая недостаточность — 7%, тромбоэмболия легких — 12%, желудочно-кишечное кровотечение — 3%, острая почечная недостаточность — 2%, инфаркт миокарда — 5%.

Таким образом, развитие патологии экстрацеребральных органов оказывало существенное неблагоприятное влияние на исход течения НВМК.

Комплексная интенсивная терапия токсической гепатопатии, осложненной развитием острой печеночной недостаточности

Хожиев Х.Ш., Стопницкий А.А., Ишбаев Н.А., Акалаев Р.Н

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Нами представлен комплексный подход к лечению тяжелых гепатопатий и анализ наиболее тяжелых случаев ОПечН при экзогенных отравлениях. В 2003-2011 гг. было 16 больных с отравлением грибами, 25 — медикаментами (парацетамол, БАД), 3 — хлорированными углеводородами, 29 — алкоголем, всего 73 пациента. Сроки от момента принятия яда до госпитализации от 3 часов до 4-х суток.

У наблюдаемых нами больных имелся весь симптомокомплекс ОПечН: гепатоцеребральный синдром от незначительных психических расстройств до глубокой комы; билирубинемия различной степени выраженности от 150 до 800 мкмоль/л; увеличение содержания АсТ и АлТ в 5-12 раз, гипопропротеинемия до 45 г/л; геморрагический синдром, обусловленный в первую очередь резким снижением прокагулянтов,

продуцируемых печенью и соответственно протекающий без характерной при ДВС-синдроме стадийности.

После экстренных мероприятий, направленных на купирование экзотоксического шока и удаление из организма токсических веществ, проводилось интенсивное комплексное лечение.

Общепринятая защитная печеночная терапия – внутривенное капельное введение 20% раствора глюкозы до 1000 мл в сутки с инсулином, витаминами группы В; коррекция водно-электролитных нарушений и КОС, липоевая кислота до 6,0- 0,5% раствора в/м, эссенциале до 40 мл в сутки капельно с целью восстановления и сохранения клеточных структур печени и фосфолипидозависимых энзиматических систем. Контрикал – 1000 ЕД/кг в сутки с целью блокады калликреин-кининовой системы и вторичного фибринолиза.

Учитывая нарушение белоксинтезирующей функции печени, гипопроотеинемии и особенно гипоальбуминемии, с целью уменьшения отечно-асцитического синдрома, профилактики геморрагического синдрома ежедневно вводились СЗП от 400,0 до 600,0 мл в зависимости от степени гипопроотеинемии и 10% раствор альбумина 100,0 – 200,0 мл.

Раствор ГХН применяли как в токсикогенной, так и в соматогенной фазах отравления. На наш взгляд, гипохлорит натрия, являясь донором активного кисло-

рода, улучшая процессы метаболизма, реологического состояния крови, корректируя КЩС, служит определенной защитой компенсаторных и стимуляцией регенеративных процессов в печени.

Одновременно мы наблюдали отчетливую детоксикационную способность ГХН незначительно снижать уровень мочевины, креатинина, средних молекул и до 30% - содержание билирубина в крови.

Плазмаферез с объемом замещения СЗП от 600 до 1000 мл, альбумином. Всего пациентам этой группы проведено 247 сеансов мембранного плазмафереза.

Глюкокортикоиды назначались внутривенно для стабилизации гемодинамических показателей, гомеостаза, по мере регресса печеночной недостаточности, улучшения общего состояния в течении 3-х недель.

Благодаря такому лечению удалось добиться восстановления функции печени у больных с гепатопатиями средней степени тяжести, снизить длительность лечения до 12-16 дней. 53 (72,6%) больных выписаны с полным выздоровлением; 10 (13,6%) - с остаточными явлениями функционального характера; умерли 8 (10,9%) пациентов.

Вывод. Токсическая гепатопатия является грозным осложнением острых экзогенных отравлений, требующим проведения комплексной интенсивной терапии.

Медикаментозная профилактика судорожного синдрома в послеоперационном периоде у больных с черепно-мозговой травмой

Холмирзаев П.Х., Юсупов А.М.

Наманганский филиал РНЦЭМП

В отделение нейрореанимации Наманганского филиала РНЦЭМП в 2008-2011 гг. госпитализированы 533 больных черепно-мозговой травмой (ЧМТ) различной степени тяжести. 205 (38,4 %) больным произведена декомпрессивная трепанация черепа с удалением интракраниальных гематом. Все больные получали комплексную интенсивную терапию, направленную на купирование судорог и устранение отека головного мозга. Больные условно были разделены на две группы. Больным 1-й группы проводилась традиционная терапия, включающая инфузии маннита 15% - 200,0 мл в/в капельно, фуросемид 2,0 мл в/в, антиконвульсивные средства. У больных 2-й группы наряду с традиционными медикаментами, дополнительно применяли новый противоотечный препарат L-лизина

эсцинат в дозе 5,0-10,0 мл в/в капельно в физиологическом растворе натрия хлорида. Действующим веществом L-лизина эсцината является водорастворимая соль сапонины конского каштана – эсцина и аминокислоты L-лизина. Эффективность препарата доказана при тяжелых отеках головного и спинного мозга путём исследования глазного дна.

Вывод. Использование L-лизина эсцината в комплексной терапии в послеоперационном периоде у больных с судорожным синдромом на фоне отека головного мозга эффективно купировало судороги и устраняло явления отека головного мозга. В более ранние сроки наблюдалось восстановление сознания, отмечался более быстрый регресс неврологического дефицита.

Возможные осложнения компьютерно-томографической ангиографии

Хусанходжаев Ж.У., Шарипов А.Х., Саттарова Ф.К.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

С внедрением новых технологий при диагностике сосудистых заболеваний мозга все чаще рекомендуется проведение мультиспиральной компьютерно-томографической ангиографии (МСКТА) головного мозга. МСКТА менее инвазивна чем традиционная ангиография. Она позволяет за короткое время с высокой точностью диагностировать различные сосудистые заболевания — артериальные аневризмы, артерио-венозные мальформации, стенозы, окклюзии, аномалии строения сосудов, наличие сосудистой сети опухолей.

КТ ангиография проводится с участием радиолога и анестезиолога. Во время исследования в локтевую

вену с помощью автоматического шприца вводится контрастное вещество. Лучевая нагрузка на пациента при этом значительно уменьшается, исключается также риск возникновения осложнений от хирургических манипуляций. В результате МСКТА получают изображения сосудов и окружающих костных и мягкотканых структур, которые затем обрабатываются и преобразуются в трехмерные изображения. Эти данные имеют огромную ценность для нейрохирургов, так как помогают определить дальнейшую тактику лечения.

После успешно проведенной КТ-ангиографии удаляется периферический венозный катетер, после чего пациент может вернуться к своему привычному обра-

зу жизни. В день исследования рекомендуется употреблять большое количество жидкости с тем, чтобы ускорить процесс выведения контрастного вещества из организма.

КТ-ангиография противопоказана беременным женщинам на любых сроках (исключение составляют тяжелые случаи, угрожающие жизни пациентки) и людям с непереносимостью препаратов йода.

Наиболее серьёзным осложнением КТ-ангиографии является аллергическая реакция на контрастное вещество. Обычно она возникает внезапно. При этом появляется зуд кожи и её покраснение, реже местный отёк или одышка. При появлении перечисленных симптомов следует сразу же уведомить об этом врача. В группе повышенного риска по развитию аллергических реакций находятся пациенты с аллергией на йод.

В редких случаях возможно повреждение почек с развитием острой почечной недостаточности, что особенно вероятно у пациентов с имеющейся тяжёлой почечной патологией.

Одно из наиболее частых осложнений КТ-

ангиографии — экстравазация контрастного препарата (поступление его в мягкие ткани за пределы сосудистого русла в месте введения). Чаще всего объём экстравазации не превышает 10-15 мл, большой экстравазат способен вызвать серьёзные повреждения кожи и подкожных тканей. Факторами риска развития экстравазации является неконтактность или ослабленность пациентов, множественные пункции одной и той же вены, инъекции на тыле кисти и стопы. Экстравазация сопровождается локальной болью и отёком. При экстравазации контрастного препарата назначается возвышенное положение конечности, холод. Необходимо проинформировать о факте экстравазации лечащего врача, наблюдение за пациентом в течение 2—4 часов. При объёме экстравазата ионного контрастного средства более 30 мл или неионного контрастного средства более 100 мл, появлении пузырей на коже, изменении перфузии тканей или чувствительности в кистях целесообразна консультация хирурга.

Суммарный риск осложнений при проведении КТ-ангиографии очень мал и не превышает 2-3%.

Комплексное лечение послеожоговых трофических язв стопы

Шакиров Б.М., Раджабов У.А., Орипова Б.А., Карабаев Ж.Ш.

Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самаркандский межобластной ожоговый центр

Как известно, лечение длительно незаживающих ран и особенно послеожоговых трофических язв являются одним из трудных разделов комбустиологии. Обычно к долгонезаживающим ранам мы относили те, заживление которых продолжалось до 6 месяцев. Длительное нагноение ожоговой раны, предшествующие её рубцеванию, замедляет эпителизацию. Широко распространённые методы консервативного лечения, в основном физиотерапевтические, в подобных случаях обычно малоэффективны. Попытка закрыть дефект аутоотрансплантатами кожи весьма часто также не дают положительных результатов.

Под нашим наблюдением находились 37 больных с послеожоговыми трофическими язвами стопы возрасте от 14 до 63 лет. Сроки перенесенного ожога: до 1 года были у 12 больных, от 1 года до 3 лет — у 6, от 3 до 5 лет — у 8, свыше 5 лет — у 11.

Консервативное лечение начиналось с выполнения новокаиновых блокад с наложением раствора йодопирона или бетадина. У 18 больных консервативное лечение способствовало заживлению трофических язв. Остальные больные подлежали оперативно-

му лечению. Аутопластика свободным лоскутом выполнена 3, пластика двухдольчатым кожно-жировым лоскутом — 3, комбинированная пластика — мышечная в сочетании с перемещением кожно-жирового лоскута — 2, пластика L-образным лоскутом — 6, суральным лоскутом — 2, круглым стеблем по Филатову — 3 пострадавшим. У 17 больных получен хороший результат, осложнений не отмечалось. Лоскуты были жизнеспособными, сохраняли чувствительность, краевого некроза не отмечено. Только у 2 пациентов на следующий день после наложения филатовского стебля отмечался отёк и краевой некроз его части, прилегающий к язве. Пластику филатовского стебля выполнили после устранения некроза.

Выводы. Трофические язвы, расположенные в области стопы, трудноизлечимы. Исечение язвы с закрытием раны расщеплённой кожей не приводит к стойкому эффекту. Хорошие функциональные результаты даёт использование оставшихся участков неповреждённой кожи стопы или комбинированной пластики — мышечной в сочетании с перемещением кожно-жирового лоскута или со свободной кожной пластикой.

К профилактике гнойно-септических осложнений у обожженных больных

Шарапов П.К., Давлатов Б.Н., Халиков В.К., Ахмедова М.С.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Целью нашей работы явилось улучшение результатов лечения гнойно-септических осложнений у обожженных. В отделении комбустиологии АФРНЦЭМП в 2011 г. на лечении находилось 173 больных с ожоговыми ранами различной локализации, а также в различной стадии ожоговой болезни. Изучены частота и характер осложнений ожоговой болезни, а также летальность больных с ожоговой болезнью. Кроме того, проведен анализ результатов лечения при выполнении ранних некрэктомий. Изучение микробного пейзажа с ожоговых ран показало, что у 90 (52%) обожженных

высеялся Staph. epidermidis, у 43 (25%) — Ps. aeruginosae, у 28 (16%) — Staph. Aureus. Обсеменение остальной микрофлорой установлено у 12 (7%) больных. Изучение крови на «стерильность» дало положительные результаты только в трех (1,7%) случаях, в остальных случаях роста не наблюдалось. Высокая чувствительность отмечалась к гатиофлоксацину — у 19%, левофлоксацин — у 17%, цефтазидиму — у 15%, цефотаксим — у 11%, цефазолину — у 9%. Остальные антибиотики — у 5%. К базовым антибиотикам, применяемым в отделении (пенициллин, ампициллин) чув-

ствительность не выявлена. Анализ чувствительности к антибиотикам показывает, что микробы чувствительны к фторхинолонам III- и IV- поколений, цефалоспорином II- и III- поколений. Они являются устойчивыми к аминогликозидам, группе пенициллина, макролидам, тетрациклинам. Это наблюдается тогда, когда местно применяются такие антисептики, как бетадин, декасан, крем сульфадиазина серебра 1%, хлоргексидин, фурацилин, риванол. В результате использования антибиотиков и антисептиков согласно результатам бак. анализа, инфекционно-септические осложнения были купированы в 93% случаев. Об эффективности лечения судили по субъективным и объективным критериям. К субъективным признакам относили улучшение общего состояния, уменьшение болей, нормализацию сна и появление аппетита. Объективно улучшение состояния больных характеризовалось нормализацией температуры, исчезновением тахикардии, уменьшением отека и инфильтрата, усилением экссудации, сокращением периода между некрэктомией и укорачиванием сроков

подготовки ран к операции аутодермопластики. Местно уменьшалось гнойное отделяемое, раны становились чище, грануляции ран сочными с большими островами разрастания. У 25 (14,5%) больных наблюдалось раннее разграничение раны и отторжение некротических масс без некрэктомии. Бактериологические исследования показали уменьшение высеваемой микрофлоры и расширение спектра чувствительности антибиотиков.

Выводы. 1. Во избежание возникновения антибиотикорезистентных штаммов микробов применять антибиотики нужно с учетом результатов бактериологических исследований раневого отделяемого и гемокультур, а также на основании резистентности возбудителей к антибиотикам. 2. С целью интенсификации лечебного процесса необходимо активное использование различных путей введения лекарственных препаратов, как традиционных, так и лимфотропно. 3. Даже при сочетанном применении антисептиков и антибиотиков необходимо их рациональное использование.

Особенности диагностики и хирургического лечения ликвореи при тяжелой черепно-мозговой травме

Шарифбаев С.А., Ашуров У.А., Ашуров З.И., Исмаилов О.А., Жиянов И.А.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель работы — изучение структуры тяжелой черепно-лицевой травмы (ТЧЛТ), сопровождающейся назоликвореей, и разработка дифференцированного хирургического лечения данной категории пациентов.

Работа основана на изучении данных комплексного клинического обследования и дифференцированных методов лечения 148 пострадавших с ТЧЛТ в 2008–2011 гг. Пациентам проводились клиническо-неврологические, рентгенологические и компьютерно-томографические исследования. Преобладали многооскольчатые повреждения верхней и средней зон лица (лобная кость, стенки лобной пазухи, решетчатая кость, верхняя челюсть, сопровождаемые повреждением преимущественно лобных долей) — 97%. У 3% пострадавших отмечены также повреждения височной, теменной костей и основания средней черепной ямки.

Ликворея наблюдалась при переломах основания черепа в области передней черепной ямки у 44 (29,7%) и средней черепной ямки у 104 (70,2%) пациентов. В первые сутки ликворея наблюдалась у 83 (56,08%) пострадавших с ТЧЛТ, из них у 90,4% назоликворея. В течение первых 3-х суток ликворея прекратилась на фоне консервативного лечения у 23 (15,5%) пострадавших, после хирургического лечения, направленного на стабилизацию переломов верхней и средней зон лица, — у 16 (10,8%).

Тактика лечения назоликвореи зависела от особенностей анатомического развития составляющих передней черепной ямки и характера ее повреждения. При повреждении стенок лобной пазухи с интраниальным смещением отломков до 1 см и более, переломов решетчатой кости при переломе назо-

этноидального комплекса ликворный свищ локализовался в проекции задней стенки лобной пазухи. Хирургическое закрытие свища производилось в остром периоде травмы транскраниальным доступом с пластикой основания черепа и твердой мозговой оболочки. Формирование ликворного свища в задних отделах клиновидной пазухи наблюдалось при переломе верхней челюсти и линейных переломах лобной кости с переходом на основание черепа (26,8%). Хирургическое лечение в первую очередь было направлено на стабилизацию переломов верхней челюсти в максимально ранние сроки (первые 7–10 сут. после получения травмы). В этой группе остановка ликвореи в течение 1–5 суток произошла у большинства пострадавших. У 6 (4,0%) больных сформировался ликворный свищ с локализацией в задних отделах клиновидной пазухи. Им производили ежедневные люмбальные пункции для снижения внутричерепной гипертензии с поднятием головы на 30°С до остановки ликвореи. Хирургическое закрытие ликворного свища с локализацией в задних отделах передней черепной ямки выполнено транскраниальным доступом с использованием мышечного трансплантата. Осложнений не наблюдалось. Рецидива ликвореи также не отмечено.

Таким образом, тактика хирургического лечения определяется характером повреждения костных структур и направлена в первую очередь на репозицию и стабилизацию переломов. Большие лобно-этноидальные и комплексные переломы со смещением костных отломков до 1 см и более требуют транскраниального закрытия ликворного свища с одновременной репозицией и стабилизацией отломков в раннем посттравматическом периоде.

Поражения ствола головного мозга в тяжелой черепно-мозговой травме

Шарифбаев С.А., Ашуров У.А., Холмирзаев П.Х., Исмаилов А.И.

Наманганский филиал РНЦЭМП

С целью оценки значения поражения ствола головного мозга в исходе ТЧМТ проведен анализ результатов лечения 85 пострадавших, получавших терапию в условиях отделения нейрореанимации Наманганского филиала РНЦЭМП в период с 2009 по 2011 гг. Под наблюдением были пострадавшие с первичной травмой ствола мозга (ПТСМ) и вторичным повреждением ствола мозга с гипертензионно-дислокационным синдромом (ГДС) III степени. Первичной травмой ствола мозга (ПТСМ) выявлена у 29 (34,1%) пострадавших, гипертензионно-дислокационным синдромом (ГДС) III степени — у 56 (65,9%).

Клиническая оценка пострадавших включала определение степени тяжести угнетения сознания по шкале Глазго, степени ГДС, направление дислокации с определением уровней поражения ствола головного мозга. При поступлении в стационар всем пострадавшим выполнялись мультислайсная компьютерная томография. Основным тактическим принципом хирургии ТЧМТ является срочное устранение сдавления и ущемления ствола головного мозга с дальнейшим осуществлением мероприятий по предупреждению нарастания внутричерепной гипертензии (ВЧГ) и ущемления ствола. Многолетнее изучение проблемы хирургии ТЧМТ позволяет сделать вывод, что при оперативном вмешательстве по поводу внутричерепных гематом и очагов разможжения головного мозга и при наличии выраженного ГДС и отека мозга предпочтительнее нужно отдавать декомпрессивной трепанации с удалением гематом. При сочетании внутричерепных гематом и очагов разможжения с выраженным отеком и дислокацией мозга выполнялась широкая декомпрессивная трепанация черепа (ДТЧ) и удаление всех компримирующих мозг факторов. Декомпрессивное окно производилось по возможности ближе к основанию черепа. В зависимости от локализации внутриче-

репного объемного процесса, степени выраженности и направления дислокации мозга были использованы следующие доступы: височный, расширенный боковой доступ, переднебоковой доступ височной и лобных долей, бифронтальный доступ. У всех пострадавших с первичной травмой ствола мозга и выраженными признаками ГДС, а также у пострадавших с вторичным повреждением мозга вследствие развития ГДС III степени производилась широкая ДТЧ. Показаниями к проведению операции у 71 (83,5%) пострадавшего являлись большие объемы гематом, множественные очаги разможжения головного мозга, выраженный отек мозга, нарастающий ГДС. Оперативное вмешательство у 17 (58,6 %) пациентов с ПТСМ предпринимали в случае наличия клинических и компьютерно-томографических признаков ВЧГ, резистентной к медикаментозной терапии. Если патологический интракраниальный процесс не требовал немедленного оперативного вмешательства, то проводился комплекс интенсивной терапии, направленный на обеспечение адекватной перфузии в зоне нарушения кровообращения, коррекцию отека головного мозга, гиперемии или венозного полнокровия, стабилизацию внутричерепного давления.

Своевременное комплексное применение методов нейровизуализации, эффективной хирургической тактики, нейромониторинга и интенсивной терапии у пострадавших с ТЧМТ позволило снизить летальность в среднем на 6,5% (с ГДС III на 7 % и с ПТСМ на 5,5%). Особого внимания заслуживает тот факт, что применение предложенного комплекса интенсивной терапии в сочетании с методами полимодальной стимуляции и ранней реабилитации сократило число пациентов в персистирующем вегетативном состоянии и минимизировало снижение когнитивных функций, что улучшило их социальную адаптацию.

Совершенствование лечебной тактики у пострадавших с позвоночно-спинномозговой травмой осложненной воспалением в мочевыводящих путях

Шарифбаев С.А., Исмаилов О.А., Жиянов И.А., Хайдаров У.А.

Наманганский филиал РНЦЭМП

Пушковым механизмом в развитии инфекционно-воспалительных осложнений в мочевыводящих путях у больных после позвоночно-спинномозговой травмы (ПСМТ) является дисфункция мочевого пузыря. Одним из наиболее серьезных осложнений является острый посттравматический пиелонефрит (ОПП).

С целью совершенствования лечебной тактики у пострадавших с ПСМТ, осложненной воспалением в мочевыводящих путях, проведена оценка результатов лечения 32 больных. Инфекционно-воспалительные осложнения в мочевыделительных органах были обусловлены развитием нозокомиальной инфекции, снижением общей резистентности организма, тяжестью травматических повреждений, что сопровождалось нарушением иннервации мочевого пузыря и снижением его сократительной функции. 27 (84,3%) пострадавшим, несмотря на проводимую терапию, острую задержку мочеиспускания не удалось купировать кон-

сервативно. Им была выполнена операция – троакарная цистостомия. В ходе стартовой эмпирической терапии ОПП использовали цефалоспорины 2-3-го поколений, фторхинолоны. Для повышения защитных сил организма применялся иммуномодулирующий препарат циклоферон, что позволило улучшить специфические параметры иммунограмм. Дизурия и нарушение опорожнения мочевого пузыря способствовали сохранению пиурии в анализах мочи у пострадавших и снижали эффективность проводимой комплексной терапии. Поэтому у этих больных с нарушенной функцией мочевого пузыря в комплекс лечебных мероприятий дополнительно включен холиномиметик длительного действия убретид в ежесуточной однократной дозе 500 мкг внутримышечно. При проведении комплексного лечения у 5 пострадавших с частично сохраненной функцией мочевого пузыря отмечалось достоверное улучшение акта мочеиспускания. Объем остаточ-

ной мочи удалось уменьшить до 150 ± 50 мл ($p < 0,05$). Клинические проявления ОПП были полностью купированы, несмотря на длительное сохранение лейкоцитурии до 20 клеток в полях зрения ($p < 0,05$). По данным регулярного обследования, после использования убретида у 5 пострадавших был полностью устранен объем остаточной мочи. Комплекс антибактериальной, противовоспалительной и дезинтоксикационной терапии оказался максимально эффективным.

Таким образом, у больных с ПСМТ и нарушением

иннервации мочевого пузыря накопление остаточной мочи является одной из причин развития воспалительных осложнений в мочевыводящих путях. Использование в комплексном лечении патогенетически обоснованных лекарственных средств, в том числе улучшающих экскреторную функцию мочевого пузыря, обеспечивает профилактику воспалительных проявлений и полную санацию мочевыводящих путей, что в свою очередь позволяет сократить период стационарного лечения пострадавших.

Осложнения транспедикулярной фиксации грудного и поясничного отделов позвоночника

Шарифбаев С.А., Исмаилов О.А., Ашуров З.И., Исмаилов А.И., Хайдаров У.А.
Наманганский филиал РНЦЭМП

В последнее десятилетие в спинальной нейрохирургии наиболее широкое распространение получил метод транспедикулярной фиксации позвоночника (ТПФ). Однако к настоящему времени накопилось значительное количество осложнений, связанных с его использованием. К ранним осложнениям относятся травматическое повреждение дурального мешка, муфт и спинномозговых корешков, а также ликворея. Поздними осложнениями считаются переломы винтов, эпидуральный фиброз, локальный остеопороз вокруг винтов с последующей миграцией винтов.

Цель исследования — изучение ошибок при выполнении ТПФ позвоночника и осложнений.

В нейрохирургическом отделении Наманганского филиала РНЦЭМП в 2008–2011 гг. выполнено 23 операций с использованием систем ТПФ на грудном и поясничном отделе позвоночника. Среди оперированных мужчин было 11, женщин — 12 в возрасте от 15 до 40 лет. Для стабилизации использовались титановые конструкции производства фирмы ChM (Польша) и их лицензионные аналоги. Травматическое повреждение дурального мешка и муфт корешков возникало при изменении направления хода винта, что может быть обусловлено нарушенной целостностью корней дуг позвонков и ротационными смещениями позвонков на уровне стабилизации.

При изучении результатов лечения выявлено, что травма дурального мешка была у 3 (1,0%) больных (в поясничном отделе позвоночника — у 2, в грудном — у 1).

Введение винта в межпозвонковый диск или с нарушением траектории отмечалось у 3 (1,0%) больных. В одном случае из-за развившейся стойкой ликвореи из послеоперационной раны произведено удаление ТПФ. Нарушение целостности металлических конструкций распределялось следующим образом: переломы винтов — 4, смещение опорных стержней — 1. Причинами переломов винтов чаще всего являлось изменение направления введения (углов наклона), что приводило к значительному усилению нагрузки на винт в месте его соединения с опорным стержнем. В дальнейшем, при переводе больного в вертикальное положение, — к неравномерности распределения биомеханических сил и в конечном итоге к «усталости металла» и перелому. Смещение и миграция опорных стержней может быть обусловлена конструктивными особенностями ТПФ и нарушением техники фиксации опорных стержней. Эпидуральный фиброз со стойким корешковым синдромом выявлен у 2 (0,7%) больных. Локальный остеопороз отмечался у 7 (2,4%) больных. Он сопровождался смещением элементов конструкций, что стало показанием к их удалению. Инфекционных осложнений не отмечалось. Радикулопатия у 6 (2,2 %) больных чаще наблюдалась при ТПФ грудного отдела позвоночника.

Таким образом, анализ результатов транспедикулярной фиксации грудного и поясничного отделов позвоночника показал, что частыми осложнениями после данного оперативного вмешательства являются локальный остеопороз, радикулопатия и переломы винтов.

Влияние субстратных антигипоксантов на клеточный метаболизм

Шах Б.Н., Теплов В.М., Кырнышев А.Г., Смирнов Д. Б.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

В клинической практике из субстратных антигипоксантов наиболее часто используются мафусол и реамберин. Их действие реализуется через процессы внутриклеточного аэробного окисления с образованием макроэргических соединений в цикле ди- и трикарбоновых кислот. Цель нашего исследования — выяснение влияния субстратных антигипоксантов на потребление кислорода и буферные свойства крови.

В исследование были включены 30 больных и пострадавших в возрасте от 25 до 70 лет ($51,6 \pm 4,2$). Они были обследованы в первые сутки после обширных экстренных операций на органах брюшной полости. Тяжесть состояния которую оценивали по шкале APACHE II составляла от 23 до 30 баллов с риском летального исхода от 46 до 70,3%. Всем пациентам на мо-

мент обследования проводилась ИВЛ с FiO_2 50%. В состав стандартной инфузионной программы был включен реамберин 1,5% в суммарной дозе 800 мл. Внутривенная инфузия препарата осуществлялась в течение 45–50 мин. Пациентам группы сравнения ($n=15$, возраст $46,2 \pm 3,8$ года, сопоставимая тяжесть состояния по шкале APACHE II, аналогичные оперативные вмешательства) в качестве инфузионной среды использовался 10% раствор глюкозы в объеме 400 мл. В мониторинговом режиме на протяжении двух часов с помощью непрямого калориметра модели CCM Express (Medgraphics, USA) измерялось потребление O_2 (VO_2 мл/мин) и выделение CO_2 (VCO_2 мл/мин). Газовый состав, содержание лактата в артериальной крови определялись с помощью портативного клинического анализатора i – STAT 300 (Abbott,

USA). Статистическая обработка полученных данных проведена методом парных сравнений с расчетом достоверных различий по Стьюденту.

На момент начала мониторингирования VO_2 в основной группе составило $281,5 \pm 21,2$ мл/мин, VCO_2 — $223,3 \pm 6,5$ мл/мин. Инфузия 1,5% раствора реамберина сопровождалась достоверным увеличением минутного потребления кислорода до $310,4 \pm 24,4$ мл/мин. VCO_2 при этом начало снижаться до $206,5 \pm 7,59$ мл/мин. У всех больных контрольной группы во время инфузии 10% раствора глюкозы наблюдалось достоверное увеличение VO_2 с $303,6 \pm 33,86$ до $443,13 \pm 32,1$ мл/мин, то есть почти в 1,5 раза. Аналогичным образом изменилось и VCO_2 — с $246,8 \pm 19,0$ до $410,0 \pm 30,0$ мл/мин. До начала введения раствора реамберина у всех больных и пострадавших наблюдался метаболический ацидоз: pH составил $7,25 \pm 0,02$ ед., BE был снижен до $-6,73 \pm 0,85$ ммоль/л. Инфузия реамберина повышала буферную емкость крови, что проявлялось достоверным изменением pH $7,31 \pm 0,02$, BE — $1,50 \pm 1,03$ ммоль/л и HCO_3 $28,1$ —

ммоль/л ($p < 0,01$). При внутривенном введении 400 мл 10% раствора глюкозы достоверных изменений основных показателей КОС не отмечалось, а характерным в этой группе было достоверное повышение содержания лактата в артериальной крови с $4,49 \pm 0,63$ до $5,12 \pm 0,65$ ммоль/л.

Таким образом, внутривенная инфузия 800 мл 1,5% раствора реамберина сопровождается достоверным повышением минутного потребления кислорода и увеличением буферной емкости крови, что приводит к повышению активности внутриклеточных ферментов и восстановлению процессов аэробного метаболизма, а внутривенное введение концентрированных растворов глюкозы вызывает значительный рост потребления кислорода и выделения углекислоты. При этом содержание лактата в артериальной крови достоверно увеличивается, что заставляет с осторожностью относиться к инфузии концентрированных растворов глюкозы пациентам с ограниченным функциональным резервом.

Регионарная вазоактивная и метаболическая терапия при тяжелой черепно-мозговой травме

Шах Б.Н., Теплов В.М., Смирнов Д. Б.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

Быстрое и своевременное восстановление микроциркуляторного кровотока, нормализация митохондриального окисления играет важную роль в восстановлении функционирования клеток головного мозга в зоне «пенумбры». Комплексная терапия с достижением максимальной концентрации препарата в очаге поражения может существенно улучшить результаты лечения.

Цель нашего исследования — определение эффективности применения регионарной вазоактивной терапии в комплексном лечении пострадавших с тяжелыми изолированными и доминирующими повреждениями головного мозга.

23 пострадавших (все мужчины, возраст $34,3 \pm 2,1$ года, $6,71 \pm 0,27$ балла по шкале ком Глазго) с тяжелой черепно-мозговой травмой с сомнительным или отрицательным прогнозом (обширные очаги контузии, дислокационный синдром со значительным горизонтальным смещением срединных структур по данным СКТ, длительная гипоксия на догоспитальном этапе) в составе комплексной терапии осуществлялась в первые сутки катетеризация a.carotis communis со стороны доминирующего повреждения с проведением продленной инфузии препарата вазапостан (простагландин E1) в дозе 40 мкг/сут. Длительность введения $4,3 \pm 1,1$ сут. Результаты оценивали по изменению газового состава и уровню лактата крови v.j.interna с помощью портативного клинического анализатора i — STAT 300 (Abbott, USA). Выполнялась оценка микроциркуляторных изменений лазерным доплеровским флоуметром ЛАКК-01 (модификация 2). Исследование микроциркуляторного кровотока проводилось в коже виска в проекции a.temporalis superfic. Коррекция лактатацидоза осуществлялась

продленным внутриартериальным введением субстратного антигипоксанта с антиоксидантными свойствами реамберина в дозировке 60-80 мл в течение 6 часов.

У пострадавших на фоне введения вазапостана отмечались достоверное уменьшение уровня Pv.j.O₂ с $58,84 \pm 4,98$ до $38,61 \pm 2,99$ mm Hg и нарастание лактата с $0,84 \pm 0,04$ до $1,36 \pm 0,05$ ммоль/л. Полученные результаты свидетельствуют о восстановлении перфузии ишемизированных участков головного мозга с увеличением потребления ими кислорода и вымыванием скопившегося в ходе анаэробных процессов лактата. Это сопровождалось значимым увеличением величины M, характеризующей объемный кровоток по микрососудистому руслу, с $15,62 \pm 1,14$ до $19,31 \pm 1,3$ усл.ед. ($p < 0,05$). Увеличивались также индексы микроциркуляции, характеризующие вариабельность кровотока: KB (коэффициент вариации) — с $6,48 \pm 1,15\%$ до $10,95 \pm 1,12\%$ ($p > 0,05$), а СКО (среднее квадратичное отклонение) — с $1,22 \pm 0,18$ до $2,09 \pm 0,35$ усл.ед. ($p > 0,05$). Если уровень лактата превышал верхнее допустимое значение (1,25 ммоль/л), пациенту вводилось 60-80 мл реамберина с последующим динамическим измерением газового состава крови в v.j.interna. В течение 2-х часов уровень лактата достигал нормальных величин, снизившись с $1,53 \pm 0,07$ до $1,04 \pm 0,07$ ммоль/л. При этом отмечалось достоверное увеличение потребления кислорода Pv.j.O₂ с $47,29 \pm 3,45$ до $41,99 \pm 3,29$ mm Hg.

Закключение. Применение регионарной вазоактивной терапии в составе комплексной терапии позволяет улучшить микроциркуляцию и энергообмен ишемизированных участков головного мозга у пострадавших.

Использование препаратов с высоким волемическим коэффициентом в составе инфузионной терапии пострадавших с тяжелым травматическим шоком

Шах Б.Н., Теплов В.М., Смирнов Д. Б.

Государственное бюджетное учреждение Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе

При определении тактики восполнения дефицита жидкости при тяжелом травматическом шоке важную роль играет как скорость наполнения сосудистого русла для максимально быстрого восстановления параметров системной гемодинамики, так и поддержание близкого к нормальным величинам коллоидно-осмотического давления для уменьшения экстравазации свободной жидкости.

Цель исследования — определение эффективности назначения при травматическом шоке инфузионной терапии с преобладанием растворов с высоким волемическим коэффициентом. Под наблюдением были 50 пострадавших в возрасте $34,2 \pm 2,1$ года. с травматическим шоком III степени, с сомнительным или отрицательным прогнозом при многофакторной параметрической оценке тяжести сочетанной шокогенной травмы по Ю.Н.Цибину, получавших лечение в условиях противошоковой операционной НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе. В контрольной группе проводился ретроспективный анализ медицинских карт 63 тяжело пострадавших в возрасте $36,2 \pm 2,3$ года, поступивших в шокую операционную в 2005-2007 гг. Пациентам исследуемой группы комплексное лечение травматического шока включало инфузионную программу, состав которой не менее чем на 40% был представлен коллоидными растворами (волювен, Гемо-хес, гелофузин). Параметры центральной гемодинамики оценивались методом ИРГТ с использованием мониторингового комплекса КМ-АР-01 «Диамант». Исследование микро-

циркуляторного кровотока проводилось при помощи лазерного доплеровского флоуметра ЛАКК-01 (модификация 2) на коже предплечья пострадавшего.

В исследуемой группе пациентов при оценке параметров центральной гемодинамики в фазе стабилизации функций отмечалось значимое увеличение МОК ($5,03 \pm 0,32$ и $2,96 \pm 0,18$ л/мин), ОПСС (1727 ± 147 и 1276 ± 97 Дин·сек·см⁻⁵·м⁻²), среднего АД ($99 \pm 3,4$ и $68 \pm 7,7$ mm Hg), нормализация ЧСС ($115 \pm 3,8$ и $136 \pm 10,2$ уд/мин) в сравнении с контрольной группой. Отмечалось существенное увеличение до $4,48 \pm 0,18$ л объема циркулирующей плазмы против $1,71 \pm 0,1$ л в контрольной группе, а также достоверное возрастание индексов микроциркуляции, характеризующих эффективность нейрогенной и миогенной регуляции тканевого кровотока (СКО увеличилось с $0,24 \pm 0,05$ усл.ед. в контрольной группе до $0,85 \pm 0,04$ усл.ед. в исследуемой группе, а КВ соответственно с $4,4 \pm 0,1$ до $14,63 \pm 1,22\%$). В остром периоде травматической болезни летальность в исследуемой группе составила 14%, в контрольной — 28,6% ($p < 0,05$).

Закключение. Тяжелопострадавшим с сочетанными шокогенными травмами, имеющим сомнительный или неблагоприятный прогноз, в состав программы инфузионно-трансфузионной терапии целесообразно назначать более 40% препаратов коллоидного ряда. Это позволяет достоверно улучшить их гемодинамический профиль и снизить летальность в остром периоде травматической болезни.

Ранние дыхательные нарушения при ожогах: профилактика и лечение

Шевкетова Л.Ш., Рахимов Б.С., Сиражиддинов А.С., Усупова З.

АФ РНЦЭМП и АндГосМИ

За период с 2007 по 2011 гг. в Андижанском филиале РНЦЭМП было госпитализировано 243 ребенка с ожогами различной степени тяжести, получившие термические ожоги в результате взрыва бытового газа (семейные случаи), ожоги пламенем (пожар), из них 23 — с комбинированными глубокими ожогами тела и ожогом верхних дыхательных путей. По Андижанской области были госпитализировано 347 детей, получивших ожоги кипящими жидкостями, из них 158 сельские жители. Умерли 14 детей, из них 7 — жители села, 3 — в возрасте до 1 года.

Все дети поступили в отделение детской анестезиологии-реанимации в крайне тяжелом состоянии, с ожоговым шоком тяжелой степени. 1/3 из них нуждались в инфузионно-трансфузионной терапии. Детям с ожоговой болезнью всех трех стадий проводилось реанимационное пособие, постоянная оксигенотерапия. Ожоговая болезнь у детей проявлялась полиорганной недостаточностью, осложнялась ДВС-синдромом, токсическим кардитом, токсической энцефалопатией, токсическим гепатитом, энтероколитом, нефритом и т.д.

У всех пострадавших дыхательные нарушения возникали сразу после термического поражения и являлись частью общих нарушений. Они имели как легкий

характер, так и были очень тяжелыми, что приводило к летальному исходу. Обычно у таких детей в раннем послеожоговом периоде происходило перевозбуждение дыхательного центра вследствие прямой импульсации с обожженной поверхности. В результате стимуляции дыхательного центра наступало учащение дыхания. Дыхание становилось поверхностным, что было обусловлено болью и снижением податливости легких.

Неэффективное дыхание обеспечивало вентиляцию только мертвого пространства и приводило к снижению оксигенации крови. Дыхательный алкалоз способствовал ухудшению общего состояния больного ребенка. Боль препятствовала глубокому дыханию, кашлю и чиханию, что создавало постоянный дефицит объема вдоха. Ограничение экскурсии легких приводило к задержке мокроты в бронхах, развитию тяжелых ателектазов.

Основное внимание в лечении нарушений дыхания в раннем послеожоговом периоде уделялось адекватной аналгезии. С целью купирования боли применяли препараты морфина в комбинации с седативными (седуксен), либо антигистаминными (пипольфен), а в последнее время с дроперидолом, который блокирует α -рецепторы. Эти препараты, помимо седативного эффекта, оказывали противорвот-

ное действие, а также пролонгировали эффект опиатов, что позволило уменьшить дозировку последних. Вторая задача — своевременная компенсация объема циркулирующей крови. Наряду с небулайзерной и оксигенотерапией, регулярно производилась санация верхних дыхательных путей.

Таким образом, при обширных поражениях дыхательных путей ряд факторов вызывает острые нарушения состояния больного и необратимые изменения в легочной ткани. С целью предупреждения летальных исходов лечение необходимо начинать как можно раньше.

Хирургическое лечение осложненных чрезмышечковых переломов плечевой кости у детей

Шерматов С.А.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Цель работы — оценка характера повреждения мягких тканей при чрезмышечковых переломах, анализ процесса репозиции отломков и уточнение показаний к использованию различных методов.

В 2011 г. мы наблюдали 35 детей с чрезмышечковыми переломами плечевой кости. У 18 из них был применен метод закрытой репозиции с последующей фиксацией задней гипсовой лонгетой. Метод скелетного вытяжения с помощью различной конструкции, введенных в локтевой отросток использован у 7 пациентов, оперативный метод — у 10. Пациенты были разделены на 4 группы. 1-я группа — дети с переломами без смещения, либо незначительным смещением, 2-я группа — дети со значительным смещением отломков, у которых сохранен контакт между отломками; 3-я — больные с переломами с полным разобщением отломков, с захождением по длине на 1-1,5 см. Контакт “бок в бок”. Возможны неврологические нарушения. Сосудистых нарушений нет; 4-я — больные с чрезмышечковыми переломами с полным смещением. Захождение по длине до 5 см и более, явные признаки интерпозиции мягких тканей, сосудистые и неврологические нарушения.

С 2011 года мы перешли к активной хирургической

тактике у детей с повреждениями 3-й и 4-й групп. Получены следующие результаты: раны заживали первичным натяжением, регресс неврологической симптоматики начинался с первых суток после операции, и в течение 1-2-х недель восстанавливалась нарушенная иннервация. Восстановление кровообращения наблюдалось непосредственно на операционном столе после стабилизации отломков. Вторичных невритов не наблюдалось. Восстановление функции локтевого сустава происходило в те же сроки, что и у больных, леченных консервативными методами.

Выводы. 1. Предложенная нами система разделения пациентов на группы по степени повреждения мягких тканей в зоне перелома позволяет индивидуально подходить к выбору метода лечения. 2. При выборе тактики лечения у детей 1-й и 2-й групп следует отдавать предпочтение консервативным методом, а 3-й, 4-й — расширять показания к активным хирургическим методикам. 3. Одним из наиболее прогрессивных, надежных и щадящих методов лечения данной категории больных мы считаем метод стабильного, функционального остеосинтеза с применением модификации аппарата Илизарова.

Профилактика тромботических осложнений у больных с переломом бедренной кости

Шермухамедов Д.А., Валиев Э.Ю.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Традиционная медикаментозная профилактика тромботических осложнений (гепарин в высоких дозах) далеко не всегда эффективна и должна быть прекращена за несколько дней до операции из-за опасности кровотечения во время и после хирургического вмешательства. Новые возможности открылись с появлением низкомолекулярных гепаринов (НМГ), которые благодаря малой длине цепи почти не связываются с тромбином, уменьшая опасность кровоточивости, и в то же время обладают высоким антитромботическим эффектом.

В исследование включены 70 больных с переломами бедренной кости, находившиеся в отделении взрослой травматологии РНЦЭМП в 2006 - 2011 гг. У всех пострадавших имели место такие общеизвестные факторы риска тромботических осложнений, как длительный постельный режим (70), варикозная болезнь (2), сопутствующие онкологические (3) и кардиологические (24) заболевания, длительность операции более 60 минут (34), возраст старше 45 лет (70), ожирение (2).

Возраст больных варьировал от 45 лет до 72 лет, средний возраст — 58,5 года. Женщин было 27 (38,6%), мужчин — 43 (61,4%). По механизму полученной травмы больные распределились следующим образом: 32 (45,7%) пациента были сбиты автомобилем, 26 (37,1%)

получили травму внутри автомобиля 12 (17,1%) в результате падения с высоты.

Все пострадавшие поступили в стационар в острый период травматической болезни. 27 (38,6%) больных доставлены в стационар машиной скорой медицинской помощи, 43 (61,4%) поступили самотеком на попутном транспорте.

Профилактика тромботических осложнений включала механические и фармакологические методы. С целью ускорения кровотока по глубокой венозной системе нижних конечностей и повышения эффективности антикоагулянтной терапии у всех больных независимо от степени риска с целью механической профилактики использовался эластический компрессионный трикотаж. Обязательным компонентом профилактики тромбоэмболического синдрома является гепаринотерапия, для которой использовали нефракционированную или низкомолекулярную форму (клексан) препарата. НМГ (клексан - эноксапарин) назначали в дозе 40 мг/сут. однократно и гепарин в дозе 5000 ЕД четырехкратно ежедневно под кожу живота в течение 5-7 дней.

Для оценки степени эффективности проводимой терапии больным в 1, 3, 5-е и 10-е сутки проводили анализ времени свертывания крови и коагулограммы: показате-

ли фибриногена, протромбиновый индекс, тромботест.

Профилактическое введение НМГ (клексана) уже через двое суток после начала курса терапии вызывало достоверное удлинение времени свертывания крови и снижение ПТИ. 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 НМГ (клексана) отмечалось некоторое удлинение времени свертывания крови, которое оставалось в допустимых пределах. Концентрация фибриногена А снижалась до нормального уровня на 5-е сутки лечения.

Использование как гепарина, так и клексана было достаточно эффективным в плане коррекции нарушений системы свертывания крови. Однако клексан (НМГ) имеет преимущество перед традиционной гепа-

ринотерапией, которое заключается в более длительном действии препарата, а следовательно, и в более постоянной концентрации его в организме. Риск передозировки клексаном минимален, что делает необязательным частый контроль свертывающей и антисвертывающей системы крови. Отмечено, что клексан успешнее предотвращает тромбоз, причем, даже если таковой наступает, он, как правило, имеет дистальную локализацию и характеризуется более благоприятным течением.

Таким образом, традиционная схема профилактики нефракционированным гепарином при переломах бедренной кости недостаточно защищает пострадавших от тромботических осложнений. Назначение низкомолекулярного гепарина достоверно снижает риск развития тромбоза у больных с переломами бедренной кости.

Результаты консервативного лечения переломов лучевой кости в типичном месте

Шодмонов Б.Р., Эрназаров Х.М., Нуруллаев Д.Я., Нодиров Б.О.

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Цель — изучение результатов консервативного лечения переломов лучевой кости в типичном месте.

Нами проанализированы результаты консервативного лечения 474 амбулаторных больных с переломами лучевой кости в типичном месте, находившихся на лечении в травмпункте Кашкадарьинского филиала РНЦЭМП в 2011 г. В возрасте до 14 лет было 174 (37%) больных, старше 14 — 300 (63%) больных; мужчин было 279 (59%), женщин — 195 (42%); переломы правой лучевой кости отмечались у 230 (48,5%), левой лучевой кости — у 244 (51,5%) больных; 312 (70%) больных поступили в травмпункт со свежей травмой (до суток), после первых суток — 162 (30%). Сгибательные переломы лучевой кости (типа Смита) встречались у 129 (27%), разгибательные переломы (типа Коллиса) — у 345 (73%). В быту травму получили 347 (73%), в результате ДТП — 19 (4%), на производстве — 12 (2,5%), пострадавших при занятии спортом — 96 (20,5%).

У 269 (57%) больных с переломами без смещения или с незначительным смещением в допустимых пределах лечение заключалось в наложении гипсовой лонгеты от основания пальцев до локтевого сустава сроком на 20-45 дней в зависимости от возраста. 205 (43%) больных с переломами лучевой кости в типичном месте со смещением костных отломков произве-

дена закрытая ручная репозиция под местным обезболиванием с последующим наложением гипсовой лонгеты. С учетом смещения костных отломков процесс репозиции включал следующие моменты: в первую очередь устраняли переднезаднее, затем боковое смещение. У 179 (38%) пострадавших со свежими переломами, когда ещё не наблюдался значительный отек в области перелома, закрытое ручное вправление костных отломков увенчалось успехом с первого раза. При успешном сопоставлении костных фрагментов на 5-7-е сутки производили контрольную рентгенографию. У 26 (5,5%) пострадавших пришлось произвести повторную закрытую репозицию и сопоставление костных фрагментов на месте или в допустимых пределах.

Изучение ближайших результатов показало, что функциональный исход после консервативного лечения у большинства пациентов благоприятный. Однако у 7 (1,5%) пожилых больных развился синдром Зудека, у 10 (2%) больных неправильно срослись переломы (все они обратились спустя 3-5 дней, с отёком, лечились у знахарей, не было наблюдения после процедуры).

Вывод. Переломы лучевой кости в типичном месте, являющиеся наиболее частыми повреждениями, требуют индивидуального подхода к выбору метода лечения, что позволяет добиться благоприятного исхода.

Реакция иммунной системы на гнойно-септические осложнения ожоговой болезни

Шукуров С.И., Фаязов А.Д.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Изучены иммунологические параметры периферической крови — показатели популяции циркулирующих Т-лимфоцитов (CD3), Т-хелперов (CD4), Т-супрессоров (CD8 и CD25), естественных клеток-киллеров (CD16), трансмембранный белок апоптотической активности (CD95), В-лимфоцитов, ФАН и уровень сывороточных иммуноглобулинов основных классов (G, A, M) у 124 больных с термической травмой.

На иммунограммах пациентов с термической травмой отмечается тенденция к повышению количества лейкоцитов в среднем на 1000 клеток в 1 мкл по сравнению с нормативными показателями, что, скорее всего, является реакцией на начинающуюся раневую ин-

фекцию и развивающийся системный воспалительный ответ. У этих больных обнаруживается также глубокий дефицит клеточного звена иммунитета, который был связан со снижением общего пула лимфоцитарной популяции как в абсолютном, так и в процентном выражении. При этом уменьшение количества лимфоцитов было выявлено у 95 (76,6%) пациентов, что указывает на неполноценность иммунологического статуса.

Мы отметили также наличие глубокого дефицита Т-лимфоцитов и широкую диспропорцию их основных иммунорегуляторных субпопуляций. В частности, количество Т-лимфоцитов у обожженных достоверно отличалось от нормативных показателей: абсолютное со-

держание было снижена в среднем на 8%, а относительное – на 23%. Заметно (на 16%) снижено также концентрация Т-хелперов (CD4) – основных иммунорегуляторов популяции Т-лимфоцитов, которые посредством выработки интерлейкинов в комплексе с макрофагами запускают целую сеть межклеточных взаимодействий иммунного ответа. При этом у 72,6% обожженных выявлено снижение биосинтеза данного гликопротеина. Такой глубокий дефицит основной популяции Т-лимфоцитов свидетельствует о неполноценном развитии иммунного ответа в организме обследованных.

Прослеживаемая на этом фоне активация экспрессии CD8-рецепторов на 27% и соответствующее снижение иммунорегуляторного индекса (CD4/CD8) на 33% также указывают на угнетение клеточного звена иммунитета. В группе обожженных число естественных киллеров (CD16) было в среднем на 70% выше, составив $31,2 \pm 1,7\%$, с размахом индивидуальных колебаний от 7 до 65% и достоверно отличалась от нормативных значений ($18,4 \pm 1,1\%$). При этом у 85,5% больных выявлена повышенная экспрессия CD16-рецептора.

Согласно нашим наблюдениям, термическая травма вызывает повышение апоптотической активности лимфоцитов крови в среднем на 20%, которое зарегистрировано у 63,7% обследованных. Еще одним компонентом активной иммуносупрессии считаются регуляторные CD4-Т-лимфоциты, экспрессирующие акти-

вационные антигены CD25. Наши исследования показывают значительное – в среднем на 30% — увеличение содержания CD25 антигенов, которые главным образом, ингибируют активность CD3-лимфоцитов (Т-клеток). Подобные изменения в иммунограммах выявлены у 77,4% наших пациентов.

У 70,2% обследованных нами больных отмечалось снижение фагоцитарной активности нейтрофилов, что достоверно отразилось и на средних показателях – $39,3 \pm 1,4\%$ (в норме $48,2 \pm 2,0\%$).

Абсолютное содержание В-лимфоцитов у обследованных больных с ожогами возрастало более чем в 2 раза (на 235%), а их относительное число — в 1,5 раза (154%). Эти изменения выявлены у 79% пациентов. В соответствии с повышением концентрации В-клеток мы наблюдали также увеличение содержания в крови всех изученных классов иммуноглобулинов G, A и M соответственно на 16, 20 и 26%.

Таким образом, ожоговая болезнь сопровождается резко выраженным вторичным иммунодефицитом, обусловленным, главным образом, усилением всех компонентов активной супрессии клеточного звена иммунитета и снижением фагоцитарной активности нейтрофилов. Данное обстоятельство требует проведения у больных с термической травмой эффективной иммунокорректирующей терапии.

Ранняя диагностика и лечение нетравматического внутричерепного кровоизлияния у детей грудного возраста

Эминов Б.Ж., Исмоилов Х.С., Усмонов С.Т., Мамажанов Н.Н., Ким К.А.
Ферганский филиал РНЦЭМП

По данным некоторых авторов, ведущими причинами младенческой смертности в нашей стране в течение ряда лет являются перинатальные факторы и врожденные аномалии плода (Камолитдинов Ш.М. и др. 2006). Цель исследования - изучение особенностей клинического течения и выявление взаимосвязи с пренатальной патологией у детей, склонных к судорожному состоянию.

Проанализированы истории болезни детей с судорожным состоянием, находившихся на лечении в отделения экстренной анестезиологии и реанимации ФНЦЭМП в 2009-2011 гг. Таких больных было 85 больных (100%), с перинатальной патологией с судорожным синдромом в анамнезе — 29 (34 %) в возрасте от 1 месяца до 1 года. В изучаемую группу включены только дети с судорожным синдромом на фоне нейротоксикоза соматической патологии.

Все больные при поступлении и в динамике подвергнуты клинко-биохимическому обследованию по стандарту. Критериями оценки состояния больных служили клинко-биохимические лабораторные показатели и показатели общего анализа ликвора спинномозговой жидкости, Эхо ЭЭГ, МРТ.

У 29 больных течение судорожного синдрома было острое и с явлениями нетравматического внутричерепного кровоизлияния. Среди детей с нейротоксикозом клонико-тонические тотальные судороги отмечались у 17 (58,6%), односторонние клонические и тонические у 12 (41,3%). У больных этой группы патология пренатального характера и раннего постнатального периода в анамнезе выявлена у 60%. У матерей

почти у всех больных детей с явлениями нейротоксикоза, сочетанного судорожным с синдромом и явлениями спонтанного кровоизлияния во 2-й половине беременности был токсикоз, TORCH-инфекция или отягощенный акушерский анамнез. Более того, при анализе историй болезни, а также при наблюдении выявлена строгая зависимость клинического течения судорог и проявления спонтанного кровоизлияния с отягощенным акушерским анамнезом, связь с пре-, пери- и постнатальной патологией.

У 17 больных проведена КТ. У всех выявлено кровоизлияние различной степени, субдуральные и внутримозговые гематомы. Из них пришлось оперировать 8 больных, которым произведена трепанация черепа и удаление гематомы. Остальные 9 больных получали консервативное лечение. У всех наблюдалось клиническое улучшение.

После углубленного клинического и лабораторно биохимического контроля эффективности применяемых дегидратационных, седативных и нейропротекторных, общеукрепляющих мероприятий установлена прямопропорциональная корреляция ее с преморбидным фоном, т.е. с патологией пренатального и раннего постнатального характера. Следует отметить важность реконвалесценции TORCH-инфекции и токсикоза во 2-й половине беременности, особенности в течении осложненных форм нейротоксикоза. Так, у 7 больных с TORCH-инфекцией, у 3 больных с перинатальной патологией сохранялись признаки спонтанного кровоизлияния, определяемые даже при 3-4 спинномозговых пункциях.

Таким образом, у детей с благоприятными анамнестическими данными нейротоксикоз с судорожным синдромом поддавался лечению даже при общепринятых мероприятиях борьбы с гипертензионным синдромом. У тех больные, у которых был плохой акушерский анамнез или TORCH-инфекция, купирование приступов судорожного синдрома и лечение нейротоксикоза удавалось только после подключения арсенала кортикостероидных и сильнодействующих психотропных лекарственных средств, то есть при комбинированном применении фенobarбитала с карбоমেзапином или бензоаналом в возрастных дозировках.

Выводы. 1. В настоящее время предложено большое количество диагностических мероприятий, направленных на профилактику пренатальной и пери-

натальной патологии. 2. Оценка совокупности выявленных клиничко-патологических признаков, изучение значимости анамнестических критериев перинатальной патологии повышают диагностические возможности при оценке тяжести течения нейротоксикоза и судорожного синдрома. 3. У детей с отягощенным акушерским анамнезом и после TORCH-инфекции перенесенный патологический процесс оказывает существенное отрицательное влияние на физиологическое состояние сосудистой стенки гематоэнцефалического барьера. При гипертензионном синдроме, т.е. при перинатальном поражении нервной системы на высоте судорожного синдрома, возможно спонтанное кровоизлияние.

Профилактика ранних осложнений после восстановительных операций при травматических дефектах терминальных отделов пальцев кисти

Эркабоев А.К., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Удельный вес травм кисти и пальцев среди повреждений опорно-двигательного аппарата составляет от 26,1% до 30% (Гришин И.Г., 1991; Азолов В.В. и др., 1993). Ранения кисти нередко сопровождаются потерей кожного покрова, показания к пересадке кожи при этом составляют до 50% (Нельзина З.Ф., 1980).

В 2002–2011 гг. в отделении хирургии сосудов и микрохирургии ФФРНЦЭМП лечение получили 1304 больных с открытыми повреждениями пальцев кисти различного характера. У 318 из них травматические дефекты терминальных отделов пальцев кисти различной глубины и локализации. Мужчин было 242 (76,1%), женщин – 76 (23,9%), в том числе детей до 14 лет – 26 (8,2%).

Для замещения травматических дефектов терминальных отделов пальцев кисти выполнены следующие оперативные вмешательства: транспозиция многосоставных лоскутов на сосудистой ножке у 45, адипофасциальные лоскуты – у 24, пластика местными тканями – у 96, пластика расщепленными и полнослойными лоскутами – у 87, пластика ближайшими к дефекту тканями – перекрестная (cross) пластика лоскутом с возвышения большого пальца или мизинца – у 54, пластика филатовским стеблем (итальянская пластика) – у 12 пациентов.

В отделении разработана система оперативных

вмешательств при дефектах пальцев кисти, направленных на предупреждение инфекционных и ишемических осложнений, а также на ранее восстановление функции поврежденных пальцев кисти.

Первичная хирургическая обработка ран при дефектах пальцев кисти с целью профилактики послеоперационных осложнений включала применение проводниковой анестезии на различных уровнях; широкую обработку операционного поля; тщательную очистку кожи и самой раны; бережное отношение к тканям; вакуумирование раны, обильное промывание растворами антисептиков, удаление инородных тел и рациональные способы фиксации. Все этапы операции выполнялись под оптическим увлечением. Больным назначались антибиотики широкого спектра действия, непрямые антикоагулянты и дезагреганты.

Течение послеоперационного периода у 57 (17,9%) больных осложнилось краевым некрозом кожи, у 21 (6,6%) – тотальным некрозом лоскутов в результате ишемии и нагноении раны. Благодаря проводимым мероприятиям полное приживление лоскутов получено у 240 (75,5%) пациентов.

Вывод. Разработанный подход к лечению дефектов терминальных отделов пальцев кисти позволяет снизить количество послеоперационных осложнений, сохранить жизнеспособность лоскутов и функцию кисти.

Травматологик беморларда операциядан кейинги йирингли асоратларнинг профилактикаси

Юлдашев З.Ш., Абдумасидов А.А.

РШТЎИМ Фарғона филиали

Биз операциядан олдинги антибиотикопрофилактика самарадорлигини ошириш учун клиникамизда регионал лимфотерапия усулидан фойдаландик. Антибиотикопрофилактикани регионал лимфотроп юбориш усулини танлашимизга қўйидагиларни асос қилиб олдик: 1. Антибиотиклар лимфотроп усулда юборилганда организмда 1 сутка давомида таъсир этиши. 2. Юбориладиган 1 марталик доза миқдори кичик бўлишига қарамадан, қўйилган натижани олиш мумкинлиги. 3. Беморга қилинадиган инъекциялар миқдорининг камлиги.

Операциядан олдинги антибиотикопрофилактика самарадорлигини таҳлил қилиш учун 2010-2011 йил-

лар давомида клиникамизда болдир суяклари очик ва ёпиқ синишлари билан даволанган беморлар танлаб олинди. Назорат гуруҳи учун эса 2010 йил давомида даволанган 52 та бемор танлаб олинди.

2010 йил давомида 52 та бемордан 25 таси (48,1%) оператив даволанган, улардан 3 тасида (12%) йирингли асоратлар кузатилган. 2011 йил давомида даволанган 45 та беморлардан 30 таси (66,7%) беморлар оператив даволанган ва уларда регионал лимфотроп антибиотика терапия усули қўлланилган. Оператив даволанган 30 та бемордан 2 тасида (6,7%) йирингли асоратлар кузатилди.

Регионал лимфотроп антибиотика терапия усулини

қўллаш натижаларини таҳлил қилиб қуйидаги хулосага келдик: 1. Антибиотикларни операциядан олдин лифотроп юбориш операциядан кейинги йирингли асоратларни олдини олишнинг оптимал усулидир. 2. Антибиотикларни операциядан олдин лифотроп юбориш

усулини қўллаш орқали операциядан кейинги йирингли асоратларни 12% дан 6,7% гача камайтиришга эришдик. 3. Регионал лимфотроп антибиотика терапия усулини қўллаш орқали беморларни даволаш учун кетадиган сарф-харажатларни камайтиришга эришдик.

Травмы позвоночника и спинного мозга вследствие падения с высоты

Юлдашев Р.М.

Республиканский научный центр нейрохирургии

Цель работы – поиск связи между степенью повреждения спинного мозга, тяжестью повреждений других органов и систем с изменениями в костных структурах позвоночника и спинного мозга на МРТ; выявление показателей, влияющих на результат лечения.

Под наблюдением находились 60 больных, оперированных в РНЦНХ в 2009 – 2010 гг. в связи с травмами позвоночника и спинного мозга, полученными при падении с высоты. Мужчин было 45 мужчин, женщин 15 в возрасте от 19 до 72 лет (средний возраст 39 лет).

Наиболее часто отмечались травмы позвоночника в поясничном (26) и шейном (21), реже – в грудном (13) отделе. Синдром полного поперечного повреждения спинного мозга имел место у 22 (37%) больных.

Выявлена зависимость между степенью повреждения спинного мозга (AIS) и тяжестью сочетанной травмы (ISS) с изменениями в спинном мозге на МРТ. Улучшение неврологических нарушений достигнуто у 38 (63%) пострадавших.

Вывод. У больных с травмами позвоночника и спинного мозга имеется прямая зависимость между степенью повреждения спинного мозга (AIS), тяжестью сочетанной травмы и имеющимися изменениями в спинном мозге, выявленными на МРТ. После операции улучшение неврологического состояния наблюдалось в 63% случаев. На результат лечения влияют такие показатели как AIS, ISS, отек, ушиб, кровоизлияние и ишемия спинного мозга.

К вопросам профилактики осложнений у больных с позвоночно-спинномозговыми повреждениями

Юлдашев Ш.С., Агзамов М.К.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Лечебные мероприятия при осложненной травме позвоночника имеют свои особенности. На месте происшествия окружающие не должны оказывать какую-либо помощь больному до прибытия медицинского персонала, так как даже незначительные сгибания или разгибания позвоночника могут привести к смещению отломков или поврежденных сегментов при нестабильных переломах, особенно опасных на шейном уровне. Транспортировка в стационар должна проводиться медицинскими работниками на жестких носилках, досках, щите. При подозрении на травму шейного отдела спинного мозга необходимо следить за адекватностью дыхания. Перемещение больного в стационар в процессе обследования должно проводиться строго щадящим методом, с целью исключения усиления дислокации поврежденных отделов позвоночника.

В остром периоде осложненной травмы позвоночника лечение должно проводиться с применением дегидратационных, противовоспалительных, рассасывающих средств; показаны большие дозы стероидов, которые являются мощным противоотечным средством, так как они предупреждают перекисидацию липидов и стабилизируют клеточные мембраны. Необходимо применять средства, улучшающие реологические свойства крови, микроциркуляцию, мозговое кровообращение, витамины группы В и т.д.

Оперативное вмешательство производят с целью декомпрессии спинного мозга вследствие гематомы или при наличии костных отломков. Стабилизация позвоночника показана даже в случаях полного перерыва спинного мозга, т.к. она существенно облегчает уход за больным, увеличивает его мобильность, что, в свою очередь, снижает риск развития пролежней и проблем с сердечно-сосудистой и легочной системой.

После выведения больного из состояния спинального шока, заживления раны после травмы или опера-

тивного вмешательства, при отсутствии вторичной инфекции, а также при закрытых травмах (сотрясение или ушиб) можно применять различные методы физической терапии. Они назначаются через 1-1,5 мес. Физические методы лечения направлены на восстановление функции опорно-двигательного аппарата, профилактику контрактур, пролежней, ускорение регенеративных и репаративных процессов, повышение компенсаторных возможностей организма, восстановление функции тазовых органов.

Мероприятия по восстановлению двигательных и других функций должны проводиться сразу после выхода больного из состояния, угрожающего его жизни, так как только в этом случае есть возможность предотвратить его инвалидизацию.

В период ликвидации спинального шока следует заняться также профилактикой пролежней (специальные кровати и матрацы), контрактур, для чего очень важен выбор наиболее рационального положения больного, пассивной лечебной гимнастикой с переходом к активной (по мере восстановления функции конечностей). Для профилактики пролежней применяют ультрафиолетовое облучение (УФО) поясницы, крестца, ягодиц в субэритемных дозах, курс лечения – 10-15 процедур ежедневно; лечебную гимнастику проводят постоянно.

При нарушении функции тазовых органов рекомендуют электрофорез атропина на пояснично-крестцовую область и над лонным сочленением; электростимуляция области мочевого пузыря; индуктотермию на область мочевого пузыря в слаботепловой дозировке; озокеритовые или парафиновые аппликации на низ живота и область таза. При расстройстве акта дефекации рекомендуют электрофорез атропина на область проекции кишечника, электростимуляцию ректальными электродами, наружную стимуляцию кишечника

импульсными токами, сегментарный массаж, грязевые аппликации области живота и грязевые тампоны.

В более поздние сроки (через 4-6 нед.), наряду с указанными выше процедурами, применяют массаж сегментарных областей и конечностей при вялых парезах, а при спастических – только антагонистов спастических мышц, ежедневно или через день, на курс – 20-30 процедур, с повторением через 1-2 мес.

В восстановительный, отдаленный и резидуальный периоды заболевания применяют бальнеотерапевти-

ческие методы, такие как грязелечение, гальваногрязелечение, сероводородные, радоновые, хлоридные натриевые ванны.

Таким образом, своевременно оказанная специализированная медицинская помощь и комплекс мероприятий по профилактике осложнений у больных с позвоночно-спинномозговой травмой приводит к улучшению результатов лечения, уменьшению осложнений травмы и позволяет снизить инвалидность.

Сравнительная оценка различных методов лечения гипертрофических послеожоговых рубцов крупных и мелких суставов конечностей

Юнусов И.И., Низов О.Н., Жуманиезова Р.Н., Комилов У.Р., Джураева Ш.У., Маткаримов З.Т.
Ташкентская медицинская академия, РНЦЭМП, ГКБ №1

Цель исследования — оценка результатов хирургического лечения больных с послеожоговыми дерматогенными гипертрофическими рубцами крупных и мелких суставов конечностей.

Исследование проведено на кафедре хирургии для ВОП ТМА на базе ГКБ№1 и РНЦЭМП (в ожоговом отделении и отделении микрохирургии). Проанализированы результаты лечения 62 больных в возрасте от 2 до 47 лет с послеожоговыми гипертрофическими рубцами (2006-2011 гг.). Больные были разделены на 3 группы. В 1-й группе 22 (36%) больным произведена местная кожная пластика, во 2-й группе 17 (27%) больным-расщепленная кожная пластика, в 3-й группе 23 (37%) больным — комбинированная местная кожная пластика с полнослойной свободной аутодермопластикой, причем у 13 из них применялись ЛФК, рассасывающая физиотерапия с лидазой, контрактубексом и гидрокортизоном до операции и солкосерило-

вые аппликации в послеоперационном периоде с применением пелота.

Ранний и поздний послеоперационный период в у 2 (9%) больных 1-й группы осложнился повторной контрактурой, у 3 (17%) пациентов 2-й группы наступило отторжение трансплантата; в 3-й группе осложнений не было. Анализ нашего материала показал, что в 3-й группе приживление трансплантата, восстановление функции суставов и косметический эффект было значительно лучше, чем в 1-й и 2-й группах.

Комбинированная местная кожная пластика с полнослойной свободной аутодермопластикой больных с использованием схемы дооперационной и послеоперационной терапии, улучшает результаты лечения, что выражается в хорошем восстановлении объема движения конечностей у всех больных, в восстановлении естественных контуров кожи и образования гладких мягких рубцов.

Роль мониторинга внутричерепного давления в лечении и профилактике внутричерепной гипертензии при тяжелой черепно-мозговой травме

Юнусов Р.С., Махкамов К.Э.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Обследован 51 больной в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы (ТЧМТ). Уровень сознания по шкале комы Глазго менее 8 баллов был у 41 (80,4%) больного. Всем больным осуществлялся динамический мониторинг внутричерепного давления (ВЧД), в зависимости от величины которого больные были разделены на 4 группы.

Среди пациентов 1-й группы с ВЧД до 10 мм рт. ст., выжили все, более того, у 91,7% из них имело место хорошие восстановление и у 1 (8,3%) — умеренная инвалидизация. При этом ни у одного пациента не было грубого неврологического дефицита. Итак, поддержка ВЧД на уровне до 10 мм рт. ст. гарантирует высокую эффективность лечения даже в случае его констатации до 20 мм рт. ст. перед коррекцией.

Поддержка ВЧД на уровне 10–14 мм рт. ст. у 11 больных 2-й группы привела к следующим результатам. Среди выживших пациентов хорошее восстановление, умеренная и грубая инвалидизация констатирована соответственно у 2 (15,4%), 4 (30,7%) и 2 (15,4%). Лишь у 2 (15,4%) больных был неблагоприятный исход в виде вегетативного состояния. Летальность в этой группе составила 38,5% (5 больных).

Из 15 больных 3-й группы у 12 ВЧД на фоне мониторинга и коррекции колебалось в пределах 15–19 мм рт.

ст. летальность составила 78,8%. Благоприятный исход получен у 5,6%, у остальных 2 (16,7%) пациентов констатирована грубая инвалидизация. Все больные, у которых ВЧД не удалось снизить ниже 20 мм рт. ст., умерли.

Из 13 пациентов 4-й группы с терминальной внутричерепной гипертензией (ВЧД выше 25 мм рт. ст.) умерли все, т.е. летальность составила 100%. Во всех подгруппах в процессе мониторинга ВЧД удалось значительно снизить. Особо следует отметить тот факт, что из 39 больных 2-й, 3-й и 4-й групп, у которых ВЧД превышало 10 мм рт. ст., немедленная его коррекция позволила у 26 (66,66%) добиться его уменьшения ниже указанной величины.

Итак, не только сам факт ВЧГ, а именно уровень показателей ВЧД на фоне его мониторинга и коррекции имеет существенное влияние на исход больных с тяжелой ЧМТ. Поддержка ВЧД на уровне до 10 мм рт. ст. привела к высокой эффективности лечения: все пациенты выжили, а большинство из них хорошо восстановились. При уровне ВЧД 10–14 мм рт. ст. смертность среди больных составляла 38,5%; 15–19 мм рт. ст. — 78,8%. ВЧД, сохранявшаяся на уровне >20 мм рт. ст., привело к 100,0% смертности.

Таким образом, измерение ВЧД позволило правильно определить оптимальную тактику лечения с

хорошим исходом. Проведенных у больных с ТЧМТ исследования убедительно свидетельствуют о необхо-

димости динамического мониторинга ВЧД при комплексном лечении этих больных.

Лечение нетравматических внутримозговых кровоизлияний у детей
Якубов Ж.Б., Асадуллаев У.М., Алтыбаев У.У., Заремба А.Е., Махкамов М.К.
Республиканский научный центр нейрохирургии

Нетравматические внутримозговые кровоизлияния — актуальная проблема нейрохирургии. У лиц старшего возраста их причиной в основном являются гипертоническая болезнь и атеросклероз. В последние годы, благодаря развитию диагностических методов исследования (КТ и МРТ) нетравматические кровоизлияния стали чаще выявляться у детей.

В 2006-2010 гг. в нашей клинике на лечении находились 24 больных с нетравматическими внутримозговыми кровоизлияниями в возрасте от 3-х месяцев до 14 лет, из них 14 мальчиков и 10 девочек. 19 детей переведены из других неспециализированных стационаров (педиатрических, инфекционных, гематологических и др.). При поступлении всем больным проводилось комплексное обследование, включающее нейроофтальмологическое, нейрофизиологические, нейрорентгенологические методы. Общее состояние детей оценивалось по классификации Ханта-Хесса (1968).

У 11 детей произведена операция по удалению

внутримозговых гематом, остальные получали интенсивную рассасывающую консервативную терапию.

Хотелось бы отметить, что у 22 детей в комплекс обследования было включено ангиографическое исследование сосудов головного мозга с целью выявления возможной сосудистой патологии. У 13 из них выявлены артериовенозные мальформации сосудов головного мозга, у 1 — артериальная аневризма. Всем этим больным в различные сроки произведено эндоваскулярное выключение сосудистых образований из мозгового кровотока для предупреждения повторных кровоизлияний.

Таким образом, у детей причиной нетравматических кровоизлияний могут быть сосудистые заболевания головного мозга (артериовенозные мальформации, артериальные аневризмы), в связи с чем, необходимо дополнительное ангиографическое исследование сосудов головного мозга.

3. Профилактика, диагностика и лечение осложнений в urgentной хирургии детского возраста

Surgical treatment of Femoral Shaft Fractures in heavier Children

Matthew R. Garner, Ilkhom E. Khujanazarov, John M. Flynn, David Spiegel

University of Pennsylvania, Philadelphia, Investigation performed in University of Pennsylvania, Philadelphia, USA

Femoral shaft fractures represent 2% of all pediatric fractures, with an incidence of approximately 20 per 100,000. These fractures occur in a bimodal distribution, and adolescents comprise a large portion of this cohort. Treatment decisions are based on the age and weight of the patient, the fracture pattern, and the surgeon's preference or experience. Intramedullary fixation with flexible titanium nails has become a popular method of treatment, resulting in excellent outcomes and low complication rates. Recent studies, however, have suggested that flexible nailing may be associated with an increased rate of complications when used in heavier children and in length-unstable fracture patterns. As the use of rigid locking nails (RLNs) with a piriformis fossa entry point has been limited in children because of the risk of avascular necrosis, the newer lateral or trochanteric entry nails provide an option for rigid, locked fixation in the skeletally immature. The purpose of this study was to compare the treatment of length-stable diaphyseal femur fractures with either titanium elastic nails (TENs) or RLNs in a matched cohort of heavier children (>47 kg).

The treatment of femoral shaft fractures in heavier children has been studied extensively, however, no study has directly compared elastic nail (TEN) and rigid locking nails (RLN) in this population. Our goal was to compare TEN with RLN in length-stable diaphyseal femur fractures in heavier children and adolescents (47 to 85 kg) using weight-matched cohorts.

Methods: We retrospectively reviewed records for length-stable diaphyseal femoral fractures treated with TEN or RLN over 8 years at Division Orthopedics Surgery of The Children's Hospital of Philadelphia of University of Pennsylvania. Perioperative and follow-up data, including total charges for care, were recorded and radiographic images were reviewed. These data were used to create 2 cohorts having each patient in the TEN cohort matched to

within 2 kg of the corresponding patient in the RLN cohort.

Results: Fifteen patients from each cohort could be weight matched (TEN, 60.8 kg vs. RLN, 60.4 kg). The RLN cohort was older (15.4 vs. 13.5 y; $P=0.005$). Time in operating room and estimated blood loss were greater in the RLN cohort: 158 versus 220 minutes ($P=0.003$) and 42 versus 182 ml ($P=0.003$), respectively. All patients had a full range of motion at the latest follow-up. Complications were observed in 6 of 15 TEN and 10 of 15 RLN ($P=0.14$). Implant-related problems were more common in RLN patients, but this was not statistically significant (3 of 15 vs. 9 of 15; $P=0.06$). In the TEN cohort, malunion and leg length discrepancy (>2 cm) each occurred in a single patient (20 degrees varus, 2.3 cm shortening, respectively) compared with 0 of 15 in RLN ($P=0.48$). Treatment with TEN resulted in a total charge of \$742 more than RLN ($P=0.75$).

Conclusions: In our weight-matched comparison, the use of TEN resulted in decreased time in operating room, estimated blood loss, and implant-related problems. Malunion and leg length discrepancy remain of concern when heavier patients are treated by TEN, but were not significantly increased relative to RLN in this study.

In summary, treatment of length-stable femoral shaft fractures by TEN in this cohort of heavier children resulted in less time in the operating room, decreased blood loss, and a comparable overall complication rate versus RLN. Although complications were frequent with either method, most of them were mild and did not influence the outcome. In addition, there was no advantage for either method in terms of costs seen by payers (ie, charges), based on our analysis. While the treating surgeon must always weigh the risks and benefits of both intramedullary techniques and the use of other methods of treatment, these results support TEN as a viable option in length-stable fracture patterns even in heavier patients.

Диагностика и лечение инородных тел дыхательных путей у детей с применением малоинвазивной технологии

Акилов Х.А., Аминов У.С., Алибекова М.Б., Акилов Б.Б.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Целью исследования — изучение возрастных особенностей больных детей с частичным нарушением проводимости дыхательных путей.

Материал и методы. Проведен анализ 29 историй болезни больных детского возраста (от 6 мес. до 3-х лет), поступивших в отделение детской хирургии РНЦЭМП в 2008-2012 гг. с диагнозом инородное тела дыхательных путей. Мальчиков было 18, девочек 11. летальных исходов не было. Больные рандомизированы на две группы. 1-ю группу составили дети, поступившие с клиникой инородного тела дыхательных путей (35%). 2-я группа — дети с клиникой ОРИ (65%). Во всех случаях больным на до госпитального этапа проводились клиничко-лабораторные, рентгенологические исследования, в сомнительных случаях — МСКТ под в/в наркозом. Важную роль играют анамнестиче-

ские данные: появление резкого приступообразного кашля, асфиксии, иногда с потерей сознания и цианозом кожи лица. Характерны часто повторяющиеся приступы кашля и охриплость голоса. Интенсивность кашля зависит от формы, величины, характера и локализации инородного тела. Клинически при инородных телах трахеобронхиального дерева стеноз может быть молниеносным, острым, подострым и хроническим. Молниеносный стеноз возникает при вклинении инородного тела в голосовую щель, что выявлено нами у 3 больных. У 15 больных имелась клиника острого стеноза, который был вызван инородным телом гортани или трахеи, из них у 4 больных стеноз трахеи был обусловлен крупным инородным телом, локализуемым в области бифуркации трахеи и закрывающим просвет бронхов, полностью обтурируя просвет. У 9

больных детей выявлена клиника подострого стеноза, что обусловлено частичным закрытием просвета бронха по типу "клапана". На вдохе воздух проходит мимо инородного тела в легкое, а на выдохе оно obtурирует просвет бронха, развивается синдром внутригрудного напряжения, приводящий к очень опасным нарушениям дыхания и кровообращения. У 2 пациентов наблюдалась клиника хронизации процесса вклинившимся в бронх инородным телом с частичной закупоркой его просвета. Воздух свободно проходит мимо инородного тела на вдохе и выдохе. 19 больных получали лечение в соматическом отделении с клиникой обструктивного бронхита.

Во всех случаях произведена диагностическая и лечебная бронхоскопия с удалением инородного тела. При этом выявлены местные изменения дыхательных путей, которые зависят от природы и размера инородного тела, а также от времени пребывания его в дыхательных путях. При внедрении инородного тела

местно отмечаются гиперемия, набухание слизистой оболочки, явления экссудации. К поздним местным признакам инородного тела относятся образование вокруг него капсулы, ее склерозирование, разрастание грануляций с последующим их рубцеванием.

При рентгенологическом исследовании выявлено усиление легочного рисунка пораженного легкого с эмфизематозным расширением. На МСКТ у 7 больных обнаружена тень инородного тела, располагающаяся в области карины. Пораженное легкое несколько увеличено в объеме, повышенной прозрачности.

Вывод. Таким образом, к каждому ребенку необходим индивидуальный подход, сбор анамнестических данных, что в 72% случаев способствует установлению точного диагноза. Целенаправленное изучение результатов исследования показывает, что бронхоскопия является эффективным методом не только диагностики, но и лечения.

К вопросу об уменьшении частоты осложнений бактериальной деструкции легких у детей

Акилов Х.А., Аминов У.С., Баходирова А.Н.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Проанализированы результаты лечения 48 детей с различным течением эмпием плевры, находившихся в отделении неотложной хирургии детского возраста клиники РНЦЭМП в 2008-2012 гг. Заболевание с одинаковой частотой встречалось у мальчиков — 25 (52%) и у девочек — 23 (47,9%). Двустороннее поражение было у 9 (18,7%) детей. Основными клиническими признаками явились кашель с выделением мокроты, одышка, повышение температуры тела, признаки интоксикации организма. Диагноз был установлен на основании клинической картины и результатов инструментальных методов обследования (обзорная рентгенография грудной клетки, УЗИ плевральных полостей).

У 17 (35,41%) пациентов выявлен пиопневмоторакс, у 6 (12,5%) — пиоторакс, у 20 (41,6%) — метапневматический абактериальный гидроторакс, у 5 (10,4%) — пристеночная эмпиема плевры. У 19 (39,5%) больных диагностировано сочетание с легочной формой бактериальной деструкции легких (БДЛ), из них у 7 (36,8%) — абсцесс легких и гангрена, у 10 (52,6%) — мелкоочаговая множественная БДЛ со скоплением гноя в плевральной полости. С целью уточнения возбудителя проведено бактериологическое исследование мазков из зева, мокроты и пункционного материала из плевральных полостей.

У 26 (54%) пациентов с эмпиемой плевры произведе-

дена однократная пункция плевральной полости с эвакуацией гноя, экссудата, введением антибиотика в плевральную полость и продолжением антибактериальной терапии. 5 (10,4%) детям наложен торакоцентез. У 9 (75%) больных в связи со спаечным процессом, наличием шварт и плотным каркасом на поверхности спавшего легкого произведена торакоскопия. У 17 (35,41%) больных, из-за наличия осумкования процесса и формирования пиофиброторакса произведена торакоскопия с декортикацией легкого, частичной плеврэктомией, санацией и дренированием плевральной полости.

Всем пациентам назначали антибактериальную (в зависимости от чувствительности), бронхолитическую, противовоспалительную терапию, дыхательную гимнастику. В динамике проводились рентгенография грудной клетки и МСКТ. У оперированных больных операционная рана зажила первичным натяжением. Все пациенты в удовлетворительном состоянии выписаны домой.

Наш опыт показывает, что прогресс в этом сложном разделе детской хирургии должен быть связан, прежде всего, со своевременным предупреждением легочных нагноений, а самое главное, — с грамотным внедрением в процесс лечения эмпиемы плевры современных миниинвазивных хирургических технологий.

Ранняя диагностика, лечение и профилактика пороков пузырно-уретрального сегмента, осложненных уретерогидронефрозом, у детей

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

Ташкентский институт усовершенствования врачей, РНЦЭМП

Цель работы — исследование в катамнезе состояния почек и особенностей течения пиелонефрита у детей, оперированных по поводу врожденных обструктивных аномалий верхних мочевых путей.

В РНЦЭМП обследованы и оперированы 119 детей в возрасте от 6 месяцев до 14 лет с пороками развития пузырно-уретрального сегмента, осложненными уретерогидронефрозом III-IV степени, из них 70 мальчи-

ков и 39 девочек. Отдаленные результаты лечения спустя 1-3 года после оперативного лечения гидронефроза прослежены у 60 (50,4%) детей, уретерогидронефроза — у 44 (37%), удвоения мочевыводящих путей с обструктивным вариантом уродинамики — у 15 (12,6%). Отбор больных осуществляли методом сплошной выборки по следующим критериям: факт проведенной оперативной коррекции обструкции,

наличие у пациента в дооперационном периоде пиелонефрита, срок после операции не менее 1 года.

Всем больным, кроме рутинных анализов крови и мочи, проводили УЗИ, экскреторную урографию, при сложности дифференциации этиопатогенетических факторов гидронефротической трансформации у 21 (17,6%) пациента выполнена мультисканерная компьютерная томография (МСКТ).

Обструктивные аномалии почек по результатам УЗИ-скрининга диагностированы у 21% обследованных (из них дети первого года жизни составили 42,1%), по клинике пиелонефрита – у 79%. У 31,1% детей пиелонефрит манифестировал в возрасте до 1 года, чаще в основном у больных с удвоением мочевых путей (46,7%) и уретерогидронефрозами (41%), что объясняется более значимым нарушением уродинамики нижнего цистоида мочеточника при этих пороках.

Среди оперированных, в основном по поводу уретерогидронефроза, в возрасте до 1 года было только 20,5% детей. Большинство прооперированных детей (45,4%) были школьного возраста.

До оперативного устранения обструкции 100% пациентов имели один или несколько эпизодов пиелонефрита: у 70,6% пациентов пиелонефрит дебютировал манифестной клиникой, у 29,4% – изолированным мочевым синдромом. У детей всех групп самыми частыми симптомами были боли в животе (44,5%) и лихорадка (40,3%). Дизурия достоверно чаще встречалась в группе пациентов с уретерогидронефрозами – 38,6%. Изолированный мочевого синдром отмечался примерно у 1/3 (29,4%) пациентов, чаще у детей с удвоением мочевых путей.

В течение 6 месяцев после хирургического лечения у 1/3 больных нормализовались анализы мочи, и в дальнейшем мочевого синдрома не отмечалось. Ещё у 39,6% детей рецидивы пиелонефрита прекратились через 6-24 месяца после операции. Спустя 2 года после устранения обструкции только у 28,5% пациентов сохранялись рецидивы мочевого инфекции, чаще у детей, оперированных по поводу удвоения мочевых

путей (40%), реже – у оперированных по поводу гидронефроза (20%). Зарегистрировано уменьшение числа манифестных форм пиелонефрита с 70,6 до 55,8%.

У 4 (3,4%) детей к подростковому возрасту сформировалась хроническая почечная недостаточность, однако следует отметить, что и до операции уровень креатинина у них достигал $0,09 \pm 0,017$ ммоль/л.

В отдалённые сроки после реконструктивной операции из 40 (41,7%) детей, имевших до оперативной коррекции уменьшенные размеры паренхимы, осталось лишь 26 (27,1%) с её дефицитом. Лучшая компенсация паренхимы отмечалась у детей с гидронефрозами: более чем у половины пациентов с дефицитом паренхимы до операции нормализовались её размеры, все они прооперированы в дошкольном возрасте. В группе детей с уретерогидронефрозами таких было лишь 18,7%, а в группе больных с удвоением мочевых путей восстановления толщины паренхимы не произошло ни у одного. Анализ состояния паренхимы аномальной почки подтвердил необходимость ранней коррекции порока: у 14 (53,9%) из 26 детей, у которых размеры паренхимы нормализовались, были прооперированы до поступления в школу. Причиной недостаточного сокращения чашечно-лоханочной системы являлась дисплазия стенки лоханки, чашечек и мочеточника, доказанная гистологически.

Таким образом, обструктивные аномалии мочевой системы диагностируются по результатам УЗИ-скрининга у 21% обследованных (у детей первого года жизни в 42,1%), по клинике пиелонефрита – у 79%. Существует прямая корреляционная связь между сроками оперативной коррекции и состоянием почечной паренхимы в отдалённый период после операции. Поздняя коррекция приводит к дефициту паренхимы, а также к росту числа органосохраняющих операций. Спустя 2 года после устранения обструкции рецидивы мочевого инфекции сохраняются у 28,5% пациентов. Хроническая почечная недостаточность формируется у 4,2% больных.

Болаларда инфравезикал тўсиқ туғма нуқсонларини эрта диагностикаси ва даволаш юқори сийдик йўлларидаги асоратларини олдини олиш

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

Тошкент врачлар малака ошириш институти, РНЦЭМП

Аҳолининг репродуктив саломатлигини янада муштаҳамлаш, соғлом бола туғилиши ва уни тарбиялаш учун зарур шарт-шароитлар яратиш, жисмоний ва маънавий баркамол ёш авлодни вояга етказиш мақсадида, шунингдек Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2009 йил 13 апрелдаги “Она ва бола саломатлигини муҳофаза қилиш, соғлом авлодни шакллантиришга доир қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида”ги ПҚ-1096-сон қарорини бажариш юзасидан, болаларни мунтазам равишда кузатиб боришнинг асосий услубларидан бири уларни туғилган кунидан бошлаб ривожланишининг барча босқичларида диспансер назорати олиб боришдир. Диспансер кузатуви давомида болалар саломатлик ҳолатида юз бераётган ўзгаришлар аниқланиб, даволаш-соғломлаштириш тадбирлари ўтказилади.

Кузатувлар давомида умумий аҳоли сонига нисбатан болалар аҳолиси камайган, умумий туғилиш ва

тирик туғилиш сони ортган. 0-1 ва 0-14 ёшгача вафот этган болалар сон кўрсаткичлари камайган. Буйрак-сийдик йўллари хасталиклари бўйича вафот этган 70 та болалар кўриб чиқилганда, шундан 28 тасида патанатомик текширувда ҳомиладорлик вақтида оғир даражада асоратланган уретра клапани туғма нуқсони борлиги ва юқори сийдик йўлларидаги вафот этган 70 та болалар кўриб чиқилганда, шундан 28 тасида патанатомик текширувда ҳомиладорлик вақтида оғир даражада асоратланган уретра клапани туғма нуқсони борлиги ва юқори сийдик йўлларидаги вафот этган болалар нозологияси кўрилганда уретра клапани туғма нуқсони билан вафот этган болалар сони камайган, сабаби ҳомиладор аёлларни “Она ва бола” скрининги марказида ногиронликни олдини олиш бўйича шифокор генетик кўригидан даврий равишда ўтиб туриши катта аҳамиятга эга бўлди. Бундай маълумот ҳомиладор аёлларда ҳомилани ҳомиладорлик вақтида буйрак-сийдик йўллари 100% ва даврий равишда ультратовуш текширувидан ўтказилиб туришини таъкидлайди.

Кузатов натижаларида 52 та уретра клапани нуқсон билан туғилган болалар ўз вақтида комплекс равишда урологик текширувлардан ўтказилиб, хасталик аниқланиб, ўз вақтида жаррохлик йули бартараф этилди ва даволаш самардорлигини эрта ҳамда кечки даврлари ўрганиб чиқилганда болаларни батамом соғломлашганлиги аниқланди.

Болаларнинг жисмоний ривожланишини белгиловчи асосий кўрсаткичлар уларнинг бўйи, вазни, кўкрак

қафаси айланаси ва шу билан бирга барча ички аъзолари, жумладан, буйрак-сиддик йўллари хомилдорлик вақтида ва бола туғилгандан сўнг меърий кўрсаткичларини инструментал текшириб бориш, пренатал ва постнатал юзага чиқувчи туғма нуқсонларни эрта аниқлаши ва бартараф қилиниши, юкори сийдик йўллари асоратларини олдини олиниши мақсадга мувофиқдир.

Профилактика рубцовых стенозов гепатикоэнтероанастомоза у детей.

Акилов Х.А., Матякубов Х.Н., Ли Э.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, ТашИУВ

Цель исследования — улучшение результатов лечения больных с кистозной трансформацией желчевыводящих путей путем оптимизации диагностики, внедрения новых технологий лечения.

В 2005 - 2012 гг. в РНЦЭМП на лечении находились 36 больных с ВКТХ в возрасте от 2 месяцев до 14 лет. Диагноз патологии гепатобилиарной системы до операции установлен во всех случаях. Диагноз верифицирован на основании оценки клинических симптомов и результатов специальных методов обследования (УЗИ, МРТ, МСКТ с контрастированием, РХПГ).

Всем детям проведено обследование согласно утвержденному стандарту. Принципиально важно начинать обследование с менее инвазивных методов. Как правило, первоначально выполняется УЗИ, при необходимости возможно увеличение информативности МРТ и МСКТ с помощью контрастного усиления после РХПГ. Причины рубцовой стриктуры билиодигестивных анастомозов после хирургической коррекции окончательно не известны. На наш взгляд, наиболее вероятными факторами являются исходные патоморфологические изменения стенки протоков, неоднородная структура соединяемых тканей, ишемические нарушения вследствие мобилизации протока, а также,

возможно, технические погрешности и воспалительный перипроцесс.

13 (38,8%) детям наложен супрадуоденальный холедоходуоденоанастомоз, 23 (63,8%) произведена резекция кисты холедоха, с наложением гепатикоэнтероанастомоза на выключенной по Ру петле тонкой кишки, из них у 19 (52,7%) — с каркасным кольцом. Основными требованиями к анастомозу является минимальная травматизация тканей, сопоставление только однородных тканей, прецизионная техника и применением кольца из индифферентных металлов.

При контрольном обследовании через 3 -12 месяцев и через 5 лет состояние детей удовлетворительное.

Таким образом, из методов оперативного лечения считаем наиболее перспективным максимальное иссечение кистозно измененных стенок гепатикохоледоха и наложение гепатикоеюноанастомоза на выключенной по Ру петле тонкой кишки на металлическом каркасном кольце. В условиях, когда достаточная протяженность выключенного отдела тонкой кишки исключает возможность рефлюкс-холангита, каркасное кольцо гарантирует стабильность диаметра камеры анастомоза и исключает его рубцевание.

Тактика лечения закрытых повреждений паренхиматозных органов брюшной полости у детей

Акилов Х.А., Примов Ф.Ш., Урмонов Н.Т., Хаджиметов Ф.И.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В 2006 - 2011 гг. под нашим наблюдением находились 93 больных с закрытой травмой живота с повреждением паренхиматозных органов брюшной полости. Повреждения селезенки диагностированы у 66 (71%), печени — у 27 (29%) детей.

Повреждения органов получены детьми от 1,5 лет до 15 лет в результате полученной 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%). 76,1% составили мальчики. Почти все пострадавшие были доставлены в стационар в ранние сроки после травмы. В первые 1-3 часа после получения травмы поступили 69,9% пострадавших. Среди лиц, поступивших в более поздние сроки после травмы посттравматическая киста селезенки наблюдалась у 2 (2,15 %), гематома и абсцесс печени — у 5 (5,3%) , с гемобиллией — у 2.

Наряду с общеклиническими лабораторные методы исследования, для топической диагностики всех повреждений у ребенка использовались лучевые методы диагностики (полипозиционная рентгенография, ультразвуковое исследование, компьютерная томо-

графия), 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 в зависимости от гемодинамических показателей (артериальное давление) и показателей крови (стабильные, условно-стабильные и нестабильные).

Стабильность гемодинамики — основополагающая предпосылка для расширенного лучевого обследования и эндодиагностики. Диагностика начинается с экстренной ультрасонографии органов брюшной полости, при которой у 92% пациентов локализован 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 — тотальную

МСКТ (при сочетанной травме).

Стабильная гемодинамика и стабильность объема свободной жидкости в малом тазу позволяли избрать консервативный метод лечения. Нарастание уровня жидкости в малом тазу на фоне стабильной гемодинамики явилось показанием к лечебно-диагностической лапароскопии, которая была успешной у 27 (32,9%) пациентов с разрывами селезенки и печени. Лапароскопия при абдоминальной травме имеет свои особенности и этапность. Первичная ревизия позволяет установить стабильность ситуации и дает возможность остановить кровотечение коагулированием и ушиванием или определить показания к конверсии.

В группе пациентов с тяжелым нарушением гемодинамики при лучевой визуализации разрыва органа выполнялась экстренная лапаротомия, имеющая и органоуносящий, и органосохранный характер: спле-

нэктомия – у 45 (48,3%), ушивание и коагуляция селезенки и печени с гетеротопической имплантацией селезеночной пульпы – у 48 (61,8%).

Таким образом, наши исследования при травме органов брюшной полости позволяют выделить группу пациентов со стабильной гемодинамикой, наиболее представительную в количественном отношении. Выбор хирургической тактики в этой группе базируется на мониторинге клинко-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.

Роль лапароскопии в профилактике интероперационных осложнений при закрытых повреждениях органов брюшной полости у детей

Акилов Х.А., Примов Ф.Ш., Урмонов Н.Т., Хаджиметов Ф.И.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В 2006 по 2011 гг. в отделении детской хирургии выполнено 65 операций лапароскопии больным детям с подозрением на закрытую травму живота. Подавляющее большинство пострадавших были мальчики (72%), возраст больных от 1,5 до 15 лет.

В основе тактических действий детского хирурга лежит определенная последовательность действий, основанная на информации, полученной после объективного осмотра, а также после лабораторных и инструментальных исследований. Опорным моментом при оказании помощи травмированным детям является мониторинг гемодинамических показателей. В случае их стабильности в комплекс лабораторно-инструментальных исследований следует включать обзорную рентгенографию, а при отсутствии признаков повреждения полого органа – ультразвуковое исследование. Показанием к лапароскопии служит наличие свободной крови в брюшной полости, неуверенность в остановке кровотечения при стабильной гемодинамике больного.

Из общего количества выполненных лапароскопий, произведенных по поводу закрытой травмы живота, у 53,8% пострадавших выявлены различной сте-

пени повреждения внутренних органов: повреждения селезенки (23), печени (9) и тонкой кишки (3). У 11,05% больных патологии в брюшной полости не обнаружено. У 35,15% пациентов значительных повреждений внутренних органов не выявлено. Имели место обширные гематомы забрюшинного пространства, большого сальника, повреждения капсулы печени, связочного аппарата брюшной полости без признаков продолжающегося кровотечения.

Больные с повреждениями полых органов оперированы в экстренном порядке традиционным способом.

Таким образом, использование лапароскопии и эндовидеохирургических методов у пострадавших с закрытой травмой и ранениями живота более чем в 99,5% случаев позволило подтвердить, уточнить или существенно дополнить предварительный клинический диагноз, объективно оценить ситуацию и незамедлительно произвести необходимые мероприятия. Такая тактика позволила полностью исключить из арсенала ургентной хирургии лапароцентез и напрасные лапаротомии, что способствовало профилактике интероперационных осложнений.

Роль видеолапароскопии в диагностике, лечении, снижении травматичности и осложнений при неотложных состояниях и травмах брюшной полости у детей

Акилов Х.А., Хаджиметов Ф.И., Примов Ф.Ш.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В отделении детской хирургии РНЦЭМП лапароскопические методы диагностики и лечения используются в течение 6 лет при различных острых заболеваниях органов брюшной полости и травмах. Всего с 2006 по 2012 г. выполнено 65 диагностических лапароскопий детям с 1 года до 14 лет с диагнозом «острый живот» и 45 детям с травмами живота. Боль в животе – одна из самых частых причин обращения к детскому хирургу. Во многих случаях дифференциальная диагностика затруднена малым возрастом ребенка, невозможностью сбора анамнеза, негативным отношением детей младшего возраста к осмотру,

стертостью клинических симптомов, наличием сопутствующей патологии. Основными тактическими принципами при дифференциальной диагностике болей в животе в детском возрасте остаются комплексная оценка клинко-лабораторных данных и динамическое наблюдение. Дополнительные методы исследования, включая эндоскопические, сонографические и рентгенологические, также позволяют выявить многие заболевания, сопровождающиеся абдоминалгией. Но все равно остается ряд больных, у которых не удается верифицировать диагноз без проведения лапароскопического вмешательства. Среди 65 лапароскопий,

выполненных по поводу болей в животе, диагноз острого аппендицита был подтвержден у 34 детей (проведены открытые вмешательства), у 31 выявлена другая патология. В последних наблюдениях конверсия потребовалась только у 18 пациентов, то есть в 47 случаях оказалось возможным ограничиться диагностической или лечебной лапароскопией. Наибольшие трудности возникали в дифференциальной диагностике первичного перитонита (8 детей) и гинекологической патологии (7 детей). Различные виды непроходимости стали следующей по частоте причиной диагностических затруднений. Открытая операция выполнена 18 детям: в 5 случаях – по поводу деструкции дивертикула Меккеля, 3 – по поводу острой кишечной непроходимости, 10 – по поводу атипичного расположения аппендикулярного отростка. В 1 случае 4-месячный ребенок госпитализирован с клиникой кишечной непроходимости, при исследовании пассажа контраста по ЖКТ имела место его задержка, ребенок взят на лапароскопию, выявлен деструктивный аппендицит и разлитой перитонит.

Возможности клинической диагностики у детей с травмами всегда ограничены, особенно при наличии шока. Из-за малого возраста контакт бывает затруднен, ребенок после перенесенного стресса всегда настроен негативно, часто имеются сложности локализации болей, сбора анамнеза. В основе тактических действий детского хирурга лежит определенная последовательность действий, основанная на информации, полученной в основном после объективного осмотра, а также лабораторных и инструментальных данных. Основопологающим при оказании помощи травмированным детям является мониторинг гемоди-

намических показателей. При стабильных их показателях в комплекс лабораторно-инструментальных исследований следует включать обзорную рентгенографию, а в случае отсутствия признаков повреждения полого органа – ультразвуковое исследование. Показанием к лапароскопии служит наличие свободной крови в брюшной полости, неуверенность в остановке кровотечения при стабильной гемодинамике больного. Во время 35 диагностических лапароскопий, выполненных по поводу травм, были диагностированы повреждения селезенки (23), печени (9) и тонкой кишки (3).

Таким образом, лапароскопические методы безопасны, высокоинформативны и необходимы в детских специализированных хирургических стационарах. На современном этапе невозможно себе представить полноценное оказание помощи детям с urgentной хирургической патологией без применения данных методов. Использование эндохирургической техники позволяет значительно снизить число эксплоративных лапаротомий в сложных случаях. Видеолапароскопия позволяет не только уточнить диагноз, но и произвести ряд лечебных мероприятий, в том числе и остановку кровотечения у больных с травмами. В случае открытых ранений живота лапароскопия показана при невозможности ревизии раневого канала на всем протяжении для определения характера повреждения. Меньшая травматичность лапароскопии по сравнению с традиционными операциями позволяет уменьшить количество анальгетиков, сроки госпитализации, в том числе и пребывания в отделении реанимации, способствует ранней активизации больных и уменьшению количества осложнений.

Профилактика рецидивов гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии у детей

Акилов Х.А., Ходжиметов Ф.И., Урмонов Н.Т., Асадуллаев Д.Р., Примов Ф.Ш.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Проанализированы результаты лечения 72 больных детей с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, которые находились на стационарном лечении в отделении неотложной хирургии детского возраста РНЦЭМП в 2005–2011 гг. Мальчиков было 48 (66,6%), девочек – 24 (33,3%). Возраст больных – от 9 месяцев до 15 лет. У 52 (72,2%) из них выявлены хронические, у 20 (27,8%) – острые формы заболевания. Желудочные язвы имели место у 15 (22,2%) больных, причем у 14 (90%) были острые формы заболевания. У 56 (77,7%) больных язвы располагались в двенадцатиперстной кишке, из них в 6 (8,3%) – острые формы, у 50 (69,4%) – хронические.

Одним из наиболее частых и грозных осложнений язвенной болезни является кровотечение из язвы, которое наблюдалось у 36 (50%) наших пациентов. Распределение больных с кровотечением по Forrest: F-1A – струйное кровотечение – 1 (2,7%), F-1B – диффузное кровотечение – 3 (8,3%), F-1I – остановившееся на момент осмотра кровотечение – 3 (8,3%), F-1IA – видимый сосуд на дне язвы в виде столбика или бугорка – 8 (22,2%), F-1IB – плотно фиксированный к дну язвы тромб сгусток – 12 (33,3%), F-1IC – мелкоточечные сосуды на дне язвы в виде темных пятен – 6 (16,6%), F-1II – дефект слизистой обо-

лочка без признаков кровотечения – 3 (8,3%).

У 1 (2,7%) больного с кровотечением F-1A его удалось остановить при первичном осмотре путем коагуляции кровоточащей язвы с последующим обкалыванием 70% спиртом, у 3 (8,3%) больных с кровотечением F-1B – аргонно-плазменной коагуляцией язвы, у 8 (2,2%) больных с кровотечением F-2A – обкалыванием 70% спиртом, у 11 (33,3%) с кровотечением F-2B – дополнительным обкалыванием 70% спиртом источника кровотечения, у 6 (16,6%) больных с кровотечением F-2C лечебное эндоскопическое вмешательство не проводилось, так как не было признаков активного кровотечения.

Оперированы 2 больных после безуспешного эндоскопического гемостаза. Произведена дуоденотомия и ушивание кровоточащей язвы.

Таким образом, в диагностике и профилактике гастродуоденальных кровотечений важное место занимает эндоскопия. Эндоскопические методы позволяют активно влиять на источник кровотечения путем лечебных мероприятий (диатермокоагуляция, аргонно-плазменная коагуляция, обкалывание), в динамике они позволяют определить риск возможного рецидива кровотечения и согласовать дальнейшую тактику ведения данной категории больных.

Лимфотропное введение антибактериальных препаратов в лечении аппендикулярных перитонитов у детей

Аскарров Д.А., Каххоров А.И., Холматжонов С.С., Умаржонов Й.Й.
Ферганский филиал РНЦЭМП

В 2010-2011 лимфотропный путь введения антибиотиков применен в отделении детской хирургии ФФРЭМЦ у 37 больных с аппендикулярным перитонитом. В комплексном лечении у 37 больных с разлитым гнойным перитонитом. Методика региональной лимфотропной антибиотикотерапии заключалась в следующем после выполнения основного этапа операции (аппендэктомия, санация брюшной полости) между листками брыжейки в области илеоцекального угла выводили хлорвиниловый катетер, который фиксировали одним кетгутовым швом, с последующим выведением дистального конца через отдельный прокол передней брюшной стенки.

В послеоперационном периоде два раза в сутки через катетер вводили протеолитический фермент (лидазу 8-16 ед. трипсин кристаллический 2,5-5 мг) который разводили в изотоническом растворе натрия хлорида или 0,25% растворе новокаина. Спустя 2 минуты вводили разовую дозу антибиотиков. Продолжительность регионарной лимфотропной антибиотикотерапии 5-6 дней.

Контролем служили 40 больных с аппендикулярным перитонитом, сопоставимые по тяжести и длительности заболевания, которым до 2010 года проводили традиционную послеоперационную терапию.

При использовании лимфотропной терапии в комплексном лечении аппендикулярных перитонитов у детей отмечена значительная положительная динамика. К 3-4 суткам улучшалось общее состояние больных, нормализовалась температура, исчезали симптомы раздражения брюшины, восстанавливалась моторика желудочно-кишечного тракта, появлялся аппетит.

Клинические данные подтверждались лабораторными показателями: уменьшалось количество лейкоцитов, нормализовалась формула белой крови, снижался уровень среднемолекулярных пептидов сыворотки крови. Применение региональной лимфотропной терапии в комплексном лечении больных с перитонитом позволило снизить летальность до 0%, уменьшить сроки пребывания больных в стационаре и расход антибактериальных препаратов.

Таким образом, лимфотропная терапия является важным звеном в комплексном лечении аппендикулярных перитонитов у детей и может широко применяться для профилактики послеоперационных осложнений.

Болаларда ўткир аппендицитнинг йирингли асоратларини олдини олиш ва даволаш

Аскарров Д.А., Сайдалиев С.С., Умаржонов Й.Й., Холматжонов С.С., Каххоров А. И.
РШТЭИМ Фарғона филиали

Йирингли асоратларни олдини олишга қаратилган усулларни ва уларни натижаларини таҳлил қилиш мақсадида 2009-2011 йиллар давомида РШТЭИМ ФФ болалар жаррохлик бўлимида даволанган беморларнинг касаллик тарихи баённомалари таҳлил қилинди. Жумладан жами бўлимда 3373та бемор ўтган бўлиб, булардан 892 нафари (26,4%) ўткир аппендицит билан даволанган. 107та (11,9%) холларда ўткир аппендицитни йирингли перитонит билан асоратланиши кузатилган. Шулардан 18та беморларга (16,8%) тарқалган йирингли перитонит, 89 тасига (83,2%) маҳаллий перитонит ташхиси қўйилган.

Беморларга стандарт бўйича барча инструментал ва клиник-биокимёвий лаборатор текширувлар ўтказилган. Касаллик тарихи баённомаларининг анамнезлари таҳлили шуни кўрсатадики, ўткир аппендицитлардаги йирингли асоратлар организмнинг реактивлигига боғлиқ экан. Яъни организмнинг реактивлиги қанча паст бўлса йирингли асоратланишлар шунча ортган. Беморларнинг анамнезида тез-тез соматик касалликлар билан оғриши, ёшлигида сунъий овқатланишда бўлганликлари аниқланди. Шунинг учун бундай тоифадаги беморларга бўлимда эндолимфатик антибактериал терапия ўтказишни йўлга қўйилган. Жами 8 та аппендикуляр омилли перитонит бўлган беморларга йирингли асоратларни даволаш мақсадида эндолимфатик антибактериал терапия қўлланилган. Бунинг учун операция вақтида микроиригатор ингичка ичак тутқичининг қон-томирлари кам жойга вицерал вароқлари орасига

қўйилади ва ичак тутқичига кетгут чоклар билан мустаҳкамланади. Катетрнинг бош қисми алоҳида кесма орқали қорин бўшлиғидан чиқарилади. Операция тугаши арафасида катетр орқали лимфотроп антибиотикотерапия лимфостимулятор иштирокида бошланади.

Ўткир перитонит реактив ва токсик фазасида марказий лимфа хажми кўпаяди, терминал фазасида эса камаяди. Бу эса организмнинг интоксикациясига, лимфа томирлари ва тугунларини токсинлар ва детритлар билан блоккланиб қолишига, қорин бўшлиғи органлари ва томирларини иннервациясини бузилишига боғлиқ. Шунинг учун бу бузилишларни коррекция қилиш, интерстициал шиш, лимфа махсулотлари ва марказий лимфа оқимини кучайтириш мақсадида лимфостимулятор юборилади. Лимфостимулятор сифатида глюкоза навокаин 1:1 нисбатда, лидаза 4мг/кг (0.5ЕД/кг), маннит (2,5мл/кг) қўйилади. Бу беморларда жарохатни бирламчи битиши ва периферик қон кўрсаткичларини жадал нормаллашуви яққол аниқланади.

Шунай қилиб, болаларда ўткир аппендицитнинг йирингли асоратларини комплекс даволаш билан бир қаторда эндолимфатик усулда антибактериал препаратларни организмга юборишни қўллаш самарали усул хисобланади. Бу усулни қўллаш ўткир аппендицитнинг йирингли асоратларини профилактика этиб, периферик қон кўрсаткичларини тез орада нормаллашувига, жарохатни бирламчи битишига ва беморларни ўртача даволаниш муддатини камайишига олиб келади.

Сравнительный анализ хирургического лечения детей с термической травмой

Ахмедов А.И., Абдуллаев С.А., Раджабов У.А.

Самаркандский медицинский институт, Самаркандский областной ожоговой центр

Ожоги остаются одной из наиболее актуальных и социально важных проблем детского травматизма. Методы лечения обожженных в настоящее время принципиально отличаются от общепринятых еще 10-15 лет тому назад. Активное хирургическое лечение еще не получило достаточно широкой известности и, как следствие этого, далеко от повсеместного внедрения в практику. Поэтому мы считали целесообразным обобщить наш опыт использования опытов хирургического лечения детей с тяжелой термической травмой.

В основу работы положены результаты лечения 78 пострадавших с термической травмой, находившихся в областном ожоговом центре в г. Самарканде с 2007-2011 гг. В зависимости от вида выполняемого хирургического лечения больные были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 48 человек в возрасте от 1 года до 14 лет с ожогами IIIA-B-IV степени на площади от 30 до 80 % поверхности тела. У пациентов этой группы использовали химическую некрэктомию с помощью 25 % салициловой мази. У наблюдаемых нами больных ожоговый струп отошел в среднем к 16,2 дня. Количество койко-дней до первого оперативного закрытия гранулирующих ран в среднем составило 21,4.

Полное приживление пересаженных кожных лоскутов отмечено в 72,8% случаев, частичное приживление кожных лоскутов — в 21,6%, полное неприживление кожных лоскутов — в 5,6%. Эпителизация ран диагностирована на 17,1 дня после аутодермопластики. При анализе результатов лечения пациентов 1-й группы установлено, что из осложнений чаще всего были пневмония и сепсис. Так, пневмония выявлена в 30% случаев (из числа всех осложнений), сепсис — в 14,6%. Средний койко-день у детей 1-й группы был 46,8 дня. Общая летальность в 1-й группе составила 31,2% (15 б-х). Полученные результаты лечения пострадавших 1-й

группы свидетельствуют о том, что не удалось в значительной степени сократить сроки предоперационной подготовки ожоговых ран к аутодермопластике из-за использования салициловой мази на ограниченных участках не более 5 % поверхности тела, так как нанесение ее на большие площади ожогового струпа приводят к ухудшению состояния пострадавших. Не удалось также сократить продолжительность и многоэтапность хирургического лечения, число инфекционных осложнений и летальность.

Более перспективным методом восстановления утраченного кожного покрова у обожженных оказалось раннее (на 3-7-е сутки с момента травмы) иссечение некротических тканей с последующей аутодермопластикой. Раннее хирургическое лечение было использовано у 30 обожженных, которые составили 2-ю группу. 19 (63,3 %) из них — дети младшей возрастной группы (до 3-х лет), 11 (36,7%) — старше 3 лет. Площадь ожоговых ран IIIA-B-IV степени составила от 32 до 87% поверхности тела. Первая операция в глубоких участках ожоговой раны осуществлена в среднем на 3,9 сутки после поступления в стационар. Площадь иссекаемого струпа за одно оперативное вмешательство колебалась от 10 до 30% поверхности тела. Хорошие исходы хирургического лечения получены у 78,3%, неудовлетворительные — у 21,7% пациентов. Сроки эпителизации ран в среднем составили 15,5 дня. Анализ инфекционных осложнений, развившихся в ходе лечения детей 2-ю группы показал, что пневмония имела место 12,5%, сепсис — у 8,6 %. Количество койко-дней 36,0. Общая летальность обожженных 2-й группы равна 13,3% (4 б-х).

Таким образом, активная хирургическая тактика является эффективным методом лечения тяжело обожженных детского возраста.

Инородные тела дыхательных путей детского возраста и их осложнения

Гафуров З.К., Рахмонов А.А., Акбаров Д.О., Оккузиев И.К., Мухитдинова М.К.

Андижанский филиал РНЦЭМП

С января 2010 г. по декабрь 2011 г. в отделение детской хирургии Андижанского филиала РНЦЭМП республиканского научного центра экстренной медицинской помощи обратились 106 пациентов с диагнозом инородное тело дыхательных путей. У 16 (15,1%) больных этот диагноз исключен в процессе наблюдения, у 10 (9,4%) пациентов — после проведенной бронхоскопии, 80 (75,5%) детям проведено бронхоскопическое удаление инородного тела. В возрасте до года было 3 (3,8%) ребенка, от 1 года до 4 лет — 60 (75%), 4-17 лет — 17 (21,2%). У 67 (83,8%) больных инородными телами были изюм, фрагменты фруктов и овощей, у 2 (2,5%) — таблетки, у 13 (16,2%) — колпачки одноразовых ручек, металлические предметы и фрагменты чёток. Локализация инородных предметов выглядела следующим образом: гортань 4 (5%), трахея 5 (6,2%), бронхи 71 (88,8%), при этом правый главный бронх 53 (74,6%), левый 18 (25,4%). 9 (11,25%) пациентов поступили в крайне тяжелом состоянии, с инородными телами гортани и трахеи, с дыхательной

недостаточностью II-III степени.

Лечебные мероприятия им проводились в отделении детской реанимации и интенсивной терапии, по необходимости осуществлялась ИВЛ. Остальные больные были в тяжелом — 52 (65%) или состоянии средней степени тяжести — 19 (23,75%), с признаками ларингита, бронхообструктивного синдрома, картиной пневмонии. Все пациенты старше 4-х лет поступили в состоянии средней степени тяжести.

Аускультативно у 4 (5%) больных дыхание было ослаблено с обеих сторон, у 57 (71,25%) с одной стороны у 19 (23,75%) выявлялись — крупно и среднепузырчатые влажные хрипы, у 15 (%) из них со стридором. При рентгенологическом исследовании у 3 (3,75%) обследованных выявлен ателектаз легкого, у 43 (53,75%) — пневмониеподобную картину, у 34 (42,5%) рентгенологических изменений не обнаружено.

При оказании помощи всех пациентов применяли ригидную трахеобронхоскопию посредством бронхоскопа Фриделя под общим обезболиванием.

У 78 (97,5%) инородные тела удалены, в одном (1,25%) случае аспирации стального шарика после неудачной попытки удаления пациент направлен в РНЦЭМП. Представляет интерес (1,25%) случай аспирации фрагмента колоса злаковой культуры. На 20-е сутки после аспирации попытка удаления оказалась безуспешной, в дальнейшем развитие абсцесса правого легкого, трансторакальное дренирование его, инородное тело было эвакуировано по дренажной трубке.

После проведенных манипуляций у 41 (51,25%) больного наблюдался «посттравматический ларинготрахеит», который купирован на 2-3-и сутки. У 1

(1,25%) ребенка была картина частичного пневмоторакса и не нарастающей подкожной эмфиземы. Ему проведены консервативные мероприятия, пациент наблюдался в динамике, выписан из центра в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, инородные тела дыхательных путей в детском возрасте - патология, которая в большинстве случаев «маскируется» под заболевания со схожими патогномичными признаками. При лечении данной нозологии необходимо учитывать возрастные особенности анатомии и физиологии дыхательных путей и легочной паренхимы.

Профилактика и лечение осложнений поверхностных гемангиом у детей

Досмухамедова Л.В.

Республиканский научно-практический центр
малоинвазивной и эндовизуальной хирургии детского возраста

Гемангиомы у детей — наиболее часто встречающиеся доброкачественные сосудистые опухоли, которые составляют более 50% всех опухолей детского возраста.

Нами лечение гемангиом проведено у 360 детей в возрасте от 2 месяцев до 14 лет. Большинство пациентов составили девочки — 78,1%. Локализация гемангиом на коже и слизистых отличалась многообразием, но наиболее часто они обнаруживались на лице и волосистой части головы (67%). В большинстве случаев (87,1%) гемангиомы имелись уже с рождения и только у 12,9% пациентов образование было обнаружено на первом году жизни. Размеры гемангиом варьировали в широких пределах — от 0,25 до 2319,55 см². Динамическое изменение гемангиом в виде спонтанного увеличения размеров образования отмечалось в 61% случаев.

Наибольшее количество местных осложнений наблюдается при локализации гемангиомы в области промежности и наружных половых органов: кровотечение — у 25 детей, изъязвление — у 11 и гнойно-воспалительные осложнения — у 10. Развитие местных осложнений гемангиом при промежностной локализации привело к функциональным нарушениям у 22 детей, у которых развились дизурия и запор.

Отдельного внимания требуют случаи прорастания гемангиомами жизненно важных органов и систем. При лицевой локализации гипертрофических, кавернозных форм и отсутствии должного своевременного лечения гемангиомы могут прорасти обширные площади. При локализации на нижнем веке гемангиома площадью менее 1 см² явилась причиной его выворота. Кавернозная гемангиома шаровидной формы диаметром 1,5 см заметно нарушала акт сосания у 2 ме-

сячного ребенка. Прорастание гемангиомы на ушной раковине явилось причиной постоянной мацерации заушной области у 3 детей. Возвышающиеся над кожей малые по размеру гемангиомы периорбитальной и носовой локализации стали причиной развития косоглазия у 15 детей до года. При локализации гемангиом на волосистой части головы у 22 детей у 3 девочек в зоне роста ресниц и бровей отсутствовали волосные луковицы и проведения лечения остались стойкие участки алопеции.

При локализации гемангиом на верхних и нижних конечностях у 8 детей наблюдались местные осложнения в виде изъязвления и кровотечения. При прорастании гемангиомой пальцев кисти и стопы у 3 детей грудного возраста трудно оценить функциональные нарушения, но этот факт очевиден. Капиллярные гемангиомы в раннем возрасте не дают местных осложнений, хотя и имеют обширные размеры, тем не менее, они явились основной причиной психоэмоциональных нарушений у 18 подростков. Только в зрелом возрасте на капиллярных пятнах появляются гиперкератические и бородавчатые разрастания.

Таким образом, развитие местных осложнений наблюдалось в 13,3% случаев, функциональных — в 6,9%, а психоэмоциональные нарушения развились в 5%. Кроме того, каждая гемангиома — это 100% косметический дефект.

Наше исследование свидетельствует о необходимости обязательного обследования и лечения детей с момента обнаружения гемангиомы, а не с момента появления признаков интенсивного роста и развития осложнений сосудистой опухоли.

Анализ частоты и факторов риска развития воспалительных заболеваний мочевой и половой системы у детей

Изюмова Г.А., Изюмов Д.П., Сиддиков Ш.С., Абдуллаев Х.К., Исаков У.Ш., Ярашев Р.С., Рузметов У., Назаров М.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Несмотря на многочисленные исследования механизмов развития и клинических проявлений воспалительных заболеваний мочевой и половой систем, современные эпидемиологические аспекты у детей в различных возрастных группах изучены недостаточно.

Цель — изучение частоты риска развития воспалительных заболеваний мочевой и половой системы у

детей.

Материал и методы. Обследованы 103 ребёнка в возрасте от 2 до 13 лет. С заболеваниями мочевыделительной системы было 63 (61,2%), половой — 40 (38,8%). С целью изучения социально — гигиенических, медико-биологических факторов, способствующих развитию заболевания, проанализирована медицин-

ская документация.

Результаты. Информативная ценность факторов риска, рассчитанная в баллах, разделена на 3 группы риска: низкого риска — до 6 баллов — у 28 (27,2%), среднего — 7-11 баллов — у 35 (34%), высокого 12 баллов и выше у 40 (38,8%) детей. Среди больных детей мальчиков был 61 (59,2%), девочек — 42 (40,8%). У мальчиков заболевание диагностировано раньше и протекало легче в связи с анатомо-физиологическими особенностями, а у девочек — в более старшем возрасте.

Детей, проживающих в городе, было — 44 (42,7%), в сельской местности — 59 (57,3%). Такая закономерность отмечалась как у мальчиков, так и у девочек. Помимо этого, число заболевших детей зависело от района проживания. Степень распространённости

заболеваний находилась в прямой зависимости от неблагоприятных экологических условий различных районов Хорезмской области и города Ургенча.

Таким образом, изучение факторов риска показало, что в развитии заболевания велика роль тех неблагоприятных факторов, которые являются управляемыми или относительно управляемыми (характер питания, перенесенные и сопутствующие заболевания).

Выводы. 1. Необходимо расширение комплекса оздоровительных мероприятий у детей, своевременное обследование и динамическое наблюдение для профилактики развития хронической патологии. 2. Профилактические мероприятия позволяют снизить риск развития и прогрессирования воспалительных заболеваний мочевой и половой системы у детей.

Ультразвуковая диагностика при травмах живота у детей

Каландаров И.А., Назаров А.К., Тангриберганов К.Т., Турдиева А.С., Эгамов Б.Ж., Юсупов Ш.Б.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Цель работы — изучение возможностей УЗИ при травмах живота.

УЗИ проводились на аппарате Mindray 6600 многофункциональным датчиком с частотой 3,5 мГц. В 2006-2011 гг. через приёмно-диагностическое отделение Хорезмского филиала РНЦЭМП прошли 32 ребенка, госпитализированные в отделение экстренной хирургии детского возраста в возрасте от 7 месяцев до 15 лет жизни; из них от 7 месяцев до 3 лет — 6, от 3 до 7 лет — 8, от 8 до 15 лет — 20. У всех было подозрение на тупую травму живота. Всего выявлено 12 повреждений селезенки, 7 печени, 6 — поджелудочной железы, 7 — тонкого кишечника. Механизм травмы во всех этих наблюдениях расценивался как удар и контрудар (сотрясение). Первичное обследование включало клинический осмотр с оценкой состояния жизненно важных функций организма (дыхания, кровообращения). Из инструментальных методов приме-

нялись: УЗИ, стандартное рентгенологическое исследование. У 8 пациентов проводилась консервативная терапия. Оперативное лечение осуществлено 24 пациентам. Выявлены следующие травматические повреждения: разрыв печени — у 6, селезенки — у 11, поджелудочной железы с развитием тяжелого посттравматического панкреатита — у 3, разрыв тонкого кишечника — у 4. Основным УЗ-признаком травматического повреждения органов явилось наличие диагностически значимого количества свободной жидкости в трех анатомических областях объемом более 100 мл. Данный критерий при нестабильной гемодинамике является показанием к лапаротомии и ревизии брюшной полости.

Таким образом, ультразвуковое исследование является высокоинформативным методом диагностики повреждений внутренних органов у детей с тупой травмой живота.

Дивертикул меккеля, осложненный кишечной непроходимостью у детей

Каландаров И.О., Эгамов Б.Ж., Тангриберганов К.Т., Юсупов Ш.Б., Назаров А.К.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Наиболее частой аномалией нарушения эмбрионального регресса желточного протока является дивертикул Меккеля (ДМ). За последние 8 лет (2003-2011 гг.) в Хорезмском филиале РНЦЭМП в отделении детской хирургии, оперированы 26 детей с патологией ДМ. Порок манифестировал одинаково часто и в раннем возрасте и после 3 лет: до 1 года — у 12 детей, от 1 года до 3 лет — у 8, старше 3 лет — у 6. На основании клинической картины и макроскопических патологоанатомических изменений можно выделить 2 ведущие группы заболеваний, обусловленных наличием у ребенка ДМ: 1) непроходимость кишечника диагностирована у 22 (84,6%) детей, чаще возникала инвагинация кишечника (11), несколько реже острая странгуляционная непроходимость кишечника (6) и хроническая рецидивирующая непроходимость кишечника (5) на почве эмбрионального тяжа, фиксирующего вершину дивертикула к передней брюшной стенке или к брыжейке тонкой кишки, 2) дивертикулит выявлен у 4 (15,4%) детей, из них у 4 имелась гангре-

нозно-перфоративная форма дивертикулита, осложненная перитонитом.

При инвагинации кишечника ДМ вызывает более жесткое ущемление внутреннего цилиндра, что является причиной безуспешной консервативной дезинвагинации, а также способствует развитию некроза кишки. В большинстве случаев это потребовало резекции кишки с наложением анастомоза «конец в конец» у 6 пациентов, при наличии перитонита формирования двойной илеостомы с отсроченным межкишечным анастомозом.

Оперативное вмешательство по поводу странгуляционной, хронической рецидивирующей кишечной непроходимости включало отсечение фиброзного тяжа в непроходимость кишечника, а у 5 больных, декомпрессию приводящего отдела тонкой кишки, пристеночную или клиновидную резекцию ДМ у 11.

Таким образом, ранняя диагностика и плановое удаления интактного ДМ позволяет избежать угрожающего жизни осложнения кишечной непроходимости у детей.

Экспертная оценка оказания неотложной помощи детям с тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмой

Кулдашев Д.Р., Машарипов А.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования — изучение характера ЧМТ и определение критериев телесных повреждений у детей.

Изучены 278 данные с ЧМТ детей в возрасте от 1 года до 14 лет, находившихся на лечении в детской нейрохирургической клиники ТашПМИ в последние 10 лет. Большинство детей поступали в клинику в первые часы после травмы, остальные — на 2-3-4-е сутки. Изучение причины позднего поступления пациентов показало, что в первые сутки клинических проявлений ЧМТ у них не наблюдалось. В основном это были дети грудного и ясельного возраста. Диагноз сотрясения головного мозга у них устанавливался со слов матери.

Объективно наблюдались бледность, некоторая заторможенность, вялость и рвота. При ушибе головного мозга, кроме общемозговых симптомов, отмечались и неврологические симптомы. Эти симптомы быстро проходили, и через 3-4 дня дети чувствовали себя удовлетворительно. Такое состояние весьма обманчиво и влечет за собой тяжелые последствия, так как из-за анатомических особенностей детского возраста гипертензионные синдромы могут рецидивировать.

У детей старшего возраста при сотрясении головного мозга клиника была более выраженной. При ушибе головного мозга к общемозговым симптомам, присоединялись выраженные менингеальные и очаговые симптомы, а также вегетативные нарушения.

Среди детей перенесших ушиб головного мозга, остаточные явления отмечались у 26%. Они выражались в снижении памяти, головной боли, быстрой

утомляемости и головокружении. У детей были судорожные припадки, у 3 наблюдалось заикание. Следовательно, остаточные явления при сотрясении и ушибе головного мозга проявлялись чаще и тяжелее.

Большую проблему представляет сочетанная травма. Очевидно, что при многообразии видов повреждений различных анатомических областей, тканей и органов для группы больных с тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмой риск развития экстракраниальных вторичных повреждений мозга значительно выше. С этих позиций несомненна актуальность разработки новых подходов к диагностике, мониторингу, предупреждению и лечению состояний, вызванных действием факторов вторичного повреждения мозга. Современные стандарты по оказанию помощи детям с тяжелой сочетанной ЧМТ предусматривают комплекс мероприятий, направленных, прежде всего на восстановление витальных функций и предотвращение вторичных повреждений мозга.

Выводы. 1. ЧМТ у детей имеет свои особенности и не проходит бесследно. 2. Иногда даже при относительно легком течении и быстром исчезновении симптомов и жалоб в остром периоде у детей наблюдаются серьезные последствия. 3. Дети, перенесшие ЧМТ, нуждаются не только в длительном стационарном лечении, но в продолжительном наблюдении и лечении у невропатолога. 4. Приведенные данные имеют большое значение в экспертной практике при установлении критерии тяжести тяжелой ЧМТ у детей.

Сосудистые и неврологические осложнения чрез- и надмыщелковых переломов плечевой кости у детей

Машарипов Ф.А., Мусаев Т.С., Ахмедов Р.А., Низов О.Н., Шермухамедов Б.Т., Наврузов С.Ю., Толипов Н.Н.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

За период с 2006 по 2011 гг. в отделении детской травматологии РНЦЭМП на лечении находились 88 пациентов с чрез- и надмыщелковыми переломами плечевой кости, с признаками сосудисто-нервных нарушений, что составило 8,2% от общего числа поступивших больных. У 52 (4,8%) из них были сосудистые нарушения, у 36 (3,4%) — повреждения периферических нервных стволов. Сочетание сосудистых и неврологических нарушений отмечались у 19 (21,6%) больных. Мальчиков было 57 (64,7%), девочек — 31 (35,3%). Наибольшее число детей с переломами были в возрасте от 4 до 10 лет. 90% детей поступили самотеком, без иммобилизации конечности. 65 (73,9%) больных обратились за помощью в течение от 2 до 24 часов, 23 (26,1%) в более поздние сроки с момента травмы. Среди пострадавших с запоздалым обращением преобладали жители сельской местности, где им оказывали помощь врачи общехирургического профиля, недостаточно знающие анатомо-физиологические и клинко-рентгенологические особенности переломов дистального отдела плечевой кости у детей. 20 (22,7%) больным помощь на догоспитальном этапе была оказана табибами со всеми вытекающими из этого последствиями. Именно у этих пострадавших патологический процесс в сосудах и нервах имел тя-

желое течение. Нарушения кровообращения в виде ослабленной пульсации на артериях предплечья на поврежденной конечности наблюдались у 30 (34,1%) больных, пульс отсутствовал у 22 (25%). Чаще повреждался срединный нерв — 29 (52,6%), лучевой нерв — 20 (36,4%), локтевой нерв — в 6 (11%). Повреждение одного нерва наблюдалось у 47 больных, двух (срединного и лучевого) — у 5, трех — у 3

Нами разработана программа для диагностики и выбора лечения чрез- и надмыщелковых переломов плечевой кости у детей (№ DGU 02169 ГПВ РУз, от 29.03.11 г.). Тактика лечения детей с чрез- и надмыщелковыми переломами плечевой кости с сосудистыми и неврологическими осложнениями заключалась в консервативном и оперативном лечении. Консервативный метод лечения применен у 22 (25%) больных, оперативный у 66 (75%). Консервативный метод лечения заключался в проведении закрытой репозиции и наложении гипсовой повязки с последующим курсом спазмолитической, антикоагулянтной терапии и назначением препаратов, улучшающих периферическое кровообращение. При хирургическом методе при чрез- и надмыщелковых переломах плечевой кости, осложненных интерпозицией сосудисто-нервного пучка, первично производили закрытую репозицию

под контролем электронно-оптического преобразователя и стабилизацию костных отломков методом внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза с использованием аппарата Илизарова по методике НИИТО МЗ РУз. После этого совместно с сосудистыми и микрохирургами выполняли ревизию сосудисто-нервного пучка в области перелома стандартным передне медиальным доступом в нижней трети плеча с переходом на область локтевого сгиба. Были выполнены следующие виды операции на сосудах и нервах: ревизия, высвобождение от сдавления костными отломками и артериолиз плечевой артерии – у 18, ревизия, тромбэктомия и боковой шов плечевой артерии – 4; анастомоз плечевой артерии «конец в конец» узловыми швами – у 6; повреждения стенки плечевой артерии на протяжении аутовенозное ее протезирование, из-за спазма плечевой артерии на всем протяже-

нии плеча механическая дилатация плечевой артерии – 1, ревизия, невролиз периферических нервов – у 11. Положительные исходы наблюдались 84 (95,4%) наших пациентов.

Таким образом, наиболее грозными осложнениями при чрез- и надмышечковых переломах плечевой кости у детей являются сосудистые и неврологические нарушения, вызванные ущемлением сосудисто-нервного пучка, которые требуют тщательного контроля на всех этапах лечения состояния периферического кровообращения и иннервации, при необходимости выполнения ревизии сосудисто-нервного пучка в неотложном порядке. Применение программы диагностики и выбора лечения чрез- и надмышечковых переломов плечевой кости у детей способствует улучшению лечебно-диагностического процесса у этих больных.

Анализ летальных исходов среди детей с тяжелыми сочетанными травмами опорно-двигательной системы

Мусаев Т.С., Акилов Х.А., Тухтабеков З.Л.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Нами проанализированы 13 летальных исходов у детей с тяжелыми сочетанными травмами опорно-двигательной системы (ОДС), находившихся в РНЦЭМП в 2005 – 2010 гг. У 5 больных проводилось консервативное лечение повреждений ОДС, у 6 – раннее и у 2 – отсроченное хирургическое лечение переломов. Состояние всех умерших больных согласно балльной оценки соответствовало крайне тяжело-му (Кл.6, 13 – 24 балла).

В группе больных, леченных консервативно, в течение первых суток умер 1, на 5-е сутки – 1; на 8-10-е – 2, на 110-е сутки – 1. Причиной смерти у пациента, погибшего в течение первых суток, были травматический шок III-IV степени, ОДН III степени, ОССН III степени, острая надпочечниковая недостаточность, постгеморрагическая анемия III степени, кома III запредельная, ДВС III фаза, ОПН. У остальных 4 погибших к смерти привели развившийся отек головного мозга, полиорганная недостаточность как осложнение тяжелой черепно-мозговой травмы (ЧМТ).

В группе раннего хирургического лечения повреждений ОДС в течение первых суток умер 1 больной, на 2-е сутки – 1, на 8-10-е сутки – 2, спустя 21 сутки – 2. Из 6 умерших 4 имели полисочетанный, 2 - моносочетанный характер травмы. Доминирующей патологией у 5 больных была тяжелая ЧМТ, у 1 - тяжелая травма конечностей. Несмотря на экстренную стабилизацию переломов малоинвазивными способами остеосинтеза в течение первых двух суток умерли 2 детей, причинами смерти у которых явились необратимый шок и отек головного мозга. 2 ребенка погибли через 21 сутки, одному из них выполнен ранний интрамедуллярный остеосинтез при переломах бедра, ключицы и остеосинтез аппаратом Илизарова при переломе дистального конца плеча; другому произведен интрамедуллярный остеосинтез перелома бедренной кости. Однако причинами смерти у одного больного был отек головного мозга, менингоэнцефалит, полиорганная недостаточность, а у второго жировая эмболия, пневмония, ОПН, полиорганная недостаточность. У 2 больных, умерших на 8-10-е сутки, ЧМТ была легкой и

средней степени тяжести, но имелись тяжелые повреждения нижних конечностей. Одному из них произведена ампутация конечности на уровне с-в/3 бедра, у второго интрамедуллярный остеосинтез открытого перелома бедра и остеосинтез открытого перелома костей голени спице-стержневым АНФ, ПХО скальпированной раны. Причиной смерти у одного из них стали смешанная форма жировой эмболии, гнойно-каловый затек, нагноение раны, гнойно-некротический целлюлит, гангрена, сепсис, полиорганная недостаточность, у второго – отек головного мозга, полиорганная недостаточность.

В группе больных с сочетанными травмами ОДС, где проводился отсроченный остеосинтез, один больной умер на 20-е сутки после травмы, другой на 21-е сутки. Из 2 умерших больных 1 имел полисочетанный характер травмы. Доминирующей патологией у обоих пострадавших была тяжелая ЧМТ. Одному больному был выполнен интрамедуллярный остеосинтез перелома бедра, и остеосинтез перелома проксимального конца плечевой кости пучком спиц. Второму также произведен интрамедуллярный остеосинтез перелома бедренной кости. В послеоперационном периоде отмечалось некоторое улучшение состояния больных, однако из-за присоединения ряда осложнений со стороны других внутренних органов и систем возникла полиорганная недостаточность, что привело к гибели больных. Здесь следует отметить, что отсроченный остеосинтез был произведен на 3-и и 5-е сутки после травмы, что является нежелательным, так как результаты проведенных нами иммунологических исследований показали, что именно на эти сроки приходится пик патологических сдвигов иммунного статуса пострадавшего ребенка, системная воспалительная реакция. Поэтому хирургическое вмешательство на 3-6-е сутки политравмы может быть расценено как дополнительная агрессия.

Таким образом, причинами летальных исходов у детей с тяжелыми сочетанными травмами ОДС явились осложнения вследствие в первую очередь тяжелой ЧМТ. Применение в клинике алгоритмов лечебно-

диагностической тактики у детей с сочетанными травмами, разработанных на основе шкалы интегральной оценки тяжести общего состояния больных, являются

наиболее рациональными и унифицированными для каждого конкретного случая, что позволило снизить летальность до 4,1%.

Анестезиологическое обеспечение «малых» хирургических вмешательств у детей раннего возраста с ожоговыми травмами

Мухитдинова Х.Н., Сатвалдиева Э.А., Фаязов А.Д., Хамраева Г.Ш., Абдуллаев У.Х.
РНЦЭМП, ТашиУВ

Этапное хирургическое лечение ожоговых больных подразумевает неоднократное выполнение операций, сопровождающихся выраженной болевой импульсацией. Это требует хорошей аналгезии, исключения сознания и обеспечения адекватной оксигенации пациента. У большинства ожоговых больных имеются гиповолемия, истощение симпат-адреналовой системы, нарушение нутритивного статуса, угнетение психической и физической активности ввиду длительной интоксикации, гиподинамии. В ожоговом центре РНЦЭМП в год выполняется до 1000 анестезиологических пособий. Наркоз с респираторной поддержкой через эндотрахеальную трубку показан при необходимости проведения пациенту искусственной вентиляции легких после операции; при поражении органов дыхания; при расположении больного во время операции на животе или на боку; при локализации ожоговых ран на лице, шее и голове, а также при наличии у пациента полиорганной недостаточности. Применение опиоидов в раннем возрасте повышает риск угнетения дыхания со всеми вытекающими отсюда негативными последствиями (угнетение дыхания, нарушение оксигенации, развитие гипоксии тканей). В этих условиях тотальная внутривенная анестезия остается преимущественным методом обезболивания хирургических вмешательств у обожженных детей.

Цель работы — изучение возможности модификации тотальной внутривенной анестезии (ТВА) включением НПВП с целью повышения эффективности обезболивания и уменьшения побочных факторов.

Материал и методы. Проведен сравнительный статистический анализ протоколов общей анестезии у больных детей в возрасте от 3 месяцев до 3 лет двух групп при «малых» оперативных вмешательствах - ранних некрэктомиях (28), аллопластике (10), общих перевязках (10). У 20 пациентов 1-й группы после премедикации сибазоном 0,25 мг/кг в качестве интраопераци-

онного обезболивания применяли внутривенно кетамин 2 мг/кг+фентанил в возрастных дозировках. 18 больным 2-й группы внутривенно в индукции вводили кетамин 2 мг/кг+кетонал в возрастных дозировках.

Результаты и обсуждение. Мониторирование АД, ЧСС, показателя сатурации кислорода позволило констатировать у детей 2-й группы более стабильные показатели АД (повышение на 7%, $p<0,5$) и ЧСС (учащение пульса на 10%). У 80% детей при пробуждении отсутствовали дрожь, озноб, двигательное возбуждение, в то время как у детей 1-й группы наблюдалась артериальная гипертензия с повышением АД систолического и диастолического на 15,2% ($p<0,05$), учащение пульса на 25% ($p<0,05$). Мультиmodalный подход, позволяющий модифицировать ТВА подключением НПВП, повышает эффективность обезболивания и улучшает состояние гемодинамики на хирургических стресс у обожженных детей раннего возраста. Преимущества мультиmodalной анестезии комбинацией кетамина с НПВП на фоне масочной инсuffляции кислорода: нивелирование прессорной реакции кровообращения; отсутствие угнетающего дыхательный центр действия опиоида; отсутствие стимуляции патологических рефлексов при пробуждении; раннее восстановление кашля и функции реснитчатого эпителия после операции; возможность спонтанной вентиляции пациента во время анестезии; отсутствие необходимости в миорелаксации больного.

Заключение. Модификация анестезиологического обеспечения по принципу мультиmodalной анестезии при кратковременных хирургических вмешательствах у обожженных детей раннего возраста позволяет уменьшить дозу препаратов для проведения ТВА, соответственно уменьшив побочное действие. По нашему мнению, подобное соотношение видов обезболивания является оптимальным при лечении пациентов раннего возраста с ожоговой травмой.

Применение препарата тонопрост у детей для профилактики каменной дорожки после дистанционной литотрипсии

Наджимитдинов Я.С.

Республиканский специализированный центр урологии

На основании эффективности применения тамсулозина у взрослых был использован препарат тонопрост (Nikorpharm) как часть комбинированной терапии, направленной на облегчение отхождения фрагментов камней после экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии (ЭУВЛ) у пациентов детского возраста.

Материал и методы. Проспективно за период с января 2009 по декабрь 2011 года, проанализированы результаты ЭУВЛ у 67 детей с камнями, расположенными в почках. Средний возраст пациентов $8,9\pm 1,6$ года. Камни у 48 (76%) располагались в лоханке, у 19

(24%) в чашечках, причем у 8 (8%) больных в чашечках нижнего сегмента. Всем больным произведены клинико-лабораторные исследования мочи и крови. При наличии пиурии и бактериурии проведено лечение до полной санации мочевого тракта, используя антибиотик согласно результатам культурального исследования мочи. Для определения размеров камней и их расположения выполняли ультрасонографию мочевого тракта и рентгенологические исследования (обзорную и внутривенную экскреторную урографию). Средний размер камней $12,4\pm 0,8$ мм. Дети случайным образом были распределены на 2 группы. 33 пациен-

ты 1-й группы получали тонопрост (0,4 мг для детей старше двух лет и 0,2 мг — младше двух лет) на ночь в дополнение к стандартному обезболиванию. 34 больных 2-й группы (контрольная) получали стандартное обезбоживание и плацебо. Проводили активное наблюдение самостоятельного отхождения фрагментов в течение 4-х недель до полного избавления от камней (stone free), что определяли по данным ультразвукографии и обзорной урографии. оценивали также побочные эффекты от применения препарата в течение всего периода наблюдения.

Результаты. Все пациенты закончили лечение, ни один не был исключен из исследования из-за побочных эффектов используемого препарата. Группы больных были сопоставимы по возрасту, полу и размерам конкрементов. У детей 1-й группы средний срок отхождения был короче, чем у пациентов, которые получали стандартную терапию и в среднем составил $4,7 \pm 1,3$ дня ($p > 0,05$). Каменная дорожка была только у одного больного (исходный размер камня превышал

10 мм). Однако в этом случае не потребовалось выполнения ЭУВЛ и фрагменты камней отошли без каких-либо дополнительных манипуляций. У больных 2-й группы средний срок отхождения фрагментов камней составил $7,8 \pm 1,5$ дня. Каменная дорожка, выявленная у 12 (36%) пациентов, располагалась в нижнем отделе мочеточника. Средняя длина каменной дорожки — $0,8 \pm 0,2$ см. Во всех случаях были неоднократные приступы почечной колики, потребовало выше применения нестероидных противовоспалительных обезболивающих средств. Дистанционная литотрипсия применена при лечении 3 пациентов для ликвидации каменной дорожки.

Заключение. Применение блокаторов α -адренорецепторов (тонопрост) позволяет в более короткие сроки избавить пациентов детского возраста от фрагментов камней после ЭУВЛ. Препарат тонопрост не имеет клинически значимых побочных эффектов у детей, при этом является безопасным и эффективным способом усиления литокинетической терапии у детей.

Болаларда айрим урологик операцияларидан кейинги асорати профилактикаси учун Катеджель гелини қўлланилиши

Норматов У.Э., Сайдалиев С.С.

РШТЁИМ Фарғона филиали

2010-2011 йилда РШТИМФФ шошилиш болалар жароҳлик бўлимида 46 беморга ҳамда, II кўп тармоқли поликлиника болалар жароҳлик хонасида 86 беморларга Катеджель препаратини қўлланган. Бу препарат шприц тубикли холатида 12,5 г кўринишида (2% лидокаин, 0,05% хлоргексидин дигидрохлорид, гел асосини глицерин 20 г, гидроксиэтилцеллюлоза 1,5 г ташкил қилади) қўлланилган. Беморларда тахсисдан кейинги оғриқли синдромларни пасайтириш мақсадида жароҳатга муолажадан 2-3 дақиқа олдин Катеджель гели суртилди. Бундан ташқари операция қилинган 42 беморлардан 36 беморларда жароҳатни бир-

ламчи битиши, дизурия, операциядан кейинги оғриқли синдромларни камайиши операциядан кейинги эрта асоратларни сезиларли камайиши кузатилди. Бу эса ўз навбатида операциядан кейинги ўрин — жой кўнини қисқаришига ва беморларни эрта оёқга туришига ёрдам беради.

Олат соҳасидаги айрим операциялар ва муолажалардан кейин Катеджель гелини қўллаш операциядан кейинги жароҳатда йирингли-яллиғланиши асоратларни камайишига, боғлов муолажаларни беморларга ёқимсиз бўлишини бартараф қилиши ва энгил оғриқсиз бўлишини таъминлайди.

Ультразвуковая диагностика послеоперационных инфильтратов и абсцессов в брюшной полости у детей

Нуритдинов Х.А., Бегижонов Б.К., Урманова Ё.А.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Опыт более чем 80 ультразвуковых исследований органов брюшной полости (печени, желчных и мочевых пузырей, почек, поджелудочной железы и селезенки) у детей позволили нам использовать этот метод диагностики инфильтратов и абсцессов после операции. Исследования выполнены на ультразвуковом диагностическом аппарате «Mindray» (фирмы «Aloka», (Китай), работавшем в реальном масштабе времени при рабочей частоте датчиков 2,5 и 3,5 мГц.

В ряде случаев у детей до 3-х лет мы использовали сочетанное обследование с помощью ультразвука и пальпации живота под наркозом. Переносной миниатюрный прибор «Aloka SSD-MO DX» позволяет выполнить это обследование, исключив участие ребенка в манипуляции, и получить более полную информацию. Полученные данные мы сравнивали с рентгенографической и тепловизорной картиной, верифицируя с интраоперационным обнаружением.

Воспалительные инфильтраты и абсцессы различной локализации обнаружены у 16 детей. Гнойники и ин-

фильтраты любой локализации независимо от их размера и глубины расположения в брюшной полости ребенка, оказались доступными для ультразвуковой диагностики. Воспалительные инфильтраты в брюшной полости характеризовались наличием относительно более плотных экоструктурных образований округлых форм с нечеткими границами. Локализирующаяся в центре инфильтрата эхонегативная полость, является диагностическим признаком абсцедирования инфильтрата.

Традиционная диагностика поддиафрагмальных абсцессов рентгенологическими методами не всегда возможна и информативна. При ультразвуковой диагностике правосторонних поддиафрагмальных абсцессов мы обнаружили, что более примечательны следующие косвенные его признаки: неравномерность границ диафрагмальной поверхности печени, ограничение подвижности и утолщение диафрагмы, а также выпот в плевральной полости.

К прямым признакам относим эхонегативную полость, ограниченную диафрагмальной поверхностью

печени. Перемещение этих эхопозитивных сигналов, связанных с переменной положения ребенка, является достоверным признаком поддиафрагмального гнояника и неоднородностью структуры его содержимого (гноя, фибрина).

Ультразвуковое исследование позволяет устанавливать не только размеры и конфигурацию абсцесса, но и расстояние, на котором он находится относительно

поверхности кожи. Топическая диагностика определяет операционный доступ, а динамическое исследование диктует тактические решения.

Ультразвуковые исследования отличаются простотой, а также возможностью многократного повторения. В послеоперационном периоде с их помощью можно проводить динамический контроль за состоянием органов брюшной полости.

Острый аппендицит у детей: вопросы диагностики

Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Вахидов А.Ш., Эргашев М.Р., Усманов Х.С., Таджиметов Ф.А.

Республиканский НПЦ малоинвазивной и эндовизуальной хирургии детского возраста

Острый аппендицит (ОА) является наиболее частым заболеванием в детском возрасте, требующим экстренного хирургического вмешательства. ОА у детей имеет ряд особенностей, отличается более тяжелым течением и сложностями диагностики. Это объясняется, прежде всего, большим числом заболеваний, протекающих с псевдоабдоминальным синдромом, трудностью обследования и выявления местных симптомов. Особенно сложна диагностика заболевания у детей до 3-х лет. Все это приводит к тому, что в ранние сроки аппендицит не диагностируется, и во время операции часто выявляются грубые деструктивные изменения вплоть до гангрены и перфорации червеобразного отростка с развитием перитонита.

Под нашим наблюдением были 2156 детей в возрасте от 2 до 15 лет с подозрением на ОА, которые находились на стационарном лечении в РНПЦМ и ЭХДВ в 2000 - 2011 гг. В работе мы воспользовались патоморфологической классификацией Т.М.Бараева (1999), которая предполагает выбор метода лечения в зависимости от клинической стадии течения заболевания. Согласно этой классификации выделяют первичный и вторичный ОА, абортиную (подверженную обратному развитию), прогрессирующую (переходящая в флегмонозную и далее в гангренозную) формы ОА. Вторичный ОА включает реактивную (как ответ на воспаление другой локализации), содружественную (связанный с другими заболеваниями) и контактную формы (вследствие распространения воспалительного процесса из близлежащих органов).

До 50% пациентов поступили в сроки от 13 до 24 часов от начала заболевания. Отмечалась прямая зависимость между длительностью заболевания и морфологически деструктивными изменениями в стенке червеобразного отростка и окружающих тканях и органах. Клиническая картина ОА чаще характеризовалась локальной болезненностью в правой подвздошной области, напряжением мышц передней брюшной стенки в правой подвздошной области. При атипичных локализациях червеобразного отростка у 143 (6,6%) больных наблюдались дизурические расстройства, тенезмы. При типичном течении заболевания диагностика ОА, как правило, не вызывала затруднений. Обсуждая клиническую картину, мы отталкивались именно от типичного течения заболевания. Всякое отступление от «классики» требовало от нас проведения дифференциальной диагностики, т.е.

использования кроме стандартных (общий анализ крови, мочи), дополнительных методов исследования (биохимические анализы крови, УЗИ, рентгенологические исследования, лапароскопия и др.).

В диагностике заболевания кроме рутинных методов исследования, широко применялись УЗИ и диагностическая лапароскопия. При отсутствии (макроскопически) деструктивных изменений в червеобразном отростке проводилась консервативная терапия (очистительная клизма, дезинтоксикационная терапия), при установлении деструктивного аппендицита осуществлялось оперативное лечение — преимущественно выполнялась лапароскопическая аппендектомия.

УЗИ использовалось как с целью дифференциальной диагностики заболевания, так и для оценки состояния червеобразного отростка. УЗИ червеобразного отростка и органов брюшной полости было выполнено у 208 (22,5%) пациентов. Результаты их послужили основанием для определения диагностических критериев различных морфологических форм ОА. Данные УЗИ показали, что чем старше ребенок, тем лучше визуализация червеобразного отростка. При эхографическом исследовании деструктивно измененный червеобразный отросток представлял собой неподдающуюся компрессии аперистальтическую, тубулярную или концентрически слоистую структуру. На основании выработанных сонографических критериев (скрининговых методов) мы верифицировали формы ОА.

При лапароскопической ревизии брюшной полости вначале определяли отсутствие или наличие воспаления. При установлении деструктивных форм заболевания производили лапароскопическую аппендектомию. Использование диагностической лапароскопии в неясных случаях позволило с высокой степенью достоверности установить форму воспалительного процесса в червеобразном отростке, и избежать напрасных аппендектомий.

Выводы. Детей с болями в животе с неясной этиологией необходимо госпитализировать в хирургический стационар. Необходимо динамическое наблюдение, проведение УЗИ, дезинтоксикационной и превентивной антибактериальной терапии, при подозрении на ОА при необходимости диагностической лапароскопии, что позволит резко сократить как число необоснованных аппендектомий, так и избежать осложненных форм ОА.

Лапароскопическая эхинококкэктомия при осложненных эхинококковых кистах печени у детей

Салимов Ш.Т., Вахидов А.Ш., Абдусаматов Б.З., Эргашев М.Р., Усманов Х.С.

Республиканский НППЦ малоинвазивной и эндовизуальной хирургии детского возраста

Цель работы — улучшение результатов хирургического лечения осложненных, нагноившихся эхинококковых кист печени у детей.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты лечения 21 пациента с нагноившейся эхинококковой кистой (ЭК) печени в возрасте от 3 до 15 лет в период с 2000 по 2011гг. Диагноз был установлен на основании жалоб, результатов осмотра, клинико-иммунологических анализов крови, УЗИ, МСКТ. Монокистозный эхинококкоз был установлен у 11 (52,4%) больных, множественные ЭК — у 10 (47,6%).

Все пациенты в зависимости от вида оперативного вмешательства были разделены на две группы. Традиционная эхинококкэктомия была выполнена у 7 (33,3%) детей контрольной группой. 14 (66,7%) больных основной группы была проведена лапароскопическая эхинококкэктомия (ЛЭЭ) с соблюдением принципов апаразитарности. У 9 (64,3%) была солитарная ЭК печени, у 5 (35,7%) — множественный (до трех кист) эхинококкоз.

Пункция кисты является первым этапом лапароскопической операции при эхинококкозе печени. Перед пункцией зону операции обкладывали марлевыми салфетками, смоченными 80% раствором глицерина. Пункционную иглу, присоединенную к электроотсосу, вводили через 5 мм троакар. После пункции и эвакуации содержимого ЭК, антипаразитарной обработки полости кисты с обеих сторон места пункции фиброзная капсула захватывалась эндоскопическими зажимами, электрохирургическими ножницами вскрывали фиброзную капсулу и в полость кисты вводили 80% глицерин с экспозицией на 10-15 минут, через эндохирurgical отсос проводилась эвакуация остаточного содержимого вместе с хитиновой оболочкой. Полость кисты затем вновь заполняли подогретым до 60-80% раствором глицерина с экспозицией 10-15 минут, после удаления отработанного глицерина полость двукратно обрабатывалась 96° спиртом.

кратно обрабатывалась 96° спиртом.

В послеоперационном периоде больным проводилась антибактериальная, общеукрепляющая, инфузионно-детоксикационная и обезболивающая терапия, химиотерапия (альбендазол из расчета 10 мг/кг), ежедневное промывание остаточной полости озонированным физиологическим раствором.

Необходимо отметить, что подобное «гладкое» течение операции нам удалось обеспечить у 9 (64,3%) из 14 пациентов после ЛЭЭ. Из-за технических сложностей у 2 (14,2%) пациентов была выполнена ЛЭЭ с минидоступом и видеоассистированием. У 4 (29,6%) больных была проведена конверсия с последующей традиционной эхинококкэктомией в связи с внутрипеченочной локализацией кисты.

Результаты и обсуждение. У 7 больных контрольной группы интраоперационных осложнений не наблюдалось. Больные активизировались на 3-4-е сутки после операции. У 1 (14,3%) пациента наблюдалось подтекание желчи по дренажу, которое прекратилось на 12-е сутки, нагноение остаточной полости у 1 (14,3%).

Меньшая травматичность после ЛЭЭ, более мягкое течение послеоперационного периода обусловили снижение продолжительности пребывания больного на койке. Средняя продолжительность лечения в стационаре при традиционных операциях составила $14,8 \pm 0,7$ дня, при ЛЭЭ $9,6 \pm 0,6$.

У 11 пациентов послеоперационный период после ЛЭЭ протекал значительно легче, чем после традиционных эхинококкэктомий. Больных активизировали к концу 1-2-х суток.

Выводы. Использование ЛЭЭ при нагноении ЭК позволило нам расширить показания к видеолaparоскопической эхинококкэктомии, снизить количество осложнений в послеоперационном периоде. На наш взгляд, нагноившаяся ЭК печени является относительным противопоказанием к ЛЭЭ печени.

Ранняя профилактика спаечной кишечной непроходимости у детей

Салимов Ш.Т., Вахидов А.Ш., Бердиев Э.А., Таджиметов Ф.А.

Республиканский НППЦ малоинвазивной и эндовизуальной хирургии детского возраста

Спаечная болезнь является актуальной проблемой современной хирургии. Несмотря на значительное количество работ, остаются спорными вопросы самого понятия спаечной болезни брюшины, ее прогнозирования, профилактики и лечения.

Цель работы — изучение патогенетических факторов спаечной кишечной непроходимости и ее профилактики у детей.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 69 больных со спаечной кишечной непроходимостью, в возрасте от 7 до 14 лет. Больные условно были разделены на две группы: контрольную — 30 (43,5%), и основную — 39 (56,5%). Всем больным была произведена традиционная операция — лапаротомия, разъединение и отсечение спаек. Больным основной группы с целью профилактики спаечной болезни во время операции и в послеоперационном периоде в брюшную полость по схеме вводили фибринолитическую смесь (ФЛС), состоящую из фибринолизина, гепарина, гентамицина, гидрокортизона и новокаина.

скую смесь (ФЛС), состоящую из фибринолизина, гепарина, гентамицина, гидрокортизона и новокаина.

Всем больным были выполнены общий анализ крови, биохимия и коагулологические исследования, которые включали определение гематокрита, свертываемости крови, фибриногена и фибринолитической активности крови, число тромбоцитов, толерантности плазмы к гепарину, протромбинового индекса и активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ). Результаты исследования показали, что у больных с разлитыми перитонитами в дооперационном периоде из-за тяжести состояния развивается картина гиперкоагуляции. Это выражается укорочением времени свертывания крови, которое в конце составляло $148 \pm 4,2$ с, выраженной гиперфибриногенемией до $6,0 \pm 0,2$ г/л, угнетением фибринолитической активности крови ($266,2 \pm 16,4$ мин, $p < 0,001$). Характерным было снижение ретракции сгустка крови

($20,2 \pm 0,5\%$). Число тромбоцитов, толерантность плазмы к гепарину, протромбиновый индекс и АЧТВ сохранялись у верхней границы нормы. Оперативное вмешательство резко влияло на число тромбоцитов, которое повышалась до $640,4 \pm 22,4 \times 10^9/\text{л}$, и концентрацию фибриногена, которая нарастала до $6,9 \pm 0,5$ г/л ($p < 0,001$). Наряду с этим отмечалось угнетение фибринолитической активности крови, ретракции сгустка крови, повышалась толерантность плазмы к гепарину ($13,40 \pm 0,55$ мин), протромбиновый индекс ($114,2 \pm 3,6\%$) и АЧТВ ($48,1 \pm 2,8$ с, $p < 0,05$). Эти показатели свидетельствуют о наличии выраженного риска развития тромбоэмболических осложнений. Картина гиперкоагуляции сохранялась и ближайшие дни после операции. Так, в первые трое суток концентрация фибриногена и число тромбоцитов оставались на прежнем уровне. Концентрация фибриногена колебалась от 8 до 10,3 г/л (в среднем $9,1 \pm 0,2$ г/л), а на 3-и сутки составляла $9,4 \pm 0,3$ г/л. Число тромбоцитов варьировало от $790 \times 10^9/\text{л}$ до $1,5 \times 10^9/\text{л}$ (в среднем $824,2 \pm 46,0 \times 10^9/\text{л}$), на 3-и сутки — $844,1 \pm 38,4 \times 10^9/\text{л}$ ($p < 0,001$). На основании этих данных мы пришли к заключению, что одной из причин увеличения числа больных со спаечным процессом, перенесших операцию по поводу перитонита, являются выраженные сдвиги со стороны гемостаза с картиной гиперкоагуляции.

У больных 2-й группы во время оперативного вме-

шательства в брюшную полость вводили ФЛС. У этих больных также отмечалась гиперкоагуляция с возрастанием числа тромбоцитов и концентрации фибриногена. Но в первые сутки концентрация фибриногена, которая в первые сутки составляла $5,4 \pm 0,2$ г/л ($p < 0,001$), снизилась число тромбоцитов оставалось повышенным ($696,8 \pm 18,4 \times 10^9/\text{л}$), но было меньше, чем у больных 1-й группы ($824,2 \pm 46,0 \times 10^9/\text{л}$; $p < 0,001$). Под влиянием ФЛС наблюдалась постепенная нормализация толерантности плазмы к гепарину ($104,4 \pm 2,8\%$), АЧТВ ($44,6 \pm 2,6$ с). В последующие дни эти показатели оставались стабильными. Концентрация фибриногена, несмотря на тенденцию к снижению, оставалась выше нормы, и на 3-и сутки составляла $4,2 \pm 0,6$ г/л ($p < 0,001$). Важно подчеркнуть, что, несмотря на повышенную концентрацию фибриногена, снижение фибринолитической активности крови, ретракция сгустка крови были в пределах нормы. При нормальном фибринолизе незначительно повышенная концентрация фибриногена не влияла на степень спаечного процесса.

Вывод. Выраженные воспалительные изменения в брюшной полости вызывают резкое нарушение со стороны показателей гемостаза, выражающееся гиперкоагуляцией. Коррекция коагулологических нарушений ведением в брюшную полость ФЛС является ранней профилактикой спаечного процесса.

Усовершенствование операционных доступов при видеоторакоскопических эхинококкэктомиях легких у детей

Салимов Ш.Т., Усманов Х.С., Абдусаматов Б.З., Хашимов Р.А.

Республиканский НПЦ малоинвазивной и эндовизуальной хирургии детского возраста

Цель работы - оптимизация лечения эхинококковой болезни легких у детей путем усовершенствования хирургической тактики.

Материал и методы. Под наблюдениям были 45 детей с эхинококковой болезнью легких различной локализации и размеров. В своей практике в дальнейшем, зная оптимальные параметры ЭД, мы на основе стереометрической модели грудной клетки, полученной с помощью реконструкции снимков на МСКТ фирмы «Phillips» с программным продуктом Soft-4, попытались определить наиболее оптимальные зоны установки торакопортов. Объект вмешательства условно рассматривали в верхнем, среднем и нижнем этажах легких. К верхнему этажу относили 1,2,3 сегменты легкого, к среднему 4,5,6,7 (в левом легком 4,5,6,7). Нижний этаж подразделяли на передний и задний. К переднему отнесли 8 и 9 сегменты, к заднему — 10.

Так, для проведения ВТВ в верхнем этаже плевральной полости для нормостенического типа грудной клетки оптимальными зонами введения троакаров были: для оптики — пятое межреберье по передней подмышечной линии, для рабочих троакаров — пятое межреберье по задней подмышечной линии и третье межреберье по парастеральной линии. Для гиперстенического типа: для оптики — пятое межреберье по передней подмышечной линии, для рабочих троакаров — четвертое межреберье по задней подмышечной линии и третье межреберье по парастеральной линии. Для астенического типа: для оптики — шестое межреберье по передней подмышечной линии, для рабочих троакаров — пятое межреберье по задней

подмышечной линии и третье межреберье по парастеральной линии.

Для проведения ВТВ в среднем этаже плевральной полости для нормостенического типа грудной клетки оптимальными зонами введения троакаров были: для оптики — пятое межреберье по задней подмышечной линии, для рабочих троакаров — пятое и третье межреберья по среднеключичной линии. Для гиперстенического типа: для оптики — пятое межреберье по задней подмышечной линии, для рабочих троакаров — четвертое и второе межреберья по среднеключичной линии. Для астенического типа: для оптики — пятое межреберье по задней подмышечной линии, для рабочих троакаров — шестое и третье межреберья по среднеключичной линии.

Для проведения ВТВ в нижнем этаже плевральной полости спереди для нормостенического типа грудной клетки оптимальными зонами введения троакаров были: для оптики — пятое межреберье по передней подмышечной линии, для рабочих троакаров — пятое межреберье по задней подмышечной линии и третье межреберье по среднеключичной линии. Для гиперстенического типа: для оптики — пятое межреберье по передней подмышечной линии, для рабочих троакаров — четвертое межреберье по задней подмышечной линии и в третье межреберье по среднеключичной линии. Для астенического типа: для оптики — пятое межреберье по передней подмышечной линии, для рабочих троакаров — четвертое межреберье по задней подмышечной линии и третье межреберье по среднеключичной линии.

Для проведения ВТВ в нижнем этаже плевральной полости сзади для нормостенического и астенического типов грудной клетки оптимальными зонами введения троакаров были: для оптики — пятое межреберье по задней подмышечной линии, для рабочих троакаров — третье межреберье по передней подмышечной линии и пятое межреберье по среднеключичной линии. Для гиперстенического типа: для оптики — пятое межреберье по задней подмышечной линии, для рабочих троакаров — третье межреберье по передней подмышечной линии и четвертое межреберье по среднеключичной линии.

Для того, чтобы уже дооперационно знать оптимальные зоны введения троакаров при выполнении ВТВ при той или иной патологии, плевральная полость, полученная путем реконструкции снимков на МСКТ, условно разделена нами на 4 этажа: верхний, средний и нижний, в котором мы еще выделили переднюю и заднюю поверхности. Необходимо отметить, что чем на большее число этажей мы делим плевральную полость, тем оптимальнее искомые зо-

ны введения троакаров. Кроме деления на этажи, каждую грудную клетку мы рассматривали еще и с позиции ее типа. На основе имеющихся нескольких вариантов зон введения троакаров выбирали наиболее оптимальный в каждом конкретном случае. То есть оптимальные зоны введения троакаров определяли в зависимости от типа грудной клетки и локализации объекта вмешательства.

Естественно, определенные нами зоны не претендуют на идеальность. Возможно, с появлением новых технологий станет возможно и еще более точная установка оптимальных зон введения троакаров при выполнении ВТВ, либо с появлением новых инструментов, имеющих несколько осей вращения их установка не будет иметь большого значения. Однако все это дело будущего.

Сравнительный анализ ближайшего послеоперационного периода свидетельствует о преимуществах предложенных новых хирургических подходов перед другими традиционными способами эхиноккокэктомии лёгких.

Анестезия с низким потоком на основе энфлюрана у детей с сочетанными травмами

Сатвалдиева Э.А., Абдуллаев Х.Н., Мустакимов А.А., Расулева Н.Р.

РНЦЭМП, ТашиУВ

Одним из приоритетных направлений в ингаляционной анестезии является низкотоковая (low flow anesthesia — LFA — 1,0 л/мин), которая имеет ряд преимуществ перед традиционной анестезией с высоким газотоком. Опыт применения галогенсодержащих анестетиков 2-го и 3-го поколения при анестезии с низким газотоком у детей крайне незначителен, поэтому необходимо дальнейшее изучение этого вопроса.

Цель исследования — оценка эффективности и безопасности ингаляционной анестезии с низким газотоком на основе энфлюрана у детей с сочетанными травмами.

Материал и методы. В исследование были включены 62 пациента, средний возраст $6,2 \pm 1,5$ года, оперированных по поводу сочетанных травм. Предоперационная подготовка включала противошоковую терапию с трансфузионно-инфузионной терапией у 35,4% пациентов. Индукцию в наркоз проводили ингаляцией газовой смеси O_2 100% + энфлюран, начиная с 0,1 об.%, увеличивая концентрацию до 0,8-1,0 об.%. Интраоперационная аналгезия — фентанил в возрастных дозировках. Вентиляцию проводили на наркозодыхательном аппарате «Fabius» в реверсивном контуре. За 5 минут до окончания операции подачу ингаляционных анестетиков прекращали, ребенка переводили на ручную ИВЛ по полукрытому контуру с высоким газотоком (100% кислород), сдували манжетку трубки, и выполняли экстубацию трахеи. Длительность операций в среднем $115,0 \pm 10,0$ мин.

Эффективность и безопасность анестезии оценивали на основании стандартного интраоперационного мониторинга — ЧСС, АД сист. и АД диаст., пульсоксиметрии и показателей капнографии: $PinCO_2$, $PetCO_2$, FiO_2 , $FexO_2$; газообмена (pO_2 , pCO_2 , pH, BE, BV) на 4-х основных этапах: исход, индукция, поддержание анестезии, выход из анестезии.

Результаты и обсуждение. В условиях режима «low flow anesthesia» показатели газообмена, гемодинамики и респираторной функции у детей оставались стабильными на всех этапах анестезии и операции. Изученные показатели гемодинамики характеризовались незначительными изменениями на этапах исследования: ЧСС в период индукции увеличивалась на 8,5% по сравнению со значениями до операции, во время поддержания анестезии ЧСС снижалось на 5,9% по сравнению с предыдущим этапом, что говорит о гемодинамической стабильности. На 4 этапе — выход из анестезии — ЧСС оставалось повышенным по сравнению с 1 этапом, незначительно снижаясь по отношению к предыдущему этапу. На этапе индукции также отмечалось снижение АД; систолического на 10,2%, диастолического на 8,9%. На последующих этапах АД сист. и АД диаст. изменялось в пределах 5-10%. Эти данные также характеризуют энфлюран в указанных дозировках как гемодинамически стабильный анестетик.

Показатели $PinCO_2$ и $FexO_2$ оставались практически не менялись на всех этапах исследования. SpO_2 изменялся в пределах 97-99%. Уровень PaO_2 в течение всех этапов исследования оставался в пределах допустимых величин (более 80 мм рт.ст.), pH изменялся от $7,36 \pm 0,01$ до $7,34 \pm 0,01$.

Стабильные интраоперационные показатели газообмена и гемодинамики, отсутствие отрицательного влияния на изученные показатели гомеостаза дают основание говорить о безопасности и эффективности метода «low flow anesthesia» на основе энфлюрана у детей.

Выводы. 1. Ингаляционная анестезия низким газотоком на основе энфлюрана является методом выбора у детей при вышеуказанных операциях. 2. Отрицательного влияния ингаляционной анестезии низким газотоком на основе энфлюрана на гемодинамику и газообмен не наблюдалось.

Применение высокочастотной ИВЛ в интраоперационном периоде у новорожденных с атрезией пищевода с целью снижения легочных осложнений

Сатвалдиева Э.А., Джураева Ф.У.

ТашиУВ, РНЦЭМП, Республиканский перинатальный центр

Цель исследования — разработка и внедрение методики объемной высокочастотной ИВЛ с целью улучшения газообмена и гемодинамики на этапах анестезии и операции новорожденных детей с атрезией пищевода.

Материал и методы. Обследованы 47 новорожденных с атрезией пищевода, находившихся в ОРИТ новорожденных РПЦ в 2008-2011 гг. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от вида проводимой ИВЛ. 1-я группа — 20 детей, которым проводилась традиционная ИВЛ, 2-я группа (основная) — 27 детей, у которых применялась объемная высокочастотная искусственная вентиляция легких (ВЧ ИВЛ) на аппарате «Infant» (Германия). Функциональное состояние гемодинамики и дыхания оценивали на основании стандартного мониторингового наблюдения (ЧСС, АД - Datex-ohmeda, Heal-force), пульсоксиметрии (SaO_2), газообмена (pO_2 , pCO_2 , pH, BE, BV). Исследования проводили на 4 этапах: до интубации, после интубации, во время наложения анастомоза, в конце операции.

Результаты и обсуждение. У новорожденных детей 2-й группы отмечалась стабильность изученных показателей гемодинамики, вентиляции и газообмена на

протяжении всей операции. При применении объемной ВЧ ИВЛ за счет снижения внутригрудного давления уменьшилось кардиодепрессивное действие ИВЛ, улучшился венозный возврат, что характеризовалось стабильностью параметров гемодинамики. Насыщение крови кислородом было стабильным в пределах 94-96%. Грубых изменений со стороны газообмена на 3 этапе — выделения трахеопищеводного свища и наложения анастомоза — не выявлено. Однако у пациентов 1-й группы на фоне традиционной ИВЛ сохранялись умеренные изменения гемодинамики, снижение насыщения тканей кислородом, из-за этого пришлось приостановить хирургическое вмешательство для восстановления содержания кислорода в крови и коррекции газообмена.

Заключение. Применение объемной ВЧ ИВЛ улучшает газообмен, не оказывает депрессивного влияния на уже скомпрометированные дыхательную и сердечно-сердечную системы детей, уменьшает длительность операции и риск развития послеоперационных легочных осложнений, а в целом повышает шансы на выживание новорожденных с атрезией пищевода.

Интраоперационный мониторинг при экстренных операциях у детей с целью ранней диагностики и профилактики осложнений

Сатвалдиева Э.А., Мустакимов А.А., Абдуллаев Х.Н., Абдуллаев Р.Т.

РНЦЭМП, Ташкентский институт усовершенствования врачей

Цель исследования — внедрение стандартного интраоперационного мониторинга при экстренных операциях у детей с целью ранней диагностики и профилактики анестезиологических осложнений.

Проведен анализ частоты встречаемости причин «анестезиологических» осложнений и летальных исходов у 79 экстренных больных при различных операциях (1-я группа). Выявлено 5 основных причин «анестезиологических осложнений и летальных исходов»: проявления основной и сопутствующей патологии у экстренного больного (тяжесть состояния); действия анестезиолога (тактические и технические ошибки); действия хирурга и «способствующие факторы» (невнимательность и поспешность анестезиолога). На материале этой группы изучены закономерности возникновения «анестезиологических осложнений и летальных исходов», выработаны организационные мероприятия, разработаны критерии прогноза их развития и меры профилактики. Разработанные критерии прогноза и профилактики осложнений были использованы во 2-й группе (основной, 53 наблюдения). Группы были сопоставимы по характеру и объему операций, возрасту больных и основной патологии.

Ретроспективный анализ частоты возникновения «анестезиологических» ошибок в 1-й группе выявил следующее. До индукции их было 5%, во время индукции — 24%, в начале операции — 17,7%, в середине опе-

рации — 6,3%, в раннем послеоперационном периоде — 9%. Наиболее часто встречались невозмещенная потеря крови или жидкости (26,5%), аспирация желудочного содержимого (9%), проблемы, связанные с интубацией трахеи (7,5%), выбор неправильного метода анестезии (6,3%). Во 2-й группе число всех «анестезиологических осложнений» было на 9,5% меньше, чем в 1-й группе.

С целью ранней диагностики и профилактики «анестезиологических» осложнений рекомендуется проведение следующих мероприятий: 1) «минимальный» мониторинг для раннего распознавания осложнений (постоянный мониторинг вентиляции легких и кровообращения); 2) оптимизация выбора объема предоперационной подготовки в зависимости от основной патологии и нарушений гомеостаза; 3) выбор оптимального метода анестезии в зависимости от состояния больного, длительности операции и квалификации анестезиолога.

Заключение. Широкое внедрение стандартного интраоперационного мониторинга в систему экстренной медицины, повышение роли «человеческого фактора» и профессиональной подготовки врача анестезиолога-реаниматолога будет способствовать снижению числа «анестезиологических ошибок и летальных исходов» на операционном столе и в ближайшем послеоперационном периоде.

Реографический мониторинг сердечно-сосудистой системы при экстренных видеолапароскопических операциях у детей

Сатвалдиева Э.А., Сабилов Д.С., Абдуллаев Х.Н., Мустакимов А.А.
РНЦЭМП, ТашиУВ

Цель исследования — оптимизация анестезиологического пособия на основе непрерывного мониторинга с коррекцией выявленных нарушений параметров кардиогемодинамики, вентиляции и газообмена с целью повышения безопасности и эффективности видеолапароскопических операций у детей.

Материал и методы. Проведен анализ течения 19 анестезий у детей в возрасте от 4 до 14 лет (без сопутствующей легочно-сердечной патологии), которым проводились лапароскопические операции. Острые аппендициты были у 12, киста яичника — у 3, диагностические лапароскопии — у 4. Риск анестезии II-III степени по ASA. Всем пациентам проводили сбалансированную эндотрахеальную анестезию пропофолом и фентанилом (поддержание миоплегии аркуринием) в стандартных возрастных дозировках. ИВЛ в режиме умеренной гипервентиляции. Инфузионная терапия кристаллоидами 10 мл/кг/ч. Функциональное состояние гемодинамики интраоперационно изучали непрерывно методом тетраполярной реографии на основании 7 гемодинамических параметров (ЧСС, СИ, УИ, УО, АД, ОПСС, SaO_2). Оценка безопасности и эффективности анестезии проводилась на следующих этапах: 1-исход, 2-через 3-5 минут после инсuffляции газа в брюшную полость, 3- после смены положения с опущенным головным концом операционного стола (ортопноэ), 4-после перевода в горизонтальное положение (анти-ортопноэ), 5-удаление газа из брюшной полости.

Результаты и обсуждение. Мониторинг гемодина-

мических показателей показал стабильность их на протяжении всех этапов исследования на фоне напряженного карбоксиперитонеума (ЧСС, АД). SaO_2 крови также оставалась на уровне 96-98% в течение всего интраоперационного периода. Однако реографический мониторинг выявил уже на 2 этапе выраженное достоверное снижение УИ, СИ на 15% и 23%. Все эти изменения сопровождались компенсаторным увеличением ОПСС на 28%. Перевод детей в положение Тренделенбурга в условиях напряженного карбоксиперитонеума способствовал увеличению венозного возврата (увеличению сердечного выброса). На 5 этапе после удаления газа из брюшной полости показатели центральной кардиогемодинамики СИ и УИ приближались к исходным величинам. Значительные изменения параметров центральной гемодинамики не приводили к острому нарушению кровообращения вследствие компенсаторного повышения ОПСС на протяжении всей операции.

Выводы. 1. Реографический мониторинг на этапах карбоксиперитонеума при лапароскопических операциях у детей подтверждает выраженные изменения сердечно-сосудистой системы. 2. Стандартный мониторинг клинических параметров ЧСС и АД не отражает реальную картину изменений кардиогемодинамики. Стабильность их при достоверном значительном снижении СИ (на 23%) и УИ (на 15%) связана с компенсаторным увеличением ОПСС (на 28%) и не приводит к развитию острого нарушения кровообращения у детей на операционном столе.

Детский ожоговый травматизм и его профилактика

Тожибоев Х.Л., Каримжанов И.У., Махмудов И.Д., Сайфиддинов К.О.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Необходимость своевременной и правильной организации медицинской помощи пострадавшим от ожогов очевидна. Несмотря на тяжесть повреждений, есть реальные возможности снижения летальности от ожогового травматизма. Частота ожоговых травм различна в разных возрастных группах. Так, из числа детей, пострадавших от ожогов, подавляющее большинство (37,8%) составили дети в возрасте от 1 года до 7 лет.

Нами проанализированы причины ожогового травматизма среди детей от 1 года до 14 лет. В 2005 — 2011 гг. в НФ РНЦЭМП с ожоговыми травмами посту-

пили 2367 (100%) больных. Термические ожоги получили 2294 (96,9%) ребенка, электротермические — 57 (2,4%), химические — 16 (0,7%). Сандаловые ожоги, которые наиболее часто приводят к инвалидности, были у 458 (19,3%) детей.

Выводы. В выборе мер профилактики детского ожогового травматизма важное значение имеет санитарно-просветительная работа среди населения. Мероприятия, направленные на профилактику травматизма, позволяют надеяться, что число пострадавших детей с ожоговой травмой стабилизируется.

Осложнения при использовании сосудистого доступа у детей

Тоирова У.Т., Мухитдинова М.К., Ахмаджонов А.У., Рашидов Б.Т.
Андижанский филиал РНЦЭМП

Самыми частыми осложнениями катетеризации периферических вен были некроз кожи, отек, воспаление, инфекция в зоне постановки катетера, повреждение нервов и рубцы. Компартмент-синдром развивается в том случае, если конечность была закрыта и недоступна для осмотра и пальпации. Периферические внутривенные катетеры могут быть источником других осложнений, в том числе воздушной эмболии, избыточной инфузии и гиперволемии, а также систем-

ной инфекции. В отделение детской анестезиологии и реанимации Андижанского филиала РНЦЭМП в 2009 — 2011 гг. госпитализированы 6889 пациентов, катетеризация периферических вен проведена у 4587 из них. Отек был у 115, рубцы — у 4, некроз — у 4 больных. Нахождение периферических катетеров у пациентов от 1 го до 3-4 дней.

Если говорить о катетеризации центральных сосудов, самыми частыми осложнениями катетеризации

центральных вен были пункция артерии, гематомы и пневмоторакс, гемоторакс, гидроторакс, повреждения сонной артерии, грудного лимфатического протока и подключичной артерии.

Частота катетер-ассоциированного тромбоза зависит от места постановки. Риск тромбоза, обусловленной тромбозом центрального катетера у детей, по-прежнему не установлен.

Установлено, что частота инфекций снижается при обработке операционного поля у детей младше 2 месяцев 2% хлоргексидином. Теоретически этот эффект связан с тем, что у детей данной возрастной группы проницаемость кожи для микроорганизмов выше.

В качестве выбора места пункции у детей мы используем яремную, подключичную и бедренную вены. Это зависит от доступности того или иного места пункции и опыта оператора. В отделении детской анестезиологии и реанимации АФ РНЦЭМП катетеризация центральных вен в 2009-2011 гг. осуществлена у 1578 пациентов. У 25 из них были осложнения в виде гематомы, у 3 — пневмоторакс, у 1 — гемоторакс, у 5 — гидроторакс, у 12 — пункция подключичной артерии. Катетер-ассоциированный тромбоз отмечался у 2, местные инфекционные осложнения у 3 больных.

Размер центральных катетеров измеряется во «французских единицах» (Fr). Одна французская единица равна примерно наружной окружности катетера в миллиметрах. Катетер размером 1Fr имеет наружную окружность около 1 мм и диаметр 0,33 мм. Следует выбирать катетер наименьшего диаметра, обеспечивающий необходимую скорость инфузии. У новорожденных и детей раннего возраста применяют катетеры размером 3-5 Fr. Глубину постановки определяют, исходя из расстояния, необходимого для того, чтобы конец катетера находился в верхней полую вену на границе с правым предсердием. Для этого существует специальная формула, в которой учитываются масса тела и рост ребенка. Так, для доступа к правой яремной или подключичной вене глубина по-

становки катетера для детей ростом менее 100 см вычисляется по формуле: глубина постановки катетера, см = (рост, см / 10) - 1.

Важное значение имеет уход за внутривенным катетером. После постановки периферического внутривенного катетера его надежно закрепляют прозрачной окклюзионной клеящейся повязкой, затем на руку (или ногу) накладывают шину. В отделении детской анестезиологии и реанимации Андижанского филиала РНЦЭМП была разработана специальная шина для фиксации конечностей. Место постановки катетера оставляют открытым, чтобы можно было во время инфузии заметить утечку раствора или симптомы инфекции. Применять согревающие компрессы запрещается, поскольку они могут вызвать ожоги. При проведении инфузионной терапии новорожденным и детям раннего возраста необходимо применять управляемые дозирующие устройства и не пользоваться системами, работающими на основе гравитации.

При уходе за центральным катетером соблюдают меры предосторожности. Манипуляции с катетерами проводят с соблюдением правил асептики; после каждой инфузии катетер тщательно промывают 0,9% раствором NaCl. Гепариновый замок для профилактики образования в нем тромба заполняют раствором гепарина (1000 ед/мл). Частота инфекционных осложнений снижается при правильном выборе места катетеризации, соблюдении максимальной стерильности во время постановки, тщательной дезинфекции павильона катетера перед каждым применением, своевременном удалении и отказе от использования масок.

Таким образом осложнения сокращаются при: 1) выборе места пункции и от места постановки; 2) соблюдении правил асептики; 3) выборе размера и глубины постановки катетера; 4) надежном закреплении катетера; 5) применении управляемых дозирующих устройств; 6) промывании 0,9 % раствором NaCl; 7) гепариновый замок.

Исходы лечения при повреждении ростковой зоны проксимального конца большеберцовой кости у детей

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

Анатомо-физиологические особенности костной системы детей обуславливают возникновение у них некоторых специфических видов переломов. Особое место среди них занимают повреждения эпифизарных зон в связи с возможными последующими нарушениями роста. Наиболее активными эпифизами для нижних конечностей являются дистальный эпифиз бедренной кости и проксимальный эпифиз большеберцовой кости, при этом проксимальный эпифиз большеберцовой кости на 10-15% активнее дистального. Повреждения ростковой зоны проксимального конца большеберцовой кости — редкое повреждение. Это связано с анатомо-топографическими особенностями этой области: проксимальный конец большеберцовой кости окружен мощными связками и сухожилиями, за исключением крестообразных связок, не одна связка или сухожилие не прикрепляется непосредственно к проксимальному эпифизу и не принимает участие в возникновении эпифизеолиза при прямом механиз-

ме травмы. По данным разных авторов, частота повреждения ростковой зоны проксимального конца большеберцовой кости колеблется от 0,09 до 1,38%.

В отделении детской травматологии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в 2009-2011 гг. на стационарном лечении находились 227 детей с переломами костей голени в возрасте от 3 до 15 лет, из них с повреждением ростковой зоны проксимального конца большеберцовой кости было 12 (5,3%). В возрасте до 3 года было 2 пострадавших, 3-7 лет — 3, 7-11 лет — 2, 11-15 лет — 5. Травмы в результате дорожно-транспортных происшествий получили 2 ребенка, в результате падения с высоты — 1, бытовая травма имела место у 3 детей, уличная — у 6. Оперативные методы лечения использованы у 2 (16,7 %), консервативные — у 10 (83,3%) пациентов.

Диагностика повреждений ростковой зоны проксимального конца большеберцовой кости без или с незначительным смещением костных отломков, особен-

но в дошкольном возрасте, представляет значительные трудности. Клиническая картина бывает очень скудной, незначительная отечность, отсутствие деформации, слабая боль, активные и пассивные движения близлежащих суставах сохранены. Рентгенологическое исследование поврежденной области в большинстве случаев не позволяет уточнить диагноз, дифференцирование переломов от ушибов мягких тканей или растяжений связок. Ясность может внести только сравнительная рентгенодиагностика. В данных ситуациях решающую роль играет клинический осмотр. В затруднительных случаях диагноз ставится в пользу повреждения ростковых зон. Тем не менее, в большинстве случаев при повреждении ростковых зон большеберцовой кости ставится диагноз гемартроза сустава. Рентгенограмма на 10-12-е сутки после травмы (обыкновенные полоски отслоившейся надкостницы в области метадиафиза, доходящие до эпифиза) может выявить возможное повреждение ростковых зон.

Анализ результатов лечения больных с повреждением ростковой зоны проксимального конца большеберцовой кости показал, что у 2 из них отмечалось нарушение роста большеберцовой кости. У 1 ребенка в возрасте 3 лет при первичном обращении установлен диагноз закрытого перелома проксимального метафиза правой большеберцовой кости без смещения костных отломков. Больному наложена гипсовая повязка, больной лечился амбулаторно. Гипсовая повязка снята через 3 недели. Повторный осмотр через 4 месяца выявил осевую деформацию: вальгусную деформацию правой голени, укорочения нет. Ретроспективный анализ показал остеоэпифизеолиз прокси-

мального конца большеберцовой кости с незначительным смещением костных отломков. Через 6 месяцев после травмы больному произведена операция: корригирующая остеотомия на уровне проксимального метафиза большеберцовой кости с наложением аппарата Илизарова. Аппарат Илизарова снят через 6 недель, ось конечности правильная. Другой ребенок 5 лет получил травму в результате ДТП. Установлен диагноз: Закрытый оскольчатый перелом проксимального конца костей левой голени со смещением костных отломков. Первично была произведена закрытая репозиция с наложением гипсовой повязки, но безуспешно, в связи с чем больному произведена открытая репозиция большеберцовой кости с фиксацией спицами Киршнера. Было достигнуто точное сопоставление костных отломков большеберцовой кости. Осмотр через 3 месяца выявил наличие умеренной вальгусной деформации с укорочением левой нижней конечности на 1 см. У остальных 10 больных с повреждением ростковой зоны проксимального конца большеберцовой кости получены хорошие результаты.

Таким образом, наш опыт свидетельствует о сложности диагностики, лечения и прогнозирования исходов повреждений ростковой зоны проксимального конца большеберцовой кости. Эти повреждения требуют от врача тщательного клинического осмотра, правильной интерпретации результатов рентгенологических исследований. Неудовлетворительные исходы повреждений ростковых зон костей у детей указывает на необходимость применения современных технологий, таких как КТ, МСКТ, для точного установления степени повреждений.

Выбор метода анестезии при операциях удаления вдавленных переломов черепа у детей

Тулаев У.Б., Муминов З.В.

Республиканский научный центр нейрохирургии

Особенности переломов черепа у детей накладывают определенный отпечаток на выбор анестезиологического пособия, которое должно обеспечить снижение риска возникновения интраоперационных осложнений, более раннему пробуждению и восстановлению сознания. В полной мере этим требованиям может отвечать сбалансированная анестезия на основе ГОМКа и мидазолама, которые обеспечивают нейровегетативную защиту, дозозависимое снижение церебрального кровотока и метаболизма, уменьшают внутричерепное давление, что оказывает благоприятное влияние на состояние ЦНС, делает возможным как высокоуправляемое выключение, так и восстановление сознания.

Материал и методы. Под наблюдением были 58 детей в возрасте от 3 месяцев до 1 года с вдавленным переломом черепа, оперированных в отделении нейрохирургии детского возраста. Физическое состояние по классификации ASA детей соответствовало II—III классу. Больные были разделены на две группы: в 1-й группе проводилась атаралгезия мидазоламом и фентанилом ($n=26$), во 2-й — тотальная внутривенная анестезия ГОМКом и фентанилом ($n=32$). Премедикация во всех случаях осуществлялась по схеме: атропин (0,01 мг/кг), кетамин (3-4 мг/кг), димедрол (0,5-1 мг/кг), сибазон (0,5 мг/кг).

В 1-й группе индукция в наркоз осуществлялась

болюсным введением мидазолама 0,4-0,6 мг/кг в два этапа (1/3 расчетной дозы, затем через 1-2 мин 2/3 дозы) и фентанила 3-5 мкг/кг, после введения болюса ардуана 0,5 - 0,7 мг/кг производили интубацию трахеи. Поддержка анестезии болюсным введением мидазолама 0,05-0,2 мг/кг каждые 30 минут. Во 2-й группе индукцию проводили ГОМКом в дозе 60-70 мг/кг, фентанилом 3-5 мкг/кг. Анестезию поддерживали введением ГОМКа S - 1/3 от индукции каждые 30-40 минут. Искусственная вентиляция легких в обеих группах проводилась в режиме нормовентиляции с контролем по конечно-выдыхаемой концентрации углекислого газа ($EtCO_2$) -33-35 мм рт. ст. В обоих случаях анестезию поддерживали болюсным введением фентанила 3-5 мкг через каждые 15 минут. При оценке пробуждения больных после анестезии использовались следующие показатели: время от момента окончания операции до экстубации трахеи и время вступления в контакт с врачом с возможностью проведения послеоперационного неврологического обследования. Для оценки уровня восстановления дыхания, двигательной активности и сознания пользовались шкалой предложенной в 1970 г. Aldret и Kroulik.

Результаты и обсуждение. Исследованы показатели центральной гемодинамики и оценен уровень пробуждения в условиях сбалансированной анестезии на основе ГОМКа или мидазолама. Такой подход является

одним из вариантов выбора, что позволяет селективно управлять анальгетическим и гипнотическим компонентом анестезиологического пособия, не вызывая отрицательных гемодинамических эффектов. При индукции в наркоз и интубации трахеи у пациентов 2-й группы ЧСС увеличивалась на 4,2% ($p < 0,05$), у больных 1-й группы — на 5,1%. САД снижалось соответственно на 11,8 ($p < 0,001$) и на 13,1 % ($p < 0,001$). УОС увеличился на 11,4, и 7,7%, МОС — на 16,9 ($p < 0,05$) и 6,7% ($p < 0,05$).

На момент начала операции при всех вариантах анестезии ЧСС увеличивались соответственно на 9,7 ($p < 0,05$) и на 16,1% ($p < 0,05$), МОС превышал уровень первого этапа на 33,8 ($p < 0,001$) и 16,8% ($p < 0,001$). УОС по сравнению с исходным этапом возрастал соответственно на 13,9 и 7,9 % ($p < 0,05$). С началом хирургической агрессии САД у 1-й группы больных имело тенденцию к увеличению на 13,1% по сравнению с индукцией, а 2-й группы на 8,5 % от первоначального этапа.

На наиболее травматичном этапе операции отмечалось незначительное увеличение УОС при анестезии на основе мидазолама по сравнению с предыдущим этапом и возрастание его на 17 % по отношению к исходному этапу при анестезии на основе ГОМКа. ЧСС увеличилась на 20,2% ($p < 0,001$) и 14,9% ($p < 0,001$), МОС на 33,4% ($p < 0,001$) и 16% ($p < 0,01$).

В момент окончания операции показатели гемодинамики изменялись незначительно и имели тенденцию к возвращению на исходный уровень. ЧСС уменьшилась во всех группах и соответствовала исходному уровню. УОС у больных 2-й группы превышал

исходный уровень на 6,9% ($p < 0,001$), в 1-й — на 4,4%. При первом и втором вариантах анестезии МОС сохранился на уровне, превышающем первый этап соответственно на 6,1 и на 3,9%. Показатели САД изменялись незначительно.

Пробуждение больных 1-й группы было быстрым. Максимальный уровень пробуждения по шкале Aldret и Kroulik был достигнут к 35-й минуте после вмешательства. На 5-й минуте средний уровень (в баллах) составил $3,2 \pm 0,78$, на 15-й минуте — $3,8 \pm 0,8$, на 25-й минуте — $5,3 \pm 0,82$. У детей с использованием ГОМКа период пробуждения проходил гладко и быстро. Уровень пробуждения по шкале Aldret на 5-й минуте составил $2,4 \pm 0,51$ балла, на 15-й минуте — $3,6 \pm 0,54$, на 25-й — $5,2 \pm 0,78$ балла.

Выводы. 1. Анестезия на основе ГОМКа и болюсно-го введения фентанила при оперативных вмешательствах по удалению вдавленных переломов черепа позволяет селективно управлять анальгетическим и гипнотическим компонентом анестезиологического пособия, легко регулировать глубину анестезии в зависимости от интраоперационной ситуации, не вызывая отрицательных гемодинамических эффектов. 2. Использование мидазолама (дормикума) в качестве компонента общей анестезии способствует стабилизации показателей центральной гемодинамики. 3. ГОМК в качестве гипнотического компонента анестезии обеспечивает гладкий период пробуждения с возможностью быстрого послеоперационного неврологического обследования.

Пути профилактики и лечения нарушений функции кишечника у детей с ожоговой травмой

Фаязов А.Д., Мухитдинова Х.Н., Абдуллаев У.Х., Ахмедов А.Н.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

При тяжелой ожоговой травме желудочно-кишечный тракт становится мишенью постагрессивного воздействия и потенциальным источником эндогенного инфицирования. Отсутствие естественной алиментации у ожоговых больных приводит к быстрой дистрофии (атрофии) слизистой, нарушению барьерной функции кишечной стенки и транслокации микроорганизмов и токсинов в кровеносное русло. Наряду с этим, нарушение периферического кровообращения при шоке, эндотоксикоз и ранняя дезэскалационная антибактериальная терапия приводят к развитию дисбактериоза и повреждению слизистой желудочно-кишечного тракта различной степени. Улучшения качества лечения тяжелообожженных и снижения количества осложнений на уровне желудочно-кишечного тракта и целостного организма (сепсис, пневмония, истощение и т.д.) можно добиться ранним назначением и поддержанием энтерального питания, профилактика и лечение дисбактериоза, деструктивных повреждений слизистой кишечника.

Материал и методы. В 2011 г. в отделении комбустиологической реанимации РНЦЭМП специализированная помощь оказана 275 пациентам детского возраста (от 1 месяца до 12 лет). Первоочередное значение имели энтеральная алиментация пациентов так называемым «функциональным питанием» (различные бифидо- или лактосодержащие пище-

вые продукты и напитки, которые в объеме физиологической потребности вводили в рацион детей и диетические продукты, не раздражающие слизистую желудочно-кишечного тракта). Проводилась также полноценная инфузионная терапия, которая позволяла в наиболее короткие сроки нормализовать периферическое кровообращение, улучшить оксигенацию тканей, реологические свойства крови, снизить уровень экзо- и эндогенной интоксикации. При нарушении эвакуаторно – моторной функции кишечника в состав инфузионной терапии включали аминокислоты, белки, раствор глюкозы. Основное место при коррекции микробиоценоза кишечника занимали эубиотики (бифидумбактерин и лактобактерин). При плохой переносимости эубиотиков назначали пробиотики (линекс, ацилакт, хилак-форте и др.). При отягощенном анамнезе, язвенной болезни желудка и кишечника, выраженной эндотоксемии назначали соответствующую диету и противоязвенные препараты (антациды, H₂-блокаторы, ингибиторы протонной помпы). Исключительное значение имело скорейшее восстановление кожного покрова как кардинальное средство прерывания патологического процесса в целом.

Таким образом, разработанная методика профилактики и лечения нарушений функции кишечника у пострадавших детского возраста благоприятно влияет на течение и исход ожоговой болезни.

Пути снижения бронхолегочных осложнений у детей с инородными телами верхних дыхательных путей

Ходжаев Х.Б., Тожибоев А.Х., Жураев Э.У.

Наманганский филиал РНЦЭМП

В отделение детской хирургии Наманганского филиала РНЦЭМП в 2009-2011 гг. были госпитализированы 30 детей с инородными телами верхних дыхательных путей. В возрасте до 1 года было 8 (26,7%) больных, 1-3 лет — 7 (23,3%), 3-5 лет — 4 (13,3%), 5-15 лет — 11 (36,7%). Мальчиков — 21 (70%), девочек — 9 (30%). В сроки до 6 ч поступили 6 (20%) детей, до 24 ч-15 (50%), до 72 ч — 7 (23,3%), спустя 3-е суток — 2 (6,7%).

Органические инородные тела (семена кукурузы, арахиса, фасоли, подсолнуха) выявлены у 16 (53,3%) детей, неорганические (детали различных механических изделий и т.д.) — у 14 (46,7%). Диагностика инородных тел основывалась на жалобах родителей, клинических проявлениях, данных рентгенологического исследования и бронхоскопии.

Длительное нахождение инородных тел в трахеобронхиальном дереве влечет за собой тяжелые осложнения, которые могут возникнуть в различные сроки. Трахеобронхиты наблюдались у 16 (53,3%),

пневмонии — у 5 (16,7%), ателектаз — у 7 (23,3%), пневмоторакс — у 1 (3,3%), кровохарканье — у 1 (3,3%).

У всех больных инородные тела были удалены бронхоскопически с последующей санацией трахеобронхиального дерева. У 9 (30%) больных бронхоскопию проводили жестким бронхоскопом, у 21 (70%) — фибробронхоскопом. В связи с длительным нахождением инородного тела с обтурацией просвета бронха у 35% больных развился гнойный эндобронхит. После удаления инородных тел и санации бронхов проводили эндобронхиальное введение антибиотиков, ферментов, гормональных препаратов. У всех больных наступило полное выздоровление.

Таким образом, своевременное и целенаправленное использование бронхоскопии для диагностики и лечения инородных тел верхних дыхательных путей у детей позволяет снизить число бронхолегочных осложнений.

Полиорганная недостаточность при ожоговом сепсисе у детей.

Ходжакулов Ч.Р., Темиров Ф.О., Хамидов В.А., Шарапов О.М.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Цель исследования — определение характера полиорганной недостаточности.

Под нашим наблюдением находились 20 детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет с ожоговым сепсисом, получивших лечение в отделении комбустиологии Бухарского филиала РНЦЭМП. Диагноз сепсиса установлен на основании объективных данных и результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования. У всех детей диагностирована пневмония (97,5%) в основном очагового характера. Диагноз подтверждался рентгенологическим исследованием. Развитие пневмонии всегда сопровождалось ухудшением состояния ребенка, появлением лихорадки до 39-40°C, кашлем, развитием дыхательной недостаточности.

В разные сроки течения болезни присоединялся токсический парез кишечника (80,4%) проявлявшийся метеоризмом, срыгиванием, рвотой, развивался эксикоз с токсикозом. Самым тяжелым проявлением септикотоксемии был токсический миокардит (84%). При

этом наблюдалась бледность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз, беспокойств, нарушение сна, на ЭКГ выявлялись нарушения фазы реполяризации, признаки гипертрофия левого желудочка. Токсический гепатит диагностирован у всех детей (100%). При ультразвуковом исследовании отмечалось увеличение размеров печени +5+10 см, с равномерно повышенной эхогенностью.

Клинические наблюдения позволили выявить нарушения и со стороны центральной нервной системы, проявляющиеся токсической энцефалопатией. У 48% детей развился гипертензионный синдром, гиперестезия, возбуждение, судороги, тремор подбородка и конечностей. Отмечалось напряжение и набухание большого родничка.

Таким образом, при ожоговом сепсисе у детей в патологический процесс вовлекаются практически все органы и системы, что приводит к полиорганной недостаточности.

Новый хирургический подход к лечению застарелых повреждений Монтеджи у детей с вальгусной деформацией локтевого сустава

Хужаназаров И.Э., Ходжанов И.Ю.

НИИ травматологии и ортопедии

Цель работы — уточнение дифференцированного хирургического подхода к лечению застарелых повреждений Монтеджи у детей в зависимости от стадии данной патологии, характера повреждений, степени нарушения суставных взаимоотношений в локтевом суставе, возраста и времени, прошедшего с момента травмы.

Проанализированы результаты хирургического лечения детей с застарелыми повреждениями Монтеджи, пролеченных в 2000-2011 гг. в клинике детской травматологии НИИТО МЗ РУз. Изучены истории болезни, амбулаторные карты и рентгенограммы 78 больных

в возрасте от 3 до 14 лет. Применялись клинические, рентгенологические и ультразвуковые исследования обоих локтевых суставов, многослойная компьютерная томография (МСКТ), гистологические и электромиографические методы исследования.

В клинике больные были разделены на 4 группы в зависимости степени тяжести патологии, степени деформации локтевой кости и состояния суставных поверхностей, срока прошедшего с момента травмы, различных степеней неустраненных вывихов головки лучевой кости и возраста ребенка. Нами разработаны

различные оперативные вмешательства при неустраненных вывихах головки лучевой кости с вальгусной деформацией локтевого сустава.

Хирургическое лечение было строго индивидуальным и зависело от вида травмы. При выборе плана лечения необходимо учитывать направление и величину смещения головки лучевой кости, характер и величину смещения отломков, сопутствующие повреждения, осложнения и возраст детей. Больные были с застарелыми повреждениями поступали с разными деформациями, контрактурами локтевого сустава, поэтому выбрать определенную тактику оперативного лечения не представлялось возможным. Применение аппарата Илизарова расширило показания к оператив-

ному лечению. При этом методе сохраняется функция сустава, устраняется дисконгруэнтность суставных поверхностей во время разработки сустава на аппарате.

Ближайшие и отдаленные результаты лечения изучены у всех больных, оперированных по поводу застарелых повреждений Монтеджи в сроки от 3-х месяцев до 8-ми лет. Хорошие отдаленные функциональные результаты получили у 53 (67,9%), удовлетворительные — у 24 (30,7%), неудовлетворительные — у 1 (1,4%).

Дифференцированный хирургический подход к лечению данной патологии в детском обеспечивает правильное анатомо-функциональное развитие и позволяет полностью восстановить функцию локтевого сустава.

Применение тремина при кардиохирургических операциях у детей

Шаликаров У.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Интра- и послеоперационное кровотечение является одним из самых опасных осложнений, возникающих при кардиохирургических операциях, проводимых с искусственным кровообращением (ИК). Считается, что основные причины нехирургического кровотечения при таких вмешательствах — активация фибринолиза в результате контакта крови с контуром аппарата ИК. Одним из современных антифибринолитических препаратов является тремин.

Цель исследования — изучение влияния тремина при кардиохирургических операциях у детей.

Материал и методы. Кардиохирургические операции проведены у 40 (1-14 лет) детей в клинике ТашПМИ. Интра-послеоперационная кровопотеря изучена в двух группах: 1-я группа (контрольная) — 25, детей, получавших традиционную комплексную терапию; 2-я группа — 15 детям наряду с традиционной комплексной терапией, в качестве гемостатического препарата вводился тремин (500 мг 10-20 мг/кг). Исследовали время свертывания крови (ВСК); коагулограмму (ПТИ, этаноловая проба, фибриноген, гемато-

крит), количество тромбоцитов, центральное венозное давление (ЦВД), определялся объем интра- и послеоперационной кровопотери.

Результаты и обсуждение. При использовании тремина у больных 2-й группы установлено уменьшение как интра-, так и послеоперационного кровотечения. В 1-й группе использование компонентов крови было в 2 раза больше. Объем интраоперационной кровопотери во 2-й группе составил $100 \pm 15,0$ мл, в 1-й — $175 \pm 20,0$ мл. В послеоперационном периоде кровопотери (за 24 часа) в 2-й группе достигла $50 \pm 10,0$ мл, в 1-й — $95 \pm 20,0$ мл. Показатели системы гемостаза в конце операции: 1-я группа — Hb $10,03 \pm 1,6$ г/л; Ht — $31,3 \pm 3,9\%$; тромбоциты $223,2 \pm 52,5$ тыс/мкл. ПТИ — 62%; этаноловая проба — пол; фибриноген — 100 г/л; ВСК 4,10-5,35 мин. 2-я группа: Hb — $10,2 \pm 1,0$ г/л, Ht — $31,4 \pm 2,8\%$, тромбоциты $215,5 \pm 48,3$ тыс/мкл, ПТИ — 78%, этаноловая проба — отр. Фибриноген — 180 г/л; ВСК — 2,10-3,45 мин.

Выводы. Применение тремина при кардиохирургических операциях у детей уменьшает риск кровотечения.

Осложнения бронхоскопии у детей с инородными телами дыхательных путей

Шевкетова Л.Ш., Акбаров Д.А., Рахимов Б.С., Оккузиев И.К., Абдужаббаров А.А.

Андижанский Филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

В 2010-2011 гг. в Андижанском филиале РНЦЭМП обследованы 106 детей с диагнозом инородное тело дыхательных путей. Все дети поступили в экстренном порядке и были госпитализированы в отделение детской хирургии. В возрасте до 1 года было 3 (3,8%), от 1 до 4 лет — 60 (75%), от 4 до 14 лет — 17 (21,2%) детей. Момент аспирации выявлен у 80 детей.

У ряда больных о нахождении инородного тела в бронхах приходилось судить по косвенным признакам. Рентгенологически выявлены: ателектаз одной доли выявлен у 2 больных, двух долей — у 1, эмфизема легких — у 5, признаки пневмонии — у 38, рентгенологических изменений не обнаружено у 34 больных.

У 80 детей инородное тело было удалено, у 16 — исключено, у 10 — исключено после бронхоскопии. У 67 (83,8%) детей были удалены инородные тела органического характера (горох, фасоль, косточки от урюка, вишни, арбузные косточки, семечки), у 2 — таблетки, у 13 (16,2%) — неорганического характера

(швейные иглы, английские булавки, монеты, детали от игрушек, гвозди, бусинки, пуговицы).

У 8 детей была выявлена картина гнойного эндобронхита, удалены гнойные пробки из бронхов. У 32 детей инородные тела, находясь в нижних отделах бронхов, вызвали хроническое воспаление. У 2 детей был выявлен папилломатоз голосовых связок. Санационная бронхоскопия однократно произведена 40 больным, дважды — 5, трижды — 3.

После бронхоскопического исследования у 53 больных развился посттравматический ларинготрахеит, который через 2-3 дня был излечен небулайзерной терапией. Лишь у 1 больного бронхоскопия осложнилась спонтанным пневмотораксом и подкожной эмфиземой, которые были ликвидированы консервативно.

Таким образом, своевременное обращение детей с инородными телами дыхательных путей к врачу позволяет успешно лечить их последствия консервативным путем.

Профилактика послеоперационных осложнений у детей при кишечных инвагинациях

Эрметов А.Т., Ходжаев Х.Б., Зуфарханов А.М., Жаббаров Б.А., Окилов Н.Ш.

Наманганский филиал РНЦЭМП

В отделении детской хирургии Наманганского филиала РНЦЭМП в 2006-2011 гг. на лечении находились 184 больных с инвагинацией кишок. До 6 месяцев было 30 (16,3%) больных, 6-12 месяцев – 97 (52,7%), старше 1 года – 57 (31%). Мальчиков было 106, девочек – 78. Одним из инструментальных методов ранней диагностики является ультразвуковое исследование брюшной полости, которое в большинстве случаев позволяет выявить характерные эхо-признаки инвагинации кишок, таких как «псевдопочка» и «мишень». Такая эхоэмиотика обнаружена у 154 (83,7%) обследованных. 53 (28,8%) больным произведено оперативное вмешательство (при позднем поступлении и/или наличии признаков некроза инвагината и перитонита). У 131 (71,2%) больного нами применялась пневмо- или контрастная ирригоскопия (с сульфатом бария) с диагностической и лечебной целью.

При обнаружении инвагината выполнялась консервативная дезинвагинация аппаратом Ричардсона путём нагнетания воздуха под давлением 130-140 мм рт.ст. под рентгеноскопическим контролем. У 113 больных

консервативная дезинвагинация увенчалась успехом.

Оперирован 71 ребенок: в сроки до 6 часов от начала заболевания – 12 (16,9%), 7-12 часов – 17 (23,9%), 12-24 часов – 18 (25,4%), спустя более 24 часов от начала болезни – 24 (33,8%). Показаниями к операции у 18 детей были: нерасправившийся инвагинат, у 53 – позднее поступление (при наличии признаков некроза инвагината и перитонита). Резекция кишечника с наложением энтеро-энтероанастомоза «бок в бок» вследствие некроза кишечника выполнена 3 больным. 1 больному из-за невозможности наложения межкишечного анастомоза установлена концевая энтеростомия. Остальным 67 пациентам из-за отсутствия некробиотических изменений произведена оперативная дезинвагинация (у 27 с аппендэктомией). Летальных исходов не было.

Таким образом, консервативная дезинвагинация у детей (при отсутствии признаков некроза инвагината и перитонита), помогла избежать хирургического вмешательства, а следовательно уменьшить риск развития послеоперационных осложнений.

4. Вопросы профилактики осложнений при анестезиологическом и реанимационном пособиях**Сравнительная оценка параметров электроэнцефалографии при комбинированной общей анестезии промедолом у детей**

Агзамходжаев Т.С., Исмаилова М.У.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель работы — сравнительный анализ показателей ЭЭГ при различных вариантах комбинированной общей анестезии промедолом у детей.

Материал и методы. ЭЭГ проведена у 30 детей в возрасте от 3 до 14 лет, оперированных по поводу врожденного вывиха бедра и воронкообразной деформации грудной клетки. Тяжесть состояния больных соответствовала II-III степени по ASA.

Больные были разделены на две группы. 15 пациентов 1-й группы служили контролем, 15 больных составили основную группу. Все пациенты получали стандартную премедикацию. В 1-й группе индукция осуществлялась внутривенным введением оксибутирата натрия 20% 100 мг/кг, промедола 2% 2 мг/кг. После введения миорелаксанта и преоксигенации все пациенты переведены на механическую вентиляцию в режиме IPPV. Для поддержания адекватности анестезии вводили промедол 2% 1мг/кг, оксибутират натрия 20% 50 мг/кг. Во 2-й группе для индукции вводили пропופол 1% 2,5 мг/кг, промедол 2% 2мг/кг, аркурон 0,2% 0,06 мг/кг. Для поддержания анестезии вводили пропופол 1% 100-150 мкг/кг/мин через линеомат и промедол 2% 1 мг/кг. В течение анестезии проводили стандартный мониторинг: измерение сатурации, ЧСС, АД неинвазивным способом. Всем пациентам было проведено электроэнцефалографическое исследование на дооперационном этапе для оценки общемозговых изменений и возрастных особенностей коркового ритма. Запись ЭЭГ проводилась в операционной после премедикации, после индукции, в наиболее травматичный момент и в конце операции. Средняя продолжительность операции 120 ± 14 мин.

Измерение биоэлектрической активности головного мозга проводили на 6-канальном чернильно-пишущем электроэнцефалографе «EEG 8S» (Medicor, Венгрия). ЭЭГ записывали при скорости движения ленты 30 мм/сек. Применяли монополярную регистрацию по 6-канальной схеме (Fp 1-RF, Fp 2-RF, T 3-RF, T4-RF, O 1-RF, O 2-RF) с лобно-полюсных, височных и затылочных областей правого и левого полушария. Электроды фиксировали вокруг головы резиновым ремешком. С целью верификации α -ритма при регистрации фоновой активности во время бодрствования до анестезии применяли тест на реакцию активации (световая стимуляция-открытие глаз).

Анализ результатов пациентов, перенесших общую анестезию, позволяет сопоставить стадии анестезии с изменениями спектральной мощности электроэнцефалограммы.

Выводы. 1. Рассматриваемые различные варианты комбинированной общей анестезии промедолом обеспечивают достаточно эффективную защиту детского организма от операционной травмы. 2. Интраоперационное изменение показателей ЭЭГ при проведении комбинированной общей анестезии промедолом с использованием оксибутирата натрия свидетельствует о том, что оксибутират натрия вызывает анестезию без глубокой первичной депрессии нервных центров и выраженных нарушений вегетативной регуляции. 3. Результаты ЭЭГ исследования при проведении комбинированной общей анестезии промедолом с использованием пропопола не вызывает значительного торможения биоэлектрической активности коры головного мозга.

Реперфузионное осложнение при остром коронарном синдроме с элевацией сегмента ST

Аляви А.Л., Кенжаев М.Л., Хаитов С.Ш., Кенжаев С.Р.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Материал. В исследование были включены 125 больных с ОКСнST в возрасте $56,4 \pm 1,2$ года, подвергшихся реперфузии миокарда (72 (57,6%) первичная ЧКВ, 53 (42,4%) — тромболитическая терапия) в течение $4,5 \pm 0,3$ ч от начала болевого синдрома.

Результаты. По данным РНЦЭМП, у 86% больных при открытии коронарной артерии в первые 6 ч ОИМ были зарегистрированы различные виды РА, наиболее частыми из которых были желудочковая экстрасистолия (42,8%), синусовая брадикардия (40%) и фибрилляция желудочков (11,4%). При возникновении фибрилляции желудочков проводили немедленную дефибрилляцию электрическим разрядом от 4 до 6 кВ (во всех случаях синусовый ритм успешно восстанавливался после первого разряда).

Наши наблюдения показали, что реперфузия миокарда у 12 больных с ОКСнST спровоцировала развитие ОЛЖН. В первые 3 часа после реперфузии ОЛЖН III класса (по классификации Киллипа) встречалась у 4 (3,2%) пациентов, ОЛЖН IV класса — у 7 (5,6%). ОЛЖН

при проведении реперфузии миокарда в большинстве случаев носила обратимый характер и с возможностью коррекции с помощью лекарственных средств. У 1 пациента наблюдался феномен no-reflow, несмотря на достижение проходимости коронарной артерии, добиться тканевой перфузии миокарда не удалось. Пациент умер.

Высокая частота развития реперфузионных осложнений, в частности фибрилляции желудочков, которые наблюдаются у каждого десятого больного, требует профилактического лечения реперфузионных аритмий. С этой целью нами был апробирован препарат корвитин (кверцетин, Украина, Боршаговский ХФЗ), потенциально способный защитить миокард от реперфузионного повреждения. Внутривенное применение корвитина за 5-10 мин до начала тромболитической терапии или ангиопластики фактически устранило фибрилляцию желудочков в момент реперфузии, а также снизило частоту реперфузионных аритмий в 1,5-3 раза.

Выводы. Реперфузия миокарда при ОКСнСТ может способствовать развитию угрожающих жизни аритмий, ОЛЖН, феномена no-reflow, которые усложняют течение заболевания. Профилактика неблагоприятных клинических проявлений реперфузионного синдрома

требует готовности к проведению реанимационных мероприятий, контроля сердечного ритма и артериального давления и профилактической фармакологической защиты миокарда от реперфузионного повреждения.

Анализ диастолической функции левого желудочка у больных с постинфарктной аневризмой сердца

Аляви А.Л., Назарова М.Х., Кенжаев М.Л.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель исследования — изучение исходных параметров нарушений диастолической функции левого желудочка у больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) при формировании острой аневризмы сердца.

Материал и методы. В исследование были включены 93 больных с диагнозом ОИМ, осложненным аневризмой левого желудочка. Больные были в возрасте от 32 до 82 лет, средний возраст $57,18 \pm 1,29$ года. Лиц мужского пола было 89,7%, женского — 10,3%. Контрольную группу составили больные 20 больных с ОИМ без формирования аневризмы сердца в возрасте $60,15 \pm 3,07$ года, сопоставимые по полу, возрасту и массе тела. Эхокардиография и доплер-эхокардиография проводилась по стандартной методике с учетом рекомендаций Американского эхокардиографического общества (ASE). Статистическая обработка данных проводилась на компьютере с помощью программ Excel 7.0. Для каждой серии результатов вычисляли среднее арифметическое (М), стандартное отклонение (σ), ошибку среднего (m). Крите-

рием достоверности служило $p < 0,05$.

Результаты. При оценке трансмитрального кровотока более низкое значение максимальной скорости предсердного наполнения ($p < 0,05$) обнаружено у пациентов с аневризмой ЛЖ. При этом скорости раннего наполнения в двух группах больных были сопоставимы. Поэтому соотношение скоростей было достоверно выше у больных с аневризмой ЛЖ ($p < 0,05$).

Подтверждением этому служит и различие частоты распределения больных в группах в зависимости от типа диастолической дисфункции: у больных со сформировавшейся аневризмой ЛЖ достоверно чаще встречался рестриктивный тип диастолической дисфункции (28% против 5% в группе больных с ИМ без аневризмы ЛЖ, $\chi^2 < 0,05$).

Выводы. Формирование постинфарктной аневризмы ЛЖ ассоциируется с увеличением скорости предсердного наполнения со смещением диастолического наполнения в пользу рестриктивного типа.

Преимущества и недостатки комплекса санационных мероприятий в профилактике бронхолегочных осложнений при пролонгированной ИВЛ

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

Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В.Вахидова

Цель исследования - оценка адекватности и эффективности санационных мероприятий в профилактике бронхолегочных осложнений при проведении ПИВЛ.

Материал и методы. В исследование были включены 57 пациентов, находящихся в 2008-2012 гг. в ОРИТ на ПИВЛ после кардиохирургических и торакоабдоминальных операций (РСЦХ им. акад. В.Вахидова). Всем больным проводилась ПИВЛ в режимах PCV, VCV на аппаратах VELLA и VELLA+ фирмы Viasis. Повреждения слизистой оболочки при аспирации содержимого бронхов при проведении бронхофиброскопии (БФС) оценивали по классификации изменений слизистой оболочки трахеи, предложенной В. Amikam и соавт. (1972).

Результаты. Кровоизлияния на слизистой оболочке в области трахеи (29 больных), бифуркации (34 больных) и правого главного бронха (22 больных) отмечались у 53 (92,9%) больных, находящихся на ПИВЛ и подвергавшихся регулярной санации трахеобронхального дерева с помощью санационного катетера.

Выявлено, что травма слизистой оболочки зависит не столько от формы и материала катетера, сколько от частоты повторяемых аспираций, силы и глубины введения, длительности непрерывной аспирации и степени разрежения. Определено, что наличие хотя бы одного бокового отверстия на дистальном конце катетера существенно уменьшает травмирующий эффект

аспирации, в отличие от катетеров с торцевыми отверстиями, что способствует уменьшению геморрагических осложнений.

Доказано, что аспирация содержимого бронхов при проведении БФС увеличивает эффективность санации и уменьшает травму слизистой оболочки трахеобронхального дерева, неизбежную при многократном введении санационного катетера вслепую.

Определено, что БФС у больных, находившихся на респираторе, устраняет не только воспалительные и обтурационные осложнения, но и предупреждает вентильные нарушения, вызванные неправильным положением интубационной трубки. Слишком глубокое проведение трубки сопряжено с опасностью выключения из дыхания одного легкого (чаще левого), а неглубокое — сопровождается травмированием голосовых связок раздутой манжетой. В сомнительных ситуациях у 7 (12,2%) пациентов БФС позволила точно установить причины неудовлетворительной вентиляции. Кроме того, БФС контроль способствовал мониторингу переносимости ПИВЛ и проведению необходимой трахеостомии у 45 (78,9%) пациентов.

Определено, что по мере увеличения продолжительности интубации значительно возрастает число больных со II и III степенью изменений слизистой оболочки. У 5 (8,7%) больных выраженные изменения трахеальной стенки в области манжетки (II степень)

были обнаружены уже к концу 3-х суток с момента интубации, когда у большинства больных слизистая оболочка была не изменена — 14 (24,5%) или изменена незначительно — 38 (66,6%). На 5-е сутки значительные изменения слизистой оболочки отмечены у 13 (22,8%) больных, на 7-е сутки — уже у 28 (49,1%).

Наряду с этим у 52 больных до 2-3-х суток изменения слизистой оболочки были незначительными или отсутствовали. Незначительными оставались изменения слизистой оболочки у 19 (33,3%) больных и на 5-е сутки ПИВЛ, когда у 7 (12,2%) больных появились уже резкие изменения (III степень). И даже на 7-е и 8-е сутки, когда у большей части больных выявлялись выраженные и резкие изменения слизистой оболочки, у небольшого числа сохранялись признаки лишь незначительно выраженных изменений.

Профилактика тромбоэмболических осложнений ближайшего послеоперационного периода низкомолекулярными гепаринами

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

Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В.Вахидова

В связи с частым формированием тромбозов уже во время операции назначение гепарина в профилактических дозах уже целесообразно в дооперационном периоде за 2-12 часов до операции до полной активации больных. Оптимальным способом профилактики послеоперационных венозных тромбозов является назначение низкомолекулярных гепаринов, которые обладают большей атромбогенной и меньшей антикоагулянтной активностью. Эта способность позволяет снизить угрозу развития тромбозов с меньшим риском возникновения кровотечений.

Клексан — низкомолекулярный гепарин с высоким соотношением содержания факторов анти-Ха и анти Па, он ингибирует тромбокиназу и инактивирует тромбин. В клинических исследованиях клексан зарекомендовал себя как высокоэффективное антитромботическое средство, не оказывающее неблагоприятное действие на коагуляционные тесты и агрегацию тромбоцитов.

Изучено влияние низкомолекулярного гепарина (клексана) на агрегационную способность тромбоцитов у больных, подвергнутых реконструктивным оперативным вмешательствам на органах брюшной полости. Профилактическое применение клексана начинали за 1 час до операции и продолжали в течение 7-10

Выводы. Применение санации трахеобронхиального дерева необходимо для профилактики бронхолегочных осложнений у больных, находящихся на ПИВЛ. Многократные введения санационного катетера вслепую увеличивают травмирующий эффект слизистой трахеобронхиального дерева и способствуют увеличению геморрагических осложнений. Комбинация санационных мероприятий (катетером и БФС) является одним из важных компонентов лечебно-диагностического комплекса у больных, находящихся на ПИВЛ, который не только устраняет воспалительные и обтурационные осложнения, предупреждает вентиляционные нарушения, увеличивает эффективность санации и уменьшает травму слизистой оболочки, но и позволяет проводить эндоскопический мониторинг изменений трахеобронхиального дерева при ПИВЛ.

суток после операции. Больные получали по 40 мг клексана 1 раз в сутки (30) и 20-30 тыс. единиц нефракционированного гепарина в сутки (30). При использовании клексана только у 2 из 30 больных отмечались незначительные гематомы в области операционной раны. У больных, получавших клексан, отмечалось удлинение латентного периода, незначительное снижение степени агрегации и увеличение степени дезагрегации. Хотя при использовании нефракционированного гепарина незначительные раневые гематомы отмечены у 6 из 30 больных, достоверных изменений агрегационной способности тромбоцитов не выявлено. При использовании как нефракционированного гепарина, так и клексана тромбоэмболических осложнений не наблюдалось.

Таким образом, профилактическое применение нефракционированного гепарина предупреждает развитие тромбоэмболических осложнений, но сопровождается более выраженной кровоточивостью. Клексан, эффективно предупреждая развитие тромбоэмболических осложнений, в редких случаях дает кровоточивость и может быть успешно применен для профилактики тромбоэмболических осложнений ближайшего послеоперационного периода.

Комбинированная эпидуральная анестезия при абдоминальных операциях у детей

Бегматов Г.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель работы - оценка эффективности анестезиологической защиты ребенка с помощью комбинированной эпидуральной анестезии (ЭА) при абдоминальных операциях.

Материал и методы. Изучение проведено у 40 (1-14 лет) детей на основных этапах анестезии и операции. 1-я группа — ЭА лидокаином (1-2% 5-7 мг/кг) и в/в введением промедола (1-2% 0,15-0,2 мг/кг) в сочетании с кетамин (0,5% 2-3 мг/кг) и оксибутиратом натрия (20% 100 мг/кг), 2-я группа — ЭА лидокаином в сочетании с кетамин и оксибутиратом натрия.

Исследовали показатели центральной (АДс, АДд,

АДср) и периферической (ЧСС) гемодинамики на аппарате ЭхоКГ (Япония), сатурацию кислородом (SpO₂).

Результаты и обсуждение. У больных 1-й группы в течение первого часа операции отмечалась тенденция к относительноному снижению АД. Показатели системной гемодинамики оставались стабильными в пределах умеренной гипердинамии кровообращения: АД 95-105 мм рт.ст. ЧСС 100-130 в 1 мин. Значения SpO₂ оставались на уровне 100%. Нарушения сердечного ритма, признаков ишемии миокарда на ЭКГ не отмечалось.

У больных 2-й группы состояние системной гемодинамики на всех этапах операции оставалось также ста-

бильным. Значения АД находились в пределах 75-85 мм рт. ст., ЧСС 90-93 в 1 мин. Значения SpO₂ находились в пределах 96-98%. Нарушения сердечного ритма, признаки ишемии миокарда не зарегистрированы.

Выводы. Включение продленной эпидуральной анестезии раствором 1% лидокаина в комплекс комбинированного обезболивания при абдоминальных

операциях повышает уровень антистрессорной защиты, обеспечивает стабильность интраоперационной гемодинамики, позволяет значительно снизить суммарные дозы анестетиков и наркотических анальгетиков в периоперационном периоде, что способствует более быстрому пробуждению больных, раннему прекращению ИВЛ.

Применение фиброоптической интубации трахеи у пациентов с травмой шейного отдела позвоночника в экстренной медицине

Бердиев С.Х., Шаминов У.Э.

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Известно, что у 42% пострадавших с травмой позвоночника и спинного мозга имеются повреждения на уровне шейного отдела, которые сопровождаются выраженным неврологическим дефектом. С учетом современной концепции раннего выполнения декомпрессивно-стабилизирующих оперативных вмешательств становится все более актуальным вопрос о необходимости выполнения интубации трахеи без дополнительной травматизации спинного мозга и усиления неврологического дефицита в момент разгибания шеи при введении эндотрахеальной трубки методом прямой ларингоскопии. Решить эту проблему в отделениях нейрохирургии и вертебрологии помогает широкое внедрение метода фиброоптической интубации трахеи, которая может быть осуществлена через нос или рот под местной анестезией с минимальными неудобствами для пациента.

Цель исследования — изучение возможностей фиброоптической интубации трахеи у пациентов с травмой шейного отдела позвоночника.

Материал и методы. Обследованы 23 пациента в остром и раннем периодах осложненной закрытой травмы шейного отдела позвоночника, полученной в результате ныряния на мелководье (14), дорожно-транспортных происшествий (6), падения с высоты (3).

Результаты. Компрессия и ушиб спинного мозга были диагностированы у 20 больных, частичный перерыв — у 3. Всем пациентам перед выполнением декомпрессивно-стабилизирующих оперативных вмеша-

тельств при наличии фиксации шейного отдела позвоночника воротниками шанца после стандартной премедикации под местной анестезией в положении на спине при сохраненном сознании и спонтанном дыхании осуществляли фиброоптическую интубацию трахеи при помощи фиброскопа для исследования верхних дыхательных путей «Pentax» FB-18V и стандартных эндотрахеальных трубок № 8-9.

У всех 23 пациентов с травмой шейного отдела позвоночника фиброоптическая интубация трахеи была осуществлена успешно. У 22 пациентов был применен доступ через рот, у 1 — через нос (из-за наличия шинированного перелома нижней челюсти). У 19 больных визуализация голосовых связок была удовлетворительной, и интубация трахеи была осуществлена с одной попытки, у 3 была затруднена из-за высокого расположения голосовой щели, у 1 — из-за избыточной саливации и выраженной контактной кровоточивости слизистой оболочки гортани и глотки, что требовало осуществления 1-2 повторных попыток интубации (3). Случаев усиления неврологического дефицита и повреждений органов шеи не отмечено.

Выводы. Применение фиброоптической интубации трахеи является методом выбора у пациентов с травмой шейного отдела позвоночника. Он позволяет минимизировать риск общей анестезии, ятрогенных повреждений органов шеи и дополнительной травматизации костными фрагментами спинного мозга.

Стратегия предоперационной подготовки при основных сердечно-сосудистых заболеваниях

Верткин А.Л., Мамасолиев Н.С., Бекбулатова С., Сайитжонов Л.С.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Российский государственный стоматологический медицинский университет

Нами разработана стратегия и алгоритмы подготовки больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), которые могут использоваться при плановых и экстренных оперативных вмешательствах. Так, стратегия предоперационной подготовки больных с ИБС включает ЭКГ, холтеровское мониторирование, ЭКГ с нагрузкой, дипиридамол, таллиевое сканирование, определение фракции выброса левого желудочка и коронарную ангиограмму.

Соответственно выявленным изменениям реализуется программа лечения и обследования: назначение β-адреноблокаторов, статинов, контроль гликемии, прием аспирина кардио, прекращение курения за 3 недели до операции, мониторирование ЭКГ в течение 72 часов, в том числе предоперационно, и поддержание уровня гемоглобина на уровне не менее 100 г/л. При наличии артериальной гипертензии (АД более

180/100 мм рт.ст. высокий риск) во время операции у пожилых пациентов не следует допускать снижения АД более чем на 30% от исходного. Согласно алгоритму, при наличии у пациента хронической сердечной недостаточности рекомендуется отложить операцию до улучшения функционального класса сердечной недостаточности.

При нарушении ритма и проводимости реализуется следующая стратегия предоперационной подготовки больных с ИБС. 1) редкие экстрасистолы без ишемии и недостаточности кровообращения не расцениваются как фактор риска и не требуют терапии; 2) желудочковые экстрасистолы более 3 в мин — фактор риска, эти больные нуждаются в антиаритмической терапии; 3) мерцательная аритмия при нормосистолии не сопровождается усилением риска; 4) при синдроме слабости синусового узла или брадикардии с

обмороками и головокружением – временный ЭКС; 5) при атриовентрикулярной блокаде III степени – ЭКС.

Профилактика инфекционного эндокардита (ИЭ) осуществляется с учетом степени высокого (ИЭ в анамнезе, клапанный протез, врожденные пороки синего типа, открытый аортальный порок, с регургитацией, коарктация аорты и ятрогенный аортопульмональ-

ный шунт), умеренного (пролапс митрального клапана (ПМК) с регургитацией, митральный стеноз, трикуспидальный стеноз, ГМЖП, бикуспидальный аортальный клапан) и низкого риска (ПМК без регургитации, высокий дефект МПП, АКШ в анамнезе и ревматические поражения сердца без клапанной дисфункции).

Терапия ангиоспатических осложнений при нарушении мозгового кровообращения

Гафуров Б.З., Пахмурин И.Р., Каримахунова Н.Х., Юлдашев У.Т.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижанский филиал РНЦЭМП

Проблема ангиоспазма, сопровождающего острые нарушения мозгового кровообращения, может быть решена с помощью нимотопа, имеющего показания к применению как при субарахноидальном кровоизлиянии, так и при острой ишемии мозга, в чём и проявляется его универсальность. Обладая спазмолитической активностью, нимотоп ускоряет восстановление нормального тонуса сосудов и кровообращения в зоне сосудистого спазма, улучшая кровоснабжение ткани мозга, оказывая нейропротективное действие. Следует отметить, что специфическая особенность нимотопа, отличающая его от других калиевых блокаторов, состоит в том, что его спазмолитическое действие на сосуды мозга намного сильнее, чем на периферические и коронарные сосуды.

В неврологическом отделении АФ РНЦЭМП в 2011 г. наблюдался 741 пациент с различными формами ОНМК: 51 (6%) — с геморрагическим инсультом, 11 (1,48%) — с субарахноидальным кровотечением, 538 (73,95%) — с ишемическим инсультом, 141 (19,02%) — с преходящим нарушением мозгового кровообращения. В комплексном лечении 284 (38,32%) больных в отделении нейрореанимации нимотоп как средство, обладающее вазоактивной спазмолитической активностью, был применён у 25 (8,8%) из них, в том числе

при ишемическом ОНМК у 15 (5,3%), при субарахноидальном кровоизлиянии — у 10 (3,5%).

В связи с особенностями дозированного введения данного препарата и необходимостью непрерывной инфузии использовали шприцевой дозатор-инфузомат ЮСП-100 со скоростью введения 1 мг в час в общей дозировке 10 мг сутки в коинфузии с физиологическим раствором через трёхходовой клапан МХ 521 MEDEX, предварительно установив катетер в центральную вену с целью профилактики флебита. Процедура проводилась в течение 5 дней с последующим переходом на энтеральное введение препарата (через назогастральный зонд). Контрольная группа — 20 больных с геморрагическим и 20 больных с ишемическим инсультами, лечение которых проводилось традиционными методами и средствами.

Результаты. У больных основной группы досуточная летальность снизилась на 23%, общая летальность составила 2,5%, что позволяет рекомендовать данный препарат для профилактики неблагоприятного течения инсультов с формированием обширных инфарктов мозга.

Благодаря универсальной селективности нимотопа можно применять на ранних этапах оказания интенсивной терапии, ещё до установки окончательного типа нарушения мозгового кровообращения.

Влияние седативных препаратов на внутричерепное давление и системную гемодинамику у больных с черепно-мозговой травмой

Дадаев Х.Х., Юлдашев Ф.А., Красненкова М.Б.

РНЦЭМП, ТашиУВ

Цель исследования — оценка влияния седативных препаратов на внутричерепное давление (ВЧД) у больных в остром периоде ЧМТ при проведении ИВЛ.

Материал и методы. проведено проспективное изучение результатов лечения 25 пациентов с изолированной тяжелой ЧМТ (уровень угнетения сознания по шкале ком Глазго составлял 4-8 баллов). Средний возраст пациентов 35±16 года. Мужчин было 19, женщин — 6. Все больные оперированы по поводу интракраниальных гематом. Всем больным проводилась послеоперационная аналгезия морфином в дозе 0,02-0,04 мг/кг/ч. В зависимости от метода послеоперационной седации больные разделены на 2 группы: 1-я группа (12) инфузия 1% раствора пропофола в дозе 2-3 мг/кг/ч, 2-я группа (13) инфузия Дормикума (Мидазолам) в дозе 0,1-0,3 мг/кг/ч.

Мониторинг включал постоянную регистрацию артериального давления, (систолического, диастолического, среднего), частоты сердечных сокращений (ЧСС), ЦВД. Мониторинг внутричерепного давления осуществ-

лялся через дренаж в боковом желудочке головного мозга тонометром низких давлений ТН_01 фирмы «Тритон» (Екатеринбург, Россия). Адекватность седации оценивали согласно ричмондской шкале оценки ажитации и седации (Richmond agitation and sedation scale). Мониторинг всех показателей осуществлялся в течение первых суток с интервалом 3 часа.

Результаты. Полученные результаты свидетельствуют о стабильности внутричерепного давления, показателей системной гемодинамики (систолического, среднего артериального давления) и церебрального перфузионного давления при использовании пропофола и мидазолама для аналгоседации в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы. Оба препарата снижают ВЧД в среднем на 7-8 %, влияние на артериальное давление более выражено у пропофола, особенно при болюсном введении.

Закключение. Пропофол и мидазолам снижают внутричерепное давление и могут применяться для седации в остром периоде черепно-мозговой травмы.

Особенности спинально-эпидуральной анестезии при операциях в травматологии

Джумаев Ф.Ф., Шамуродов А.Б., Худойбердиев П.К.

Навоийский филиал РНЦЭМП

В 2009-2011 гг. проведено 167 экстренных травматологических операций, при которых использована регионарная анестезия: эпидуральная — у 45 (27,0%), спинномозговая — у 122 (73,0%). Функциональный статус пациентов — II-III степени по классификации ASA. Больные были в возрасте 18-70 лет. Женщин было 62 (37,1%), мужчин — 105 (62,8%). У 20 (11,9%) была ишемическая болезнь сердца, у 18 (10,7%) гипертоническая болезнь, у 4 (2,3%) — заболевания органов дыхания (ХОБЛ, бронхиальная астма). Смертных случаев во время анестезии не было. У 17 (10,1%) больных наблюдалась гипотензия.

Всем больным была проведена стандартная премедикация: за 30 мин до начала операции инъекция транквилизатора (седуксен 0,1-0,15 мг/кг), холинолитика (атропин до 1 мг). После премедикации проводили инфузию до 1200 мл (10-15 мл/кг массы тела) кристаллоидных и коллоидных растворов в соотношении 2:1. В положении больного сидя в выбранном межостистом промежутке (Th10-Th11, Th11-Th12) пунктировалось эпидуральное пространство иглой (18G) типа Tuohi (набор фирмы "B/Braun", Германия). После проведения тест-дозы 60 мг 2% раствора лидокаина со следами адреналина 1:200000 катетеризировали эпидуральное пространство катетером на высоту до 5 см. Через 5 минут вводили 200 мг лидокаина со следами адреналина 1:200000 и 100 мкг фентанила.

На уровне LI-LII или LII-LIII выполнялась пункция субарахноидального пространства и вводили лидокаин 2% 80 мг и 100 мкг клофелина. Больных переводили в положение Тренделенбурга. Дальнейшая тактика

введения местных анестетиков определялась характером и продолжительностью оперативного вмешательства. Интраоперационную седацию проводили введением дормикума в дозе 0,1-0,2 мг/кг/ч. Всем больным оперативные вмешательства проводились в условиях самостоятельного дыхания с инсуляцией кислорода через маску (4-5 л/мин.).

Анестезия после введения в субарахноидальное пространство лидокаина (до 80 мг) и клофелина (до 100 мкг) наступала через 6-7±0,5 мин, в дальнейшем вводили эпидурально только раствор лидокаина 2% в дозе от 60 до 100 мг. Время первого введения и частота зависели от объема оперативного вмешательства, уровня блокады и показателей артериального давления. В течение операции лидокаин в эпидуральное пространство в дозе 60-100 мг вводили через 15-20 мин после достижения анестезии, а потом, как правило, каждые 30 мин. В послеоперационном периоде у больных, которые обезболивались через эпидуральный катетер (лидокаин 1% - 100 мг 4-5 раз в сут.) отмечен лучший уровень анальгезии (ВАШ - 0-3 балла), чем у больных, у которых обезболивание проводили в/м введением морфина или промедола (ВАШ 2-4 балла). Не отмечено ни одного случая возникновения постпункционной головной боли.

Таким образом, широкое внедрение методов регионарного обезболивания продиктовано современными достижениями анестезиологии, изменениями представлений о патофизиологии боли и комплексном влиянии хирургической травмы на организм человека.

Использование современных методов ВИБЛ у больных с острым нарушением мозгового кровообращения с нарушением дыхательной системы

Джураев И.Б., Рахмонов Б.А., Норкулов М.Я., Шодиев Б.И.

Навоийский филиал РНЦЭМП

Цель — изучение эффективности принудительной ИВЛ и ВИБЛ у больных с ишемическим инсультом.

Материал и методы. В реанимационном отделении Навоийского филиала РНЦЭМП в 2005-2011 гг. наблюдались 617 больных с ишемическим инсультом. В проведении ИВЛ нуждались 134 больных в возрасте от 19 до 90 лет. Мужчин было 90 (66%), женщин — 44 (34%). Аспирация слюной и пищевыми массами до госпитализации наблюдалось у 28 (21%) больных. Респираторные расстройства имели место у 134 больных, которым с целью респираторной поддержки проводилась неинвазивная вспомогательная вентиляция через маску в режиме NPPV A/C, NPPV SIMV, NPPV CPAP.

Все пациенты были разделены на 2 группы: контрольная (64 больных), которым проводилась ИВЛ аппаратами EV 800 и Оксигло 3000 (Драгер) в режиме IPPV с седацией и миоплегией, и основная (70 больных), которым проводилась ИВЛ с помощью аппарата VELA + в различных вспомогательных режимах Volume SIMV, A/C, Pressure SIMV A/C, CPAP). В режимах Pressure AC, Pressure SIMV, уровень поддержки колебался от 10 до 23 см вод.ст. Всем больным проводился мониторинг и оценка АД, ЧСС, САД, SpO₂, ЭКГ,

исследование КОС артериальной крови (аппарат Medica Easy Stat. С 2010 года с целью дифференциальной диагностики стали использовать МСКТ головного мозга. Больным обеих группы ежедневно проводилось небулайзерная терапия, бронхоскопические санации. Снятие с ИВЛ проводилось постепенно с переводом в режим CPAP и BIPAP в течение 4-5 суток. Из 134 больных, нуждавшихся в ИВЛ, 109 на 5-6-е сутки установлена трахеостомическая трубка.

Результаты. В 1-й группе у больных с целью седации использован оксифутират натрия 50-80 мг/кг сибазон, дормикум в дозе 0,1-0,2 мг/кг, аркурон 0,06-0,08 мг/кг. Во 2-й группе использован оксифутират натрия 30-50 мг/кг. сибазон, дормикум в дозе 0,1-0,15 мг/кг. После установки трахеостомической трубки введение седативных средств и миорелаксантов прекращали.

В 1-й группе длительность ИВЛ в среднем составляла 19±1 день, длительность нахождения в реанимационном отделении — 25±1 день, во 2-й группе — соответственно 14±1 и 20±1 день. Несмотря на проводимую интенсивную терапию у 24 (17,9 %) больных отмечался неблагоприятный исход. Причиной этому послужили сепсис — 4 (2,98%), нозокомиальная пнев-

мония — 6 (4,47%), ТЭЛА — 5 (3,72%) .

Вывод. Своевременный перевод на ИВЛ больных с ишемическим инсультом, проведение адекватной вспомогательной вентиляции легких физиологичными режимами с помощью современных респираторов

типа Вела+ позволяет улучшить результаты проводимой терапии, снизить расход седативных препаратов и уменьшить длительность пребывания больных в реанимационном отделении.

Применение стрептокиназы у больных с острым инфарктом миокарда

Жуманиязов Д.К., Худайназаров И.А., Машарипов М.С.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Цель — оценка эффективности применения стрептокиназы у больных с острым инфарктом миокарда и изучение наиболее часто встречающихся осложнений.

Материал и методы. Под наблюдением были 19 больных, поступившие в Хорезмский филиал РНЦЭМП с острым коронарным синдромом с подъёмом S-T сегмента. Всем больным в течение 6 часов была проведена тромболитическая терапия, внутривенная инфузия 1,5 млн МЕ стрептокиназы с натрия хлоридом в течение 30-50 минут. Во время тромболитической терапии наблюдали АД, пульс, проводили ЭКГ-

мониторирование.

Результаты. У 17 больных выявлена синусовая тахикардия (ЧСС до 130 уд. в мин.), у 14 — частые желудочковые экстрасистолы. Артериальная гипотензия была у 12 больных. У 2 больных имелась желудочковая тахикардия. Кровотечение как осложнение не наблюдалось.

Выводы. При применении стрептокиназы у больных с острым инфарктом миокарда развиваются такие осложнения, как синусовая тахикардия, желудочковая экстрасистолия, артериальная гипотензия.

Применение урапидила (эбрантил) в лечении пациентов с гипертоническим кризом, осложненным острой левожелудочковой недостаточностью

Зайниев Б.М., Абдурахимов И.А.

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Цель исследования — оценка эффективности применения α -адреноблокатора урапидила (эбрантила, Nycomed). Под наблюдением были 49 больных обоего пола, поступившие в отделение реанимации с гипертоническим кризом, осложненным острой левожелудочковой недостаточностью (сердечная астма, отек легких). Больные рандомизированы на две группы: 24 пациентам 1-й группы проводилась стандартная терапия с применением кислорода, фуросемида, морфина и нитроглицерина в инъекционной форме. У 25 больных 2-й группы на фоне стандартной терапии использовали урапидил.

При поступлении уровень АД, содержание лактата в сыворотке крови и сдвиг буферных оснований (BE) у больных, получавших урапидил (Эбрантил) были значительно ниже, чем у пациентов 1-й группы. Так, уровень САД составлял 156 ± 30 мм рт.ст. (178 ± 33 мм рт.ст.; $p=0,0002$); ДАД — 83 ± 17 мм рт.ст. (94 ± 19 мм рт.ст.; $p=0,001$); уровень лактата в сыворотке венозной крови от $2,2 \pm 1,6$ ммоль/л до $3,9 \pm 2,7$ ммоль/л ($p=0,0001$); BE $1,8 \pm 3,9$ ($4,3 \pm 1,7$; $p=0,0005$). Уровень PO_2 и pH крови у больных получавших урапидил был зна-

чительно выше, чем в группе пациентов леченных нитроглицерином, (PO_2 соответственно 76 ± 24 мм рт.ст. и 65 ± 18 мм рт.ст.; $p=0,036$; pH — $7,33 \pm 0,08$ и $7,29 \pm 0,09$; $p=0,042$). Через 6 ч различий между двумя группами не наблюдалось. При снижении АД и стабилизации работы сердца на фоне лечения эбрантилом отмечалась положительная динамика клинической картины заболевания, проявившаяся уменьшением одышки, количества влажных хрипов в легких и частоты дыхания. Эти изменения подтверждались результатами оценки кислородного обеспечения организма — уровень pO_2 артериальной крови начал повышаться с 78% при масочной подаче кислорода и достиг уровня адекватной оксигенации крови в фазе быстрого введения препарата (до уровня pO_2 90%) с последующим улучшением (достижение 97%) при стабилизации гемодинамики

Вывод. Более выраженное снижение АД в группе больных, принимавших урапидил (эбрантил). Следовательно, урапидил (эбрантил) является достойной альтернативой нитроглицерину в лечении пациентов с гипертоническим кризом, осложненным отеком легких.

Актуальные аспекты реперфузионной терапии в остром периоде ишемического инсульта

Захидов А.Я.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Достигнутые за последние годы успехи в уточнении патогенетических механизмов развития ишемического инсульта позволили определить основную стратегию патогенетической терапии в остром периоде болезни — улучшение перфузии ткани мозга путем ранней медикаментозной и хирургической реканализации окклюзированного сосуда. Стратегия ранней реканализации позволяет предотвратить или минимизировать объем и тяжесть поражения головного мозга и транслируется в клинику в виде значительного уменьшения неврологического дефицита у больных с

ИИ (Верещагин Н.В с соавт. 2002.; Суслина З.А. 2005; Wardlaw J.M., Warlow C.P. 1996).

В настоящее время имеется три пути реканализации окклюзированного сосуда: тромболитическая терапия, эндалтерэктомия и тромбэктомия, ангиопластика и стентирование.

Согласно рекомендациям Европейской инициативной группы по проблеме инсульта (2003) и Американской инсультной ассоциации, одним из эффективных методов ранней реканализации при ИИ является тромболитическая терапия (ТЛТ), проводимая в усло-

виях «терапевтического окна». Сегодня имеются результаты многочисленных мультицентровых исследований, посвященных проблемам ТЛТ при ИИ. Результаты этих исследований показали эффективность и безопасность ТЛТ при ИИ в условиях «терапевтического окна», что явилось основанием для широкого применения ТЛТ при ИИ (Guidelines for the Early Management of Patients with Ischemic Stroke 2005 Guidelines Update, 2005, European Stroke Initiative Recommendations for stroke Management - Update 2003).

В условиях РНЦЭМП тромболитическая терапия в условиях «терапевтического окна» проведена 40 больным с ишемическим инсультом, 20 из них осуществлена системная тромболитическая терапия, 20 интраартериальная тромболитическая терапия с применением препарата стрептокиназы. Степень реканализации при системной тромболитической терапии составила 45%, а при интраартериальной тромболитической терапии — 75%. Полученные предварительные результаты свидетельствуют о том, что интраартериальная тромболитическая терапия с применением стрептокиназы является эффективным и безопасным методом.

В настоящее время каротидная эндартерэктомия прочно вошла в клиническую практику в качестве стандартного метода первичной или вторичной профилактики ИИ (Покровский А.В., 2003; Шевченко Ю.Л. и др. 2004; Peter R.D., Humphrey P., Moore S., 2000; Thomas D., Goldstone J., 2000;). Вместе с тем весьма перспективным представляется каротидная эндартерэктомия (и тромбэктомия) при ишемическом инсульте по экстренным неотложным показаниям. В настоящее время имеется немного количество работ, посвященных проблемам экстренной каротидной эндартерэктомии (и тромбэктомии), а приводимые в них данные противоречивы (Greenhalgh R.M., Gertler J.P., 2004).

В условиях РНЦЭМП сегодня каротидная эндартер-

эктомия по экстренным и неотложным показаниям осуществлена 50 больным с ишемическим инсультом в остром периоде заболевания, причем, в двух случаях каротидная эндартерэктомия и тромбэктомия. Предварительные результаты показывают, что каротидная эндартерэктомия (и тромбэктомия) по экстренным и неотложным показаниям является высокоэффективным и безопасным методом.

Что касается ангиопластики и стентирования при гемодинамически значимых стенозах магистральных артерий головы, то они становятся стандартным методом первичной или вторичной профилактики ишемического инсульта и в какой-то мере альтернативой каротидной эндартерэктомии во многих нейрососудистых центрах мира (Антонов Г.И. и др. 2004; Higashida R.T. et al., 2004; Gonzalez A. et al., 2007). Вместе с тем, весьма перспективным представляется ангиопластика и стентирование при ИИ по экстренным неотложным показаниям. Несмотря на то, что при остром инфаркте миокарда — заболевании, имеющим ряд общих черт с ишемическим инсультом, одним из эффективных способов, ставшим стандартным способом лечения, является экстренная баллонная ангиопластика и стентирование пораженной коронарной артерии, то проблемам ангиопластики и стентирования при ИИ по экстренным и неотложным показаниям на сегодняшний день посвящены единичные работы (Zaidat O.O. et al., 2008; du Rochemort R. et al., 2008; Nguyen T. 2009; Levy E.I. et al., 2010). В РНЦЭМП мы имеем первый опыт ангиопластики и стентирования внутренней сонной артерии по экстренным и неотложным показаниям.

В целом результаты исследований показали эффективность и безопасность современных методов реканализации (тромболитической терапии, каротидной эндартерэктомии и тромбэктомии, ангиопластики и стентирования) в остром периоде ИИ.

Геморрагические осложнения интраартериальной тромболитической терапии у больных с ишемическим инсультом

Захидов А.Я., Мубараков Ш.Р.
РНЦЭМП, ТашИУВ

Одним из приоритетных направлений в интенсивной терапии ишемического инсульта (ИИ) является стратегия ранней реканализации с применением тромболитической терапии (ТЛТ). Многочисленными исследованиями показана высокая терапевтическая эффективность ТЛТ, проводимой в условиях «терапевтического окна». Однако стратегия ранней реканализации диктует необходимость тщательного учета показаний и противопоказаний к проведению ТЛТ, что связано с частыми геморрагическими осложнениями, частота которых колеблется от 8 до 70%.

Цель исследования — уточнение эффективности и оценка риска геморрагических осложнений интраартериальной тромболитической терапии при ИИ.

Материал и методы. Обследованы 22 больных с ишемическим инсультом, поступивших в РНЦЭМП в период 3-6 часового «терапевтического окна». На основе оценки клинико-неврологического статуса с топической диагностикой у 21 пациента установлено ОНМК в бассейне СМА, у 1 — ОНМК в вертебробазилярном бассейне. Всем больным при поступлении и в динамике проводились КТ исследования на аппарате СТ

“AURA” 2002 фирмы “Philips”. С целью уточнения клинического подтипа ишемического инсульта проведено комплексное УЗ-исследование с включением ультразвуковой доплерографии (УЗДГ), транскраниальной доплерографии (ТКДГ) и эхокардиографии (ЭхоКГ).

Для ИАТТ проводилась традиционная церебральная ангиография путем пункции общей бедренной артерии по методу Сельдингера. Выполнялась катетеризация проксимальных отделов внутренних сонных и позвоночных артерий, и болюсно, в течение 60 секунд вводилось 50 тыс. Ед стрептокиназы, в последующем осуществлялась инфузия 100–300 тыс. Ед стрептокиназы в течение 30 минут. Дозировка стрептокиназы устанавливалась на основе контрольных ангиографий на фоне введения стрептокиназы. При достижении реканализации окклюзированной артерии введение стрептокиназы прекращалось. Динамика в неврологическом статусе у обследованных больных до и после ИАТТ оценивалась по шкалам NIHSS, Ренкина и Glasgow.

Результаты и обсуждение. КТ-исследования в момент поступления больных выявили отсутствие органических изменений в головном мозге, что еще раз

свидетельствует о том, что все больные поступили в период «терапевтического окна». По данным комплексного ультразвукового обследования (УЗДГ, ТКДГ, ЭхоКГ) у 17 больных установлен атеротромботический, а у 5 — кардиоэмболический вариант ИИ.

Клинически после ИАТТ у 16 (72,7%) больных отмечалась положительная динамика в виде прояснения сознания, восстановления чувствительности и активных движений в парализованных конечностях разной степени выраженности. Причем у 5 больных неврологическая симптоматика полностью регрессировала. Анализ результатов показал улучшение в неврологическом статусе при оценке средних баллов по шкале NIHSS на 46,9% (с 14,7 до 7,8 балла; $p < 0,001$), по модифицированной шкале Ренкина на 43,8% (с 4,36 до 2,45 балла; $p < 0,001$), при оценке уровня сознания по шкале Glasgow также отмечается тенденция к улучшению на 16,6% (с 11,45 до 13,27 балла; $p < 0,05$).

У 4 больных на контрольной КТ головного мозга выявлена геморрагическая трансформация ишемического очага. Причем, во всех случаях геморрагическая трансформация протекала асимптомно по типу малых пердиapedезных или паренхимальных гематом объемом до 5 см³. Однако несмотря на это, в неврологическом статусе у этих больных отмечалась положительная динамика.

Таким образом, стратегия ранней реканализации путем ИАТТ является одним из эффективных методов интенсивной терапии ИИ. Результаты проведенных исследований дают основание заключить, что асимптомная геморрагическая трансформация ишемического очага в виде небольших петехиальных или паренхимальных кровоизлияний после ИАТТ является следствием реперфузионного синдрома и может служить маркером эффективности тромболитической терапии.

Интраоперационные и послеоперационные осложнения чрескожной дилатационной трахеостомии

Захидов А.Я., Сатаров Х.И., Юлдашев Ф.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель исследования — анализ интра- и послеоперационных осложнений чрескожной дилатационной трахеостомии.

Материал и методы. В 2003-2011 гг. в отделении терапевтической реанимации РНЦЭМП чрескожная дилатационная трахеостомия (ЧДТ) по методике Griggs установлена 500 больным, которые находились на пролонгированной ИВЛ в связи с тяжелыми формами пневмонии, ОРДС, ОНМК и ЧМТ с выраженными проявлениями глоссофаринголарингеального пареза с нарушением дренажной функции легких. Использовали набор фирмы "SIMS Portex Ltd" (Великобритания). ЧДТ осуществлена следующим образом. В проекции промежутка между I и II либо II и III кольцами трахеи проводили горизонтальный разрез кожи длиной 1-1,5 см. В зоне разреза иглой-канюлей со шприцем, заполненным жидкостью, пунктировали трахею с последующей верификацией попадания иглы в трахею по появлению воздуха в шприце. Затем через канюлю в трахею вводили проводник. По проводнику бужировали отверстие в трахее. Через проводник при помощи расширителя Ховарда-Келли дилатировали отверстие в трахее. Затем по проводнику в трахею устанавливали трахеостомическую трубку.

В отдельных случаях при осуществлении трахеостомии методика ЧДТ была модифицирована. Так, у больных с достаточно короткой и толстой шеей, когда весьма трудно определить место расположения перешейка щитовидной железы и, пунктировав трахею,

установить чрескожно трахеостомическую трубку. В этом случае после разреза кожи и подкожной клетчатки с рассечением поверхностной мышцы шеи до глубокой фасции тупым путем раздвигали мягкие ткани и определяли ширину перешейка щитовидной железы. При выявлении нижнего ее края тупо отделяли ее от трахеи и смещали кверху. После обнажения трахеи осуществляли ее пункцию. В дальнейшем установление трахеостомической трубки производили по описанной схеме.

Результаты. У 90 (18%) в послеоперационном периоде развивались воспалительные изменения в области трахеостомической трубки. Трахеопищеводные свищи сформировались у 7 (1,4%) больных. Следует особо отметить низкий процент такого достаточно частого осложнения при традиционной трахеостомии, как пострахеостомический стеноз трахеи, который развился лишь у 5 (1%) пациентов, что было связано с развитием язвенно-некротического трахеита в области надувной манжетки. Что касается интраоперационных осложнений, то наиболее часто констатировали небольшие кровотечения из мелких сосудов при выполнении ЧДТ - у 50 (10,0%) больных.

Таким образом, чрескожная дилатационная трахеостомия по методике Griggs малоинвазивна, менее травматична и достаточно безопасна. Накопленный опыт позволяет рекомендовать чрескожную дилатационную трахеостомию в качестве альтернативы традиционной трахеостомии.

Частота и виды осложнений при проведении эндоваскулярных методов лечения острого инфаркта миокарда

Зияев Ю.Н., Маджитов Х.Х., Алимов Д.А. Пайзиев Ж.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель работы — определение частоты и видов осложнений при проведении эндоваскулярных методов лечения пациентов с острым инфарктом миокарда.

Материал и методы. Под наблюдением в отделении ангиографии РНЦЭМП в 2010-2011 гг. находились 2015 больных, ТЛБАП выполнено 118, стентирование 676. Несмотря на то, что методика ТЛБАП и стентиро-

вания коронарных артерий постоянно развивается, совершенствуются инструменты, разрабатываются высокоэффективные методы фармакологической поддержки процедуры, уточняются показания к ее проведению, они всегда сопряжены с высоким риском осложнений. К наиболее значимым из них относятся смерть, экстренная операция АКШ, выраженные дис-

секции коронарных артерий, тромбоз стента, асистолия и фибрилляция сердца, дистальная эмболизация и др. В нашей практике мы также наблюдали некоторые осложнения, описанные в литературе.

Важнейшей профилактической мерой, направленной на снижение риска осложнений, является стандартизация процедуры и соблюдение положений международных рекомендаций. Самым частым осложнением были гематомы в месте пункции бедренной артерии, что связано с проводимой стандартной антикоагулянтной, антитромбоцитарной и тромболитической терапией больным с острым инфарктом миокарда.

У 16 (2,0%) пациентов наблюдался феномен «no reflow», у 14 (1,7%) – дистальная эмболизация, у 6 (0,7%) – фибрилляция желудочков или асистолии, у 2 (0,25%) – подострый тромбоз стенки. Смерть наступила у 2 (0,25%) больных.

ла у 2 (0,25%) больных.

Анализ осложнений показал, что выполнение при остром коронарном синдроме эндоваскулярных вмешательств требует, с одной стороны, соответствующего материального обеспечения и высокопрофессиональной техники катетеризации, с другой, применения в ходе вмешательства опыта и навыков кардиологической реанимации в полном объеме: своевременного дозированного интракоронарного тромболитика, вазодилатации и купирования спазмов; поддержания АД и устранения терминальных нарушений ритма, предупреждения острой левожелудочковой недостаточности и синдрома малого выброса.

Выводы. Строгое соблюдение рекомендаций международных стандартов по проведению ТЛБАП и стентирования коронарных артерий способствует профилактике и снижению количества осложнений.

Изучение эффективности гипертонических растворов при травмах в сочетании с гиповолемическим шоком

Ибрагимов А.А., Худойбердиев С.Н., Кучкарова Ф.А.
Бухарский филиал РНЦЭМП

Цель работы — оценка эффективности и безопасности инфузионной терапии (ИТ) малыми объемами гипертонических растворов (ГР) 7,5 % NaCl в сочетании с препаратами гидроксипропилкрахмала (ГЭК) в дооперационном периоде.

В исследование включены 27 пациентов с различными сочетанными травмами с развитием ГВШ, которые были разделены на две группы. В 1-ю группу вошли 15 больных, которым проведена ИТ с применением кристаллоидных растворов 25,6+5,2 мл/кг. Во 2-ю группу включены 12 пациентов, которым проведена ИТ с применением ГР NaCl 7,5% 5 мл/кг в сочетании с раствором ГЭК стабизолом 12,2±4,2 мл/кг.

В обеих группах общая анестезия проводилась кетамин, дормикомом, фентанилом и миорелаксантами в общепринятой дозировке. Для оценки эффективности терапии проводили постоянный контроль состояния пациента: число сердечных сокращений (ЧСС), артериальное давление (АД), центральное венозное давление (ЦВД), почасовой диурез и другие.

У пациентов 1-й группы на фоне проводимой ИТ

отмечалось снижение ЧСС на 15%, повышение АД на 16,7%, ЦВД на 10,3%, почасовой диурез составил 40 мл/ч. Положительные гемодинамические сдвиги получены после инфузии растворов в среднем 2500±100 мл время ИТ составил 70-80 мин. У пациентов 2-й группы на фоне проводимой ИТ отмечалось снижение ЧСС на 22,3%, повышение АД на 20,7%, ЦВД на 14,2%, почасовой диурез в объеме 45 мл/ч. Положительные гемодинамические сдвиги получены после инфузии 1300±100 мл, время ИТ составило 25-30 мин. В обеих группах клинически отмечалось улучшение микроциркуляции.

Заключение. Инфузия ГР 7,5% NaCl в объеме первичной инфузии 5 мл/кг массы тела у пациентов с ГШ стабилизирует центральную гемодинамику и улучшает микроциркуляцию. Одновременное применение ГР 7,5% NaCl и стабизола повышает осмолярность плазмы крови и онкотическое давление. Внедрение в клинику ГР 7,5% NaCl даёт экономический эффект, сокращая сроки выхода пациента из критического состояния и время пребывания в реанимации.

Пути совершенствования профилактики послеоперационных неврологических осложнений у больных высокого анестезиолого-операционного риска

Изюмова Г.А., Изюмов Д.П., Ибадуллаев З.Р., Сиддиков Ш.С.,
Абдуллаев Х.К., Исаков У.Ш., Курбаньязов Ш.Р.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Цель - создание интегральной концепции прогнозирования острых неврологических осложнений у пациентов высокого анестезиолого-операционного риска.

Материал и методы. Клинические наблюдения проведены у 47 больных, находившихся на лечении в отделениях реаниматологии и экстренной хирургии Хорезмского филиала РНЦЭМП, из них 31 (66%) мужчина и 16 (34 %) женщин. По ASA тяжесть соматического состояния у больных составляла 3 балла. Всем больным проведены клиничко – биохимические, инструментальные, нейрофизиологические обследования. Различия по частоте осложнений определяли

двусторонним критерием Фишера.

Результаты. Послеоперационные осложнения возникли у 39 (83%) больных: после торакальных операций - у 26 (55,3%), абдоминальных - у 13 (27,7%). После операции у 8 (17%) возникли кардиореспираторные нарушения.

Наибольший интерес представляют нарушения кровообращения в центральной нервной системе и возможность их прогнозирования. Нарушения церебральной гемодинамики в послеоперационном периоде наблюдались у 17 (36,2%) больных. Изменения лабораторных данных у 7 (14,9%) больных также свидетельствовали о тяжелых полиорганных нарушениях.

В неврологическом статусе у 11 (23,4%) больных преобладала общемозговая симптоматика, у 3 (6,4%) - угнетение сознания до оглушенности, нарушения психики - у 5 (10,6%). Расстройства настроения в виде раздражительности или апатического состояния наблюдались у 19 (40,4%) больных.

Таким образом, развитие послеоперационных неврологических осложнений объясняется частотой вторичных цереброваскулярных нарушений, состоянием соматического статуса, которое необходимо

учитывать при выборе метода оперативного вмешательства.

Выводы. 1. Организация активного клинического наблюдения и преемственность между реанимационным и хирургическим отделениями являются высокоэффективными методами улучшения результатов оперативного лечения. 2. Уточнение и расширение показаний к профилактике - основной путь снижения числа осложнений и улучшения непосредственных результатов профилактического лечения.

Частота геморрагических осложнений при проведении тромболитической терапии у больных острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST

Кенжаев М.Л., Зияев Ю.Н., Хаитов С.Ш., Аминов А.И., Кенжаев С.Р., Исаханова П.Н.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель исследования — изучение структуры геморрагических осложнений при проведении тромболитической терапии у больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST.

Обследованы 96 больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST, поступившие в отделение кардиологической реанимации РНЦЭМП в течение 6 часов от начала заболевания. Средний возраст больных $57,4 \pm 10,2$ года. Все больные получали системную тромболитическую терапию стрептокиназой в дозе 1500000 ЕД внутривенно в течение 60 мин. С целью выявления геморрагических осложнений проводился контроль клинических симптомов, гемограммы, времени свертывания крови и коагулограммы.

В целом после тромболитической терапии геморрагические осложнения различной степени тяжести наблюдались у 14 (14,6%) больных. У 1 (1,04%) боль-

ного на вторые сутки заболевания развился геморрагический инсульт. Кровотечение из хронической язвы двенадцатиперстной кишки (не требующего гемотрансфузии и хирургического вмешательства) наблюдалось у 1 (1,04%) больного. После тромболитической терапии микрогематурия отмечалась у 2 (2,1%) больных, кровоточивость из десен у 2 (2,1%), подкожные гематомы на местах инъекций у 8 (8,3%). Смертных случаев, связанных с геморрагическими осложнениями, не было.

Выводы. Геморрагические осложнения являются серьезным недостатком тромболитической терапии. Решение о выборе системной тромболитической терапии в качестве реперфузионной процедуры у больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST в каждом отдельном случае должно приниматься с учетом риска кровотечений.

Осложнения двойной антиагрегантной терапии у пациентов после стентирования и возможные пути профилактики

Кенжаев М.Л., Сеитвалиева С.Т., Ганиев У.Ш., Абдижалилова С.И., Умурзакова М.У.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель исследования — определения возможных факторов риска развития осложнений при применении двойной антиагрегантной терапии (ДАТ) и пути их профилактики.

Базой для исследования явились отделения ангиографии, кардиореанимации и неотложной кардиологии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Нами были проанализированы 257 историй болезни пациентов, которым было проведено стентирование КА в с 06.08.2011 г. по 06.01.2012 г. из них 134 (52,1%) больных с диагнозом ИБС прогрессирующая стенокардия, 81 (31,5%) — с ИБС ОКС без подъема сегмента ST и 42 (16,3%) — с ИБС ОКС с подъемом сегмента ST, которые получали ДАТ аспирином и клопидогрелем. Каждый пациент получал нагрузочную дозу клопидогрелем 600 мг и аспирином 150 мг до проведения стентирования и по 75 мг клопидогреля + 75 мг аспирина после стентирования.

На фоне ДАТ кровотечение из ЖКТ отмечалось у 21 (8,1%) больного. У 8 (38%) пациентов имел место уровень СКФ ниже 60 мл/м², кроме того, у 6 из этих больных был СД 2 типа. У 4 (19%) пациентов в анамнезе имелась язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. У 2 (10%) больных регистрировался низкий индекс массы тела менее 20 кг на м², у 7

(33,3%) имелась наследственная отягощенность по язвенной болезни. Также было отмечено, что осложнения на фоне ДАТ в виде кровотечения чаще встречаются у женщин — 12 (57%), чем у мужчин — 9 (43%). Кроме того, кровотечения из ЖКТ чаще регистрировались у лиц пожилого возраста старше 65 лет — 15 (71%) и больных моложе 65 (29%) лет — 7. Из результатов видно, что основными факторами риска являются сниженный уровень СКФ, сниженный ИМТ, наследственная предрасположенность к развитию язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, СД 2 типа и пожилой возраст. К факторам риска развития ЖКТ кровотечений на фоне ДАТ может быть отнесен также женский пол. Риск развития кровотечения возрастает по мере увеличения числа факторов риска.

Таким образом, при наличии хотя бы одного из факторов риска развития желудочно-кишечных кровотечений к стандартному лечению необходимо добавить ингибиторы протонной помпы, всем пациентам необходим расчет скорости клубочковой фильтрации до проведения стентирования. Кроме того, следует обратить внимание на возможности пациента по продолжительному приему ДАТ, если планируется плановая операция в течение 12 месяцев после стентирования.

**Оёқ жарҳатлари шошилинч амалиётида орқа мия анестезияни қўлланилганда
кузатиладиган асоратларини олдини олиш**
Муминов Р.Д., Чўтанов Ю.А., Нуруллаев Н.Н.
РШТЁИМ Сирдарё филиали

2011 йил мобайнида РШТЁИМ СВФ қўшма жароҳатлар бўлимига сон, болдир суякларининг ёпиқ ва очиқ синишлари ташхиси билан ётқизилган 218 нафар беморга амалиёт вақтида орқа мия оғриқсизлантириш ўсули қўлланилди. Шулардан 110 тасида болдир суяклари жароҳати, 70 тасида сон суяги жароҳати, 38 нафарида тизза бўғими жароҳати ва шу жумладан 28 тасида қўшма жароҳатлар аниқланган. Беморларнинг ўртача ёши 42 ёшни ташкил килди. Соматик касалликлардан гипертония касаллиги беморларнинг 25 нафарида, сўрункали обструктив бронхит 2 нафарида қайд этилган.

Операция олди тайёргарлиги ўртача 1-2 сутка давом этган. Бу вақт ичида беморларга посттравматик, постгеморрагик шокка қарши даво муолажалар ўтказилди. Инфузион терапия 10-15 мл/кг миқдорда 15-30 дақиқа мобайнида каллоидлар (реосорбилакт, сорбилакт) ва кристаллоидлар ҳисобига ўтказилди, премедикация хонада аънанавий ўсулда бажарилди. Операция хонасида ангиокатетер Ø G18- 20 қўйилиб, инфузион терапия давом эттирилди. Беморга ҳолат берилиб, асептик шароитда VL3-VL4, VL4-VL5 сатхларда субароҳноидал бўшлиққа Ø G24-25 игна ёрдамида асептик шароитда тушилиб, 80-100 мг лидокаин изобарик эритмаси орқа мия каналига 1мл/дақ тезлигида юборилди. Бемор 10-15 дақиқа кузатилиб вегитатив, мотор, оғриқ субъектив сезгиси камайгач амалиёт

бошланди. Амалиёт 1 соатдан 2 соатгача давом этган. Операция вақтида психоэмоционал зўриқишни олдини олиш ва қалтираш кузатилганда седатация мақсадида сибазон 10 мг в/и юборилди. Инфекцион асоратларни олдини олиш мақсадида амалиётдан олдин антибиотикотерапия бошланди ва амалиёт вақтида ҳам антибиотик қўлланилди.

Амалиёт даврида гемодинамик курсаткичлар кардиоманитор кузатувида булди, АҚБ-120/80-100/60 мм сим. уст, Ps-96-72 та 1дак, НОС -20-16та 1дак, SPO₂ -96-98% оралиғида сақланган.

Орқа мия оғриқсизлантириш ўсули қўлланилган вақтида беморларнинг ҳеч бирида нейротоксик аломатлар кузатилмади, нейровазоплегик, яъни киска муддатли гипотония 5та ҳолатда қайд этилиб, мезатон эртмаси инфузияга кушиш билан АҚБ тургунлаштирилди, операциядан кейинги даврда асоратлар кузатилмади. Бемор операция сунгида АҚБ, НОС мейёрий даражаларда, эс-хуши ўзида кузатув учун ОРИТга олиб тушилди ва 3 соатдан 4соатгача назоратда ушланди, операциядан кейинги оғриқсизлантириш 2 соатгача етди.

Хулоса: Бизнинг амалиётда орқа мия оғриқсизлантириш ўсули шошилинч амалиётларда қўлланилиши амалиёт олди тайёргарлигини кенг қамровли олиб бориш амалиёт вақтида ва ундан кейин кузатиладиган асоратларни олдини олишга имкон яратди.

Интранаркозное восстановление сознания при тотальной внутривенной анестезии
Пахмурин И.Р.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский Государственный Медицинский институт

У некоторых больных в той или иной мере восстанавливается сознание во время операции, несмотря на якобы адекватный уровень общей анестезии. По данным J.A. Ottevaere (2002), инцидентность эпизодов интранаркозного восстановления сознания (ИВС) с болевыми ощущениями составляет приблизительно 1 случай на 3000, а без боли – 3 случая на 1000 общих анестезий. ИВС чаще происходит при поверхностной анестезии у пациентов с гемодинамической нестабильностью в условиях шока, сердечной декомпенсацией, так как эти состояния требуют снижения дозы используемых анестетиков. Часто восстановление сознания наблюдаются при трудной интубации, когда уровень седации недостаточен.

Материал исследования. Нами проанализированы 4 случая ИВС в 2010-2011 гг. из 1225 анестезий, проведенных пациенткам гинекологического отделения. 808 (65,9%) пациентам осуществлен эндотрахеальный наркоз, 417 (34,1%) — внутривенная анестезия. В трех случаях (75%) ИВС отмечалось при выполнении операций по поводу внематочной беременности, в 1 (25%) — при апоплексии яичников. У 2 (50%) больных ИВС сопровождался неприятными воспоминаниями об операционном периоде. Случаев восстановления сознания, которые бы сопровождались болевыми ощущение-

ниями не выявлено. Необходимо отметить, что во всех случаях было тяжелое исходное состояние, обусловленное массивной кровопотерей, в стадии суб- и декомпенсированного геморрагического шока с очень высоким анестезиологическим риском. Введение в анестезию осуществляли по методике crash-индукции кетамин 2-3 мг/кг. В период индукции проводили инфузионную нагрузку растворами ГЭК и кристаллоидами. Интубацию трахеи выполняли после введения фентанила 2-3 мкг/кг и сукцинилхолина 2-2,5 мг/кг. Анестезию поддерживали дробным введением фентанила и кетамина. Необходимо отметить, что в группе больных с компенсированной стадией геморрагического шока, у которых имелась возможность проведения кетамин-пропофоловой анестезии, случаев ИВС не отмечено.

Вывод. При тотальной внутривенной анестезии наркотическими анальгетиками риск восстановления сознания выше, чем при ингаляционной или комбинированной ингаляционной — внутривенной анестезии. Применение сочетанной пропофол-кетаминовой анестезии, существенно сокращающей расход наркотических анальгетиков, позволяет приблизить управляемость такой анестезии к ингаляционной и имеет больше перспективы в плане профилактики ИВС.

Лечебная аналгезия при осложнённых формах инфаркта миокарда

Пахмурин И.Р.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский Государственный Медицинский институт

Лечебная аналгезия при кардиогенном шоке является стандартом лечения, но применение наркотических анальгетиков при нестабильной системной гемодинамике может усугубить картину шока. В связи с этим мы в течение ряда лет мы применяем диагностическую пробу для определения конкретного варианта кардиогенного шока с целью своевременного купирования болевого синдрома при данной нозологии.

Материал исследований. За период наблюдения (2009-2011 гг.) из 625 больных, поступивших в реанимационное отделение с инфарктом миокарда, кардиогенный шок был диагностирован у 158, из них мужчин — 124 (78,49%) женщин — 34 (21,51%). С целью диагностики данная проба была проведена у 125 (79,11%) больных поступивших в шоковом состоянии. У 102 (81,6%) из них диагностирован рефлекторный, у 23 (18,4%) — истинный вариант кардиогенного шока. Общая летальность при данной патологии за период наблюдения составила 8,33% больных. Необходимо

отметить, что досрочная летальность при истинном варианте кардиогенного шока ($n=38$) значительно превышала таковую при рефлекторном варианте ($n=14$) в исследуемом континенте в 2,71 раза.

Закключение. Дифференцированное применение наркотических анальгетиков основано на различном механизме угнетения гемодинамики в условиях различных вариантов кардиогенного шока. Повышение артериального давления после введения вазопрессоров (норадреналин — 0,2 мл, мезатон-0,5 мл на 20,0 мл физиологического раствора, вводимого медленно внутривенно) наблюдается при рефлекторном шоке, что соответственно является показанием к введению наркотических анальгетиков. Отсутствие реакции при проведении фармакологической пробы говорит об истинном варианте кардиогенного шока, делая проблематичным применение наркотических анальгетиков на ранних этапах оказания помощи.

Диагностика и лечение интраоперационного инфаркта миокарда

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

Ферганский филиал РНЦЭМП

Был проведен ретроспективный анализ истории больных, пролеченных в отделении экстренной абдоминальной хирургии ФФ РНЦЭМП, что дало возможность сделать вывод и дать рекомендации по хирургическому лечению кардиологических больных, начиная с предоперационного обследования. Прежде всего, следует отнести больного к одной из двух групп риска: если больной не переносил инфаркта миокарда и не обладает дополнительными факторами риска, то его обследуют и ведут так же, как обычных хирургических больных. Если больной отнесен к группе высокого риска ИИМ, то лечащий врач — хирург, кардиолог или интернист — должен, во-первых, оценить сердечный ритм, резервы коронарного кровообращения и производительности сердца, во-вторых, с помощью предоперационной лекарственной терапии постараться привести больного к операции в наилучшем возможном для него состоянии, в-третьих, заблаговременно спланировать операцию и послеоперационный период так, чтобы не подвергать больного дополнительной опасности осложнений. Оснащенность лечебных учреждений различна, тем не менее, приведенный выше алгоритм предоперационной подготовки больного можно выполнить почти всегда. Необходимо изучить все имеющиеся «старые» данные ЭКГ, ежедневно, по крайней мере, в последние 3 дня перед операцией, снимать 12 отведений ЭКГ (не так редко обнаруживается, что «послеоперационный» инфаркт миокарда на самом деле возник до операции). Практически никакие препараты (особенно β -адреноблокаторы) не следует отменять перед операцией. Исключение составляют ингибиторы MAO (их теперь применяют редко), кордарон (его за 1-1,5 мес. до операции заменяют другим антиаритмическим средством во избежание нарушений проводимости во время наркоза), больных сахарным диабетом за 2-3 дня до операции желательно

перевести на простой инсулин.

Для кардиологических больных особую опасность представляют нарушения сердечного ритма, гиповолемия с сопутствующей артериальной гипотензией и гипоксия, поэтому у них следует с большой осторожностью пользоваться записью азота, необходим центральный венозный катетер. Минимальный мониторинг должен включать пульсоксиметрию и регистрацию хотя бы одного отведения ЭКГ. Операционная должна быть оборудована приборами для временной эндокардиальной, лучше чреспищеводной, кардиостимуляции, а также шприцами-дозаторами. Лечение ИИМ в принципе не отличается от обычного: интенсивное наблюдение, мониторинг ЭКГ, устранение сердечной недостаточности, нарушений ритма и проводимости, оксигенотерапия. Фибринолитическая терапия после операции обычно невозможна, целесообразность ее проведения при ИИМ сомнительна.

Кардиологические больные после операции должны как можно раньше возобновить прием назначенных кардиологом препаратов, при необходимости с коррекцией доз. Очень желательна профилактика венозных тромбозов в виде эластичных бинтов или чулок и назначения на 5-7 дней по согласованию с оперирующим хирургом инъекций низкомолекулярного гепарина.

Больные со сниженной сократимостью левого желудочка очень чувствительны к изменениям объема циркулирующей крови: они плохо переносят гиповолемию, но столь же плохо реагируют на гипертрансфузию. Поэтому объем внутривенных вливаний у них не должен превышать за сутки объема учтенных потерь + 500-700 мл, инфузии должны проводиться под контролем центрального венозного давления (до 10-12 мм рт.ст.), не менее половины вводимой жидкости должны составлять коллоидные растворы.

Интенсивная терапия тяжелой острой пневмонии с применением гемодинамической разгрузки малого круга кровообращения

Рузиев Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования — изучение легочной артериальной гипертензии у детей с острой распространенной пневмонией и разработка комплекса интенсивной терапии.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов лечения у 52 детей (3 мес. — 3 года) с тяжелыми формами бронхолегочных заболеваний. Больные были разделены на группы в зависимости от методики проводимого лечения пневмонии.

1-я группа — 28 детей, которые получали общепринятую терапию, 2-я группа — 24 ребенка, у которых с целью коррекции гемодинамики малого круга кровообращения использовались нитраты (перлинганит 0,2–0,5 мг/ч на инфузionate). Проводили рентгенографию грудной клетки, общеклинические методы, коагулограмму, гемодинамику по ЭхоКГ, КЩС, ЛИИ по Кальф-Калифу.

Результаты и обсуждение. Изменения гемодинамики с доминированием гиперкинетического типа

гемодинамики характеризовались развитием ЛАГ, достигающей $42,5 \pm 1,8$ мм рт.ст. Отмечено увеличение венозного шунта и снижение pO_2 , что соответствовало тяжести клинического течения ОРП, а также степени эндотоксикоза. Диапазон колебаний pO_2 у больных при поступлении в стационар составлял 50–59 мм рт.ст. На фоне такой гипоксемии СИ снижался до $2,6 \pm 0,11$ л/мин. m^2 . В данном диапазоне pO_2 наблюдался значительный подъем ИОЛС, что, по видимому, определяло высокое состояние ЛАГ.

Доза перлинганита корректировалась по уровню АД систолического и давления в легочной артерии. В данной ситуации удалось изменить уровень ЛАГ, уменьшить развитие осложнений со стороны дыхательных объемов.

Выводы. Применение нитратов при ОРП является весьма важным аспектом лечения дыхательных нарушений у детей.

Проблема интраабдоминальной гипертензии и методы улучшения почечной функции

Сабиров Д.М., Батиров У.Б., Мирахмедов Г.М., Саидов А.С., Юлдашев Ф.А.

РРНЦЭМП, ТашИУВ

Цель — определение наиболее эффективных методов предотвращения развития и прогрессирования почечной дисфункции у больных с внутрибрюшной гипертензией (ВБД).

Обследованы 111 больных с интраабдоминальной гипертензией (ВБД более 12 мм рт.ст.), находившихся после различных абдоминальных вмешательств в отделении хирургической реанимации. В зависимости от методики лечения больные были разделены на 3 группы: 1-я группа с применением эпидуральной анальгезии ($n=31$); 2-я — с применением пролонгированной билатеральной паравертебральной блокады, ($n=37$); 3-я — без применения симпатических блокад ($n=43$). Во всех группах изучены скорость клубочковой фильтрации (СКФ), фильтрационный градиент (ФГ), мочевины и креатинина крови, почасовой диурез, а также абдоминальное перфузионное давление (АПД). Измерение ВБД проводилось по методике I. Kron через мочевой пузырь.

У больных 1-й группы на 3-и сутки среднее значе-

ние АПД увеличилось с $64 \pm 1,1$ до $101 \pm 1,4$ мм.рт.ст. ВБД существенно уменьшилось с $22,2 \pm 0,81$ до $11,3 \pm 0,76$ мм.рт.ст. ($p < 0,05$), СКФ увеличилась с $50,6 \pm 0,68$ до $134,2 \pm 1,5$ мл/мин. У пациентов 2-й группы АПД увеличилось с $58 \pm 1,7$ до $97 \pm 1,1$ мм рт.ст. ВБД снизилось с $19,1 \pm 0,73$ до $12,3 \pm 1,17$ мм рт.ст. ($p < 0,05$), СКФ увеличилась с $49,6 \pm 0,91$ до $127 \pm 1,5$ мл/мин. У больных 3-й группы АПД увеличилось только до $81 \pm 0,9$ мм рт.ст., ВБД уменьшилось лишь с $19,7 \pm 1,67$ до $15,1 \pm 1,91$ мм рт.ст. ($p > 0,05$), СКФ возросло только до $92,4 \pm 1,9$ мл/мин. Сравнение значений АПД, ВБД и СКФ, полученных на 3-и сутки, не выявило различий между пациентами 1-й и 2-й групп, однако существенная разница в изученных показателях наблюдалась в 3-й группе больных ($p < 0,05$).

Закключение. Применения паравертебральной или эпидуральной анальгезии, приводя к блокаде симпатической иннервации, уменьшает ВБД и улучшает фильтрационную функцию почек.

Неинвазивная вентиляция у больных с признаками жировой эмболии

Сабиров Д.М., Кыдырниязова Р.Д., Батыров У.Б.

ТашИУВ, РНЦЭМП

Цель — определение целесообразности и эффективности ранней неинвазивной вентиляции легких у больных с признаками жировой эмболии.

Материал и методы. Мы имеем опыт лечения 16 больных с признаками жировой эмболии, находившихся в отделении хирургической реанимации по поводу различных травм. Возраст больных колебался от 18 до 45 лет (средний возраст $32,4 \pm 2,31$ года). У всех больных наблюдалась дыхательная недостаточность с элементами тахипноэ и диспноэ, а также снижение показателей PaO_2 и повышение $PaCO_2$. Всем

больным, наряду с интенсивной комплексной терапией, была проведена ранняя ИВЛ методом неинвазивной вентиляции. Вентиляцию в режиме постоянного положительного давления в дыхательных путях СРАР проводили при параметрах: Рвдох — 20 — 25 см вод. ст., ПДКВ — 5 — 10 см вод. ст., частота аппаратного дыхания 16 — 18 в 1 мин, триггерная поддержка — 3–4 см вод. ст., FiO_2 — 0,4–0,6 под контролем газового состава крови.

Результаты. Полученные данные свидетельствуют о том, что у больных с признаками ЖЭ неинвазивная

вентиляция улучшает насыщение кислородом крови на 23,6% (SatO_2), повышает парциальное давление O_2 в капиллярной крови на 19,4%, снижает частоту дыхания и pCO_2 на 21,8% в сравнении с исходными показателями. При этом увеличивается также дыхательный объем и уменьшается нагрузка на дыхательную мускулатуру. По-видимому, вентиляция по данной методике содействовала повышению давления не только на вдохе, но и на выдохе, способствуя увеличению альвеолярного объёма, участвующего в газообмене, за счет открытия ригидных бронхов и уменьшения объё-

ма экспираторного закрытия. С другой стороны, повышение среднего давления в дыхательных путях увеличивало градиент парциального давления кислорода между дыхательными путями и капиллярным руслом, что способствовало улучшению диффузионного переноса кислорода и оксигенации гемоглобина.

Заключение. Ранняя неинвазивная вентиляция легких при травматической жировой эмболии, а также своевременное проведение комплексной терапии способствуют улучшению результатов лечения больных.

Анализ осложнений анестезиологических пособий отделения взрослой анестезиологии РНЦЭМП за 2011 год

Сабилов Д.М., Шарипова В.Х.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Материал и методы. Проанализированы результаты работы отделения анестезиологии РНЦЭМП за 2011 год, которое является базой кафедры анестезиологии и реаниматологии ТашиУВ. Отделение осуществляет экстренную и отсроченную помощь. Анестезиологи отделения обеспечивают 8 операционных, находящихся непосредственно во взрослом операционном блоке. Помимо этого, обеспечивается круглосуточный пост анестезиолога операционно-шокового блока приёмного покоя, а также пост наблюдения анестезиолога в диагностических подразделениях РНЦЭМП, таких как ангиография и отделение компьютерной томографии. В отделении работают 14 врачей, из них 9 имеют высшую, 3 – первую категорию, 5 врачей без категории. В 2011 г. в отделении взрослой анестезиологии выполнено 5835 анестезиологических пособий (АП), из них 82,2% составили анестезии при экстренных операциях, 17,8% — анестезии при отсроченных оперативных вмешательствах. Анестезиологическая активность составила 61% от общего количества операций, произведённых во взрослом операционном блоке (всего 9577 операций, произведённых во взрослом операционном блоке за 2011 г.). Большинство больных с абдоминальной патологией – 50,8%. Больные с сосудистой патологией, которым потребовалось анестезиологическое пособие, составили 3,8% от общего числа хирургических больных. Хирургические больные с торакальной патологией составили 2,6% от общего числа, больные с заболеваниями почек и мочевыводящих путей 2,5%, больные с гинекологической патологией — 24,5%, нейрохирургические больные — 5,9%. Из операций, проведённых под эндотрахеальной анестезией, 11,3% пришлось на оперативные вмешательства с анестезиологическим пособием в травматологии – при политравмах и их последствиях. При этом чаще используются проводниковые методы обезболивания верхних и нижних конечностей, а также центральные сегментарные блокады (эпидуральная и спинальная анестезия). 87,3% больных были экстубированы в операционной, остальные 12,7% переведены на продленную вентиляцию лёгких по показаниям. Из общего количества АП на долю эндотрахеальной анестезии пришлось 4983 (85,3%) АП.

Результаты и обсуждение. В 2011 г. с осложнениями прошло 158 (2,7%) АП. Большая часть осложнений пришлась на долю общей анестезии, а именно эндо-

трахеального метода наркоза, используемого у наиболее тяжёлого контингента больных, поступивших по экстренной службе. Преобладают не грозные осложнения, связанные с нарушениями гемодинамики, составляющие 18,7% от общего количества осложнений и соответственно 0,32% от общего количества АП. К ним относятся острые нарушения ритма сердца, стойкая артериальная гипертензия, артериальная гипотензия. Ведущей причиной интраоперационных гипотензий явилась исходная гиповолемия. Наиболее вероятная причина интраоперационной гипертензии — недостаточная нейровегетативная защита в период общей анестезии. На долю аллергических реакций пришлось 24 случая, что составило 15,1% от общего количества осложнений и 0,4% от общего количества АП. Аллергические реакции проявлялись в виде кожной сыпи, покраснения кожных покровов. Исходная аспирация (произошедшая на догоспитальном этапе) зарегистрирована у 5 больных с политравмой, различных ЧМТ, что составило 3,2% от общего количества осложнений. Трудная интубация более 2-х попыток – 22 случая (14% от общего количества осложнений). Интубация при помощи бронхоскопа произведена у 5 (3,2%) пациентов. Ларингоспазм после экстубации отмечался у 16 (10,1%) больных, частичный бронхоспазм после интубации в разной степени выраженности у 13 (8,2%). На операционном столе в течение года умерли 8 (0,1%) больных. Причиной смерти у 5 из них связаны с декомпенсированным геморрагическим, травматическим шоком III-IV ст. в результате политравмы, у 2 в результате разрыва аневризмы брюшной аорты, у 1 в результате ТЭЛА. Летальных исходов на операционном столе, связанных непосредственно с анестезией, не было.

Заключение. Анестезиологические осложнения возникают у больных с сопутствующей патологией, которые недообследованы ввиду экстренности оперативного вмешательства. Особую опасность представляют также больные с риском аспирации и регургитации, больные с полным желудком, с кишечной непроходимостью, политравмой. Осложнения возникают у больных, поступивших в критическом состоянии. Наличие осложнений заставляет задуматься над совершенствованием работы, которое мы видим в постоянном мониторинге работы, разборе осложнений и разработке стандартов действий в различных критических ситуациях врачей-анестезиологов.

Анестезиологические аспекты профилактики ТУРП-синдрома

Сабилов Д.М., Шарипова В.Х., Резонтова Е.Ю.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является распространенным заболеванием среди мужчин пожилого возраста. Частота ДГПЖ растет с возрастом: в возрасте 50 лет она составляет около 50%, возрастая до 75%, среди лиц старше 70 лет. Соответственно увеличивается и число сопутствующих заболеваний, серьезно осложняющих задачу анестезиолога. Острая задержка мочи (ОЗМ), являющаяся наиболее частым осложнением ДГПЖ приводит пациентов в клинику экстренной медицинской помощи. К одному из вариантов хирургического лечения ДГПЖ, относится трансуретральная резекция предстательной железы (ТУРП). Методика операции требует постоянного орошения мочевого пузыря во время операции для удаления крови, резецированной ткани и обеспечения качественного видеонаблюдения. Значительная системная абсорбция ирригационной жидкости через поврежденные вены и венозные синусы простаты в процессе резекции приводит к развитию ТУРП-синдрома, характеризующегося гиперволемией, дилуционной гипонатриемией, снижением коллоидно-осмотического давления и осмолярности плазмы. Риск таких опасных последствий ТУРП-синдрома, как отек легких и мозга, гемолиз эритроцитов и острая почечная недостаточность диктует необходимость проведения их профилактики.

Цель исследования — разработка алгоритма предупреждения развития ТУРП-синдрома у больных во время эндоскопических оперативных вмешательств на предстательной железе.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 35 мужчин, больных ДГПЖ, в возрасте от 64 до 82 лет, оперированных в РНЦЭМП в период с февраля 2010 по март 2012 гг. Все пациенты отнесены к III классу анестезиологического риска по шкале ASA ввиду наличия сопутствующей сердечно-сосудистой патологии. У 34 пациентов операции проводили под спинальной анестезией, у 1 — под общей анестезией ввиду перенесенной травмы позвоночника. Продолжительность операции составила от 45 до 90 минут. В качестве орошающей жидкости использовали 5% раствор глюкозы. У всех больных в периоперационном периоде контролировали уровень натрия плазмы, как основной лабораторный показатель развития ТУРП-синдрома, осуществлялся также стандартный неинвазивный мониторинг гемодинамики и дыхания.

Особенности анестезии и обеспечения газообмена при операциях по поводу рубцового сужения трахеи

Сабилов Д.М., Шарипова В.Х., Ткачёва М.Б.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Материал и методы. В 2009-2011 гг. в клинике РНЦЭМП хирургические вмешательства по поводу стенозов трахеи, развившихся в результате длительной ИВЛ, были проведены 15 больным. Показаниями к интубации трахеи и проведению длительной ИВЛ были тяжелые травмы и заболевания: ЧМТ (38,2%), сочетанная травма (35,4%), двусторонняя плевропневмония (6,6%), сепсис (13,2%), длительная ИВЛ в результа-

Результаты. Водно-электролитные нарушения наблюдались у 1 (2,86%) больного. Уровень натрия плазмы 120 мэкв/л является пограничным для развития серьезных нарушений в организме. Нарушения ЭКГ появляются на уровне 115 мэкв/л в виде уширения комплекса QRS и подъема интервала ST. Судороги наступают при уровне натрия 102-105 мэкв/л. При дальнейшем снижении концентрации натрия ниже 100 мэкв/л развивается вентрикулярная тахикардия, вплоть до фибрилляции желудочков. Возможны также гемолиз эритроцитов, отек легких и головного мозга. Ранним симптомом гипергидратации является снижение SaO_2 . В нашем случае наблюдалась клиника тошноты, позывов к рвоте, заторможенности, слабости, при этом гемодинамические и респираторные показатели оставались стабильными. Уровень натрия плазмы составлял 125 мэкв/л. Основой терапии ТУРП-синдрома, помимо петлевых диуретиков, является применение гипертонического раствора хлорида натрия. Объем и скорость введения гипертонического раствора хлорида натрия (3-5%), применяемого для коррекции гипонатриемии, зависят от концентрации натрия в плазме. Во избежание гиперволемии скорость введения гипертонического раствора NaCl не должна превышать 100 мл/ч. Чрезмерно быстрая коррекция уровня натрия (быстрее 12 мэкв/л в день) может стать причиной поражений ЦНС, вплоть до демиелинизации. При развитии тяжелой формы ТУРП-синдрома, кроме дозированной инфузии гипертонического раствора хлорида натрия, необходимы меры интенсивной терапии (инотропная поддержка, возможно — ИВЛ, седация, противосудорожная терапия и т.д.).

Заключение. Установлена тесная связь развития ТУРП-синдрома с размерами железы до операции, длительностью операции, гидростатическим давлением орошающей системы, инфузионной терапией, применением диуретиков, и видом анестезии. Снижение частоты ТУРП-синдрома достигается при соблюдении следующих условий: максимальное сокращение времени операции (не более 60 мин), поддержание давления в мочевом пузыре не более 60 см вод.ст. При этом использование спинальной анестезии и своевременное применение петлевых диуретиков позволяет предотвратить развитие или минимизировать клинические проявления ТУРП-синдрома.

те повешения (6,6%). Длительность ИВЛ варьировала от 15 до 45 суток, в среднем составляла $18,3 \pm 1,9$ суток. Среди 15 оперированных мужчин было в 2 раза больше, чем женщин, возраст пациентов варьировал от 18 до 47 лет. У всех больных отмечалась острая дыхательная недостаточность II-III ст. Всем больным перед операцией производилась трахеобронхоскопия и томография области стеноза для установления точной

локализации, уровня и распространения, диаметра суженного участка, а также для выбора оптимальной ИВЛ во время операции. ИВЛ во время операции осуществляется двумя путями. Первый способ ИВЛ осуществлялся путём оротрахеальной интубации, при этом интубационную трубку проводили через зону стеноза, раздували манжету и начинали ИВЛ. Проведение трубки должно быть без сильного сопротивления, чтобы не вызвать кровотечения в просвет дыхательных путей из рубцовой изменённой ткани трахеи. Резекция трахеи и наложение анастомоза выполнялись на фоне ИВЛ через оротрахеальную трубку. Вторым способом ИВЛ мы использовали в тех случаях, когда не удавалось провести трубку за стеноз, её конец находился над ним, и в этом положении выполняли ИВЛ. Трахею мобилизовали и пересекали её ниже стеноза, после чего мы начинали шунт-дыхание, оротрахеальная трубка удалялась (при наличии трахеостомы ИВЛ проводят через трахеостому, которая, как правило, бывает установлена ниже участка стеноза). Во время шунт-дыхания строго следят за герметичностью дыхательных путей, чтобы избежать попадания крови в каудальном направлении. После резекции стенозированного участка и наложения швов на трахею, шунт-дыхание прекращают, вновь вводят оротрахеальную трубку, конец которой проводят за трахеальный анастомоз. Шунт-дыхание мы использовали у 4 пациентов. В премедикацию включается только атропин и транквилизаторы, без наркотических анальгетиков, чтобы избежать усугубления дыхательной недостаточности. Индукция осуществлялась в/в введением пофолла 2 мг/кг, фентанила 3 мкг/кг. При наличии адекватной масочной вентиляции вводились мышечные релаксанты. 40% пациентам индукция в анестезию осуществлялась в положении полусидя из-за усугубления дыхательной недостаточности в положении лежа. Пациенты с уже существующей сформировавшейся трахеостомой могут быть введены в наркоз с помощью в/в анестетиков, которые позволяют канюлировать трахеостому гибкой армированной ЭТТ с манжеткой. Поддержание анестезии осуществлялось постоянной инфузией пофолла в дозе 2 мг/кг/час, фентанила 5 мкг/кг/час, при наличии адекватной вентиляции и нормальной сатурации применялась закись азота с кислородом в соотношении 2:1.

Результаты и обсуждение. У всех больных перед операцией присутствовали явления дыхательной недостаточности, проявляющиеся как клинически, так и по данным КЩС, где наблюдался респираторный ацидоз и метаболические нарушения из-за гипоксии. Преоксигенация в течение 4-5 мин 100% кислородом перед индукцией в анестезию позволяла без респираторных

расстройств произвести интубацию и начать ИВЛ, что подтверждалось данными КОС. Практически во всех случаях течение анестезии и газообмен был адекватным в течение всего оперативного вмешательства. Трудности вентиляции наблюдались у 1 пациента с критическим сужением трахеи, и на этапе индукции в анестезию присутствовал бронхоскопист, но интубация трахеи с помощью бронхоскопа нами практически не использовалась. 80% больных были экстубированы в условиях операционной при наличии ясного сознания, хорошего мышечного тонуса, адекватной спонтанной вентиляции через интубационную трубку, нормальных показателей КОС. Остальные 20% больных переведены на продлённую ИВЛ в реанимационное отделение и были экстубированы через 2-3 часа после операции. Показаниями к продлённой ИВЛ были исходное тяжёлое состояние больных, выраженная дыхательная недостаточность, легочные осложнения в виде плевропневмоний. Умер 1 больной на 10-е сутки после операции из-за несостоятельности анастомоза и присоединения вторичных осложнений. Ещё у 1 пациента отмечались явления дыхательной недостаточности в раннем послеоперационном периоде, которые не требовали повторного перевода на ИВЛ и разрешились благодаря масочной неинвазивной вентиляции.

Таким образом, при оперативных вмешательствах по поводу стеноза трахеи перед операцией должен быть составлен план действий совместно с хирургом, анестезиологом и реаниматологом, подготовлено оборудование для экстренных мероприятий в случае неожиданной потери контроля над состоянием дыхательных путей.

Поддержание анестезии во время операции может усложниться периодическим прерыванием целостности дыхательных путей. Когда дыхательные пути создают опасную ситуацию или вентиляция периодически прерывается, используют 100% кислород.

Адекватность газообмена должна контролироваться данными КОС, избегая опасности гиперкапнии, респираторного ацидоза и метаболических сдвигов.

Ранняя экстубация по завершению операции – одна из целей, преследуемых при проведении анестезии, поскольку в этом случае меньше всего растягивается трахеальный анастомоз и снижается риск развития бронхолегочных осложнений.

Опыт применения ларингеальной маски при неудавшейся интубации трахеи

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

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Трудная интубация и ее осложнения остаются одной из важнейших проблем современного анестезиологического обеспечения. Нередко трудной интубации трахеи сопутствует трудная масочная вентиляция, когда врач не способен поддерживать SpO_2 более 90% при FiO_2 100% у пациентов с исходными значениями SpO_2 не более 90%. Частота неудачной интубации со-

ставляет 1-3 случая на 1000 попыток интубации. Неэффективная вентиляция маской составляет 1-3 случая на 10 тыс. попыток.

В настоящее время существуют различные альтернативные методы обеспечения проходимости дыхательных путей при неудавшейся интубации трахеи, одним из которых является использование ларинге-

альной маски (ЛМ).

Цель исследования — анализ результатов использования ларингеальной маски как метода обеспечения проходимости дыхательных путей при трудной интубации трахеи при отсутствии риска аспирации желудочного содержимого.

Материал и методы. Нами проведен ретроспективный анализ исследования четырех случаев успешного использования ларингеальной маски для обеспечения проходимости верхних дыхательных путей при неудавшейся интубации трахеи на основании анестезиологических карт и записей анестезиологов в истории болезни. Анестезиологические пособия выполнялись при различных отсроченных операциях в период с 2009 по 2011 гг. в операционно-анестезиологическом отделении РНЦЭМП.

Во всех случаях интубация трахеи назначалась как обязательный компонент анестезиологического обеспечения, так как применение альтернативных методов анестезии в этих случаях исключалось. Риск аспирации у всех пациентов отсутствовал. Предварительно перед операцией дыхательные пути оценивались по алгоритму "Москва ТД", и устанавливался индекс трудной интубации (ИТИ). На всем этапе анестезиологического пособия проводился мониторинг неинвазивного артериального давления, насыщение гемоглобина кислородом, пульса и ЭКГ. Критерием эффек-

тивной вентиляции через лицевую маску и ЛМ являлось значение SpO_2 в пределах 91-100% при FiO_2 100%.

Результаты. У одного пациента с ИТИ 2 индукция в анестезию проводилась с использованием мидазолама, кетамина, фентанила и аркурона в стандартных дозировках. У 3 пациентов с ИТИ 3-4 осуществлялась соответствующая подготовка перед индукцией в анестезию в присутствии специалиста по фибробронхоскопии. После четырех безуспешных попыток интубации трахеи была установлена ЛМ, размер которой соответствовал массе больного. Вентиляция легких через маску и ЛМ была адекватная, показатель SpO_2 составлял 98-100%. В последующем вентиляция легких и поддержание анестезии ингаляцией галотана осуществлялось через ЛМ. Показатели гемодинамики и пульсоксиметрии в течение всего времени операции оставались в пределах нормы. Длительность операции составила 40 минут. После окончания операции, восстановления самостоятельного дыхания и сознания пациентов ЛМ была удалена.

Заключение. Ларингеальная маска обеспечивает высокий процент успеха адекватной вентиляции легких, облегчает интубацию трахеи эндотрахеальной трубкой при невозможности интубации методикой прямой ларингоскопии, позволяет проводить фиброларингоскопию и фибробронхоскопию.

Оказание экстренной медицинской помощи больным с ОКС на догоспитальном этапе в условиях Кашкадарьинского региона

Турсунова М., Гаффаров Ш., Зайниев Б.

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

В республике ежегодно регистрируется 8 тыс.случаев ОИМ, около 60% пациентов умирают на догоспитальном этапе. Поэтому основной задачей кардиологии является необходимость снижения смертности от болезней системы кровообращения. Для этого была создана четкая система оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе и в стационаре.

Цель исследования — оценка эффективности системного тромболизиса в условиях Кашкадарьинского филиала и субфилиалов РНЦЭМП у больных с ОКС со стойким подъемом сегмента ST и при применении клопидогреля у больных с ОКС без подъема сегмента ST.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 63 больных с ОКС. Пациенты были разделены на 3 группы. 13 (20,6%) больных с ОКС со стойким подъемом сегмента ST 1-й группы произведен системный тромболизис в первые 6 часов из них на

догоспитальном этапе — 5 (33%). 37 (58,7%) больным с ОКС без подъема сегмента ST 2-й группы проводилось стандартное лечение с применением препарата из группы клопидогреля тромбонет 300 мг в первые часы на догоспитальном этапе. 13 (20,6%) больным с ОКС без подъема ST 3-й группы получали стандартное лечение без применения препаратов группы клопидогреля.

Результаты исследования. У трех больных 1-й группы ОКС трансформировался в острый инфаркт миокарда с зубцом Q, у 9 больных без зубца Q и у 1 больного наблюдался летальный исход. У 28 больных 2-й группы ОКС трансформировался в нестабильную стенокардию, у 6 — в ОИМ без зубца Q. Больные 3-й группы в последующем лечились с ОИМ без зубца Q.

Вывод. Вовремя начатое и эффективно подобранное лечение у больных с ОКС на догоспитальном этапе намного снижает летальность, а также количество ранних и отдаленных осложнений ОИМ.

Влияние анестезии на риск тромбоэмболических осложнений у пожилых пациентов с хирургической патологией

Халматов У.Э., Шахзадаев Н.Ш., Абдурахимов С.М.

Джизакский филиал РНЦЭМП

Цель исследования — изучение частоты тромбоэмболических осложнений у больных пожилого возраста с хирургической патологией в зависимости от вида периоперационного обезболивания.

Материал и методы. В 2008-2011 гг. в отделении реанимации Джизакского филиала РНЦЭМП получило лечение 13861 больной. Из них 27 пациентам пожило-

го и старческого возраста были выполнены оперативные вмешательства на органах брюшной полости. У этих больных была склонность к тромбообразованию. Оперированные были в возрасте не моложе 65 лет (68-76 лет), из них 18 (67%) женщин и 9 (33%) мужчин. Сопутствующие заболевания диагностированы у 84% больных. Две группы пациентов, сопоставимые по

возрасту и полу и различавшиеся по методу анестезии, были сформированы «слепым» методом. 18 пациентам 1-й группы проводилась внутривенная анестезия в условиях тотальной миорелаксации с применением ИВЛ. Вводный наркоз обеспечивался 10% раствором пофолла. Поддержание анестезии проводили постоянной инфузией пофоллом 2 мг/кг в час и фракционным введением фентанила. У 9 пациентов 2-й группы оперативные вмешательства выполнялись под спинномозговой анестезией при сохраненном спонтанном дыхании с использованием официального анестетика бупивакаин в дозе 15-20 мг. Анестезию проводили на уровне L3-L4 по общепринятой методике. У больных 1-й группы антикоагулянтная профилактика венозных тромбоэмболических осложнений проводилась гепаринами различной молекулярной массы за 12 часов до операции и продолжалась в послеоперационном периоде. У пациентов 2-й группы из-за возможности развития спинальной гематомы введение гепаринов прекращалось за сутки до операции и начиналось в течение 6-12 часов после операции. Проводилась также эластическая компрессия нижних

конечностей, дыхательная гимнастика. Кроме того, всем пациентам в течение 3-х дней после операции проводилась инфузия препаратов, улучшающих реологию крови.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов показал, что в 1-й группе тромбоз глубоких вен нижних конечностей в послеоперационном периоде развился у 3 (1,1%) пациентов, во 2-й группе тромботических осложнений не отмечалось. Все случаи тромбоза глубоких вен пришлись на возраст 75-76 лет, у лиц с патологией вен нижних конечностей.

Выводы. 1. Комплексное применение антитромботической профилактики, включающей эластическую компрессию нижних конечностей, антикоагулянты, дезагреганты; адекватную анестезию и послеоперационную аналгезию позволяет значительно снизить количество тромбозластических осложнений у пациентов с хирургической патологией брюшной полости. 2. У пациентов пожилого и старческого возраста с хирургической патологией брюшной полости частота возникновения тромбоза глубоких вен значительно ниже при применении регионарных методов анестезии.

Неинвазивная ИВЛ при жировой эмболии, осложненной респираторным дистресс-синдромом

Холдаров А.Т., Пахмурин И.Р., Гафуров Б.З.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский Государственный Медицинский институт

Показанием к проведению неинвазивной искусственной вентиляции (НИВ) при легочной форме жировой эмболии служили признаки дыхательной недостаточности, обусловленной нарушением альвеоларно-капиллярной диффузии, рефрактерной к кислородотерапии, о которой судили по пробе Уленбрука. Главным преимуществом данного способа считали значительное снижение риска побочных эффектов, связанных с наложением искусственных дыхательных путей и сохранения «сердечной помпы», обеспечивающей полноценный механизм в малом круге кровообращения. НИВ осуществляли с помощью дыхательного аппарата Vela Viasys в режиме синхронизированной прерывистой принудительной вентиляции с положительным давлением (NPPV/SIMV) без предвари-

тельной интубации и применения мышечных релаксантов, через лицевую маску. Наблюдения проведены у 4 больных ввиду редкости данного осложнения. Адекватность респираторной поддержки оценивалась по гемодинамическим показателям, показателям газов и КЩС капиллярной и артериальной крови, SpO_2 . Продолжительность НИВ составила 300 ± 45 мин. При этом отмечалась полная синхронизация самостоятельного дыхания с установленными аппаратными параметрами.

Результаты. Респираторная терапия с использованием НИВ позволяла стабилизировать показатели гемодинамики, вентиляции и оксигенации крови, нивелируя этим отрицательные эффекты традиционной искусственной вентиляции легких.

Выбор метода анестезии у больных с позвоночно-спинальной травмой

Шаматов А.Ш., Алматов Б.А.

Республиканский научный центр нейрохирургии

Травматические повреждения позвоночника и спинного мозга остаются актуальной проблемой. В мире отмечается постоянный рост травматизма. В его структуре позвоночно-спинальная травма составляет 8-17%. В подавляющем большинстве случаев таким пострадавшим требуется экстренное оперативное вмешательство. Перед анестезиологом стоит задача выбора метода анестезиологического пособия.

Обследованы 42 больных, из них 33 мужчины и 9 женщин, в возрасте от 15 до 65 лет. Все больные были оперированы в ранние сроки после травмы. Исследовались АД, ЧСС, ЦВД, проводились пульсоксиметрия, капнография. Индукция осуществлялась калипсолом, сибазоном, фентанилом. Больные были разделены на 2 группы в зависимости от метода поддержания тотальной внутривенной анестезии. В 1-й первой группе ане-

стезия поддерживалась дробным болюсным введением анестетиков и анальгетиков. Больным 2-й группы проводилась непрерывная инфузия тех же препаратов с помощью шприц-насоса «Perfuzor fm B|Braun».

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

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

Иммуноterapia в лечении полиорганной недостаточности при ПИВЛ

Шаниева З.А., Ибадов Р.А., Арифджанов А.Ш., Гизатулина Н.Р., Стрижков Н.А.

Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В.Вахидова

Цель исследования — оценка эффективности применения аминоксигидрофалазиндиона натрия (галавит) в комплексном лечении гнойно-септических осложнений у больных с ПОН.

Под наблюдением в ОРИТ абдоминального и кардиохирургического профиля, прооперированных в РСЦХ им.акад. В.Вахидова в 2011 г. находились 12 больных. Материалом для анализа служили результаты исследования крови на стерильность и другие биоматериалы. 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 составляли 7 больных, получавших галавит 100 мг, в/м, 2-ю группу — 5 пациентов, леченных традиционными методами.

Клинико-биохимическое улучшение данных больных определялось динамическим контролем уровня CRP, результатами микробиологических исследований, физикальными данными. Так, в 1-й группе уровень CRP не превышал 37-48 мг/л, температура тела не повышалась более чем до 38,2°C, неоднократные посевы крови на стерильность были отрицательными, тогда как у больных 2-й группы CRP составлял 90-97 мг/л и более, гектическая лихорадка (40,0°C), высеив полирезистентных грамотрицательных возбудителей (*Acinetobacter* sp., *Kl.pneumoniae*, *Ps.aeruginosa*) были у всех больных этой группы.

Таким образом, применение галавита в комплексном лечении больных с ПОН, находящихся на ПИВЛ, способствует положительной иммунореактивности в SIRS, повышая выживаемость пациентов, что обуславливает целесообразность его дальнейшего изучения для возможности широкого использования.

Антибиотикотерапия у больных, находящихся на пролонгированной искусственной вентиляции легких

Шаниева З.А., Ибадов Р.А., Гизатулина Н.Р., Арифджанов А.Ш., Стрижков Н.А.

Республиканский специализированный центр хирургии им. академика В.Вахидова

Клинические проявления синдрома полиорганной недостаточности (ПОН) разнообразны. Чаще и быстрее ПОН развивается при грамотрицательном сепсисе. Раннее развитие ПОН ограничивает эффективность антибактериальной терапии (АБТ). В этой связи правильный выбор схемы эмпирической АБТ имеет принципиальное значение.

Цель — оценка эффективности разработанных алгоритмов прогнозирования, антибиотикопрофилактики сепсиса, рекомендательных протоколов АБТ.

В ОРИТ абдоминального и кардиохирургического профиля, на лечении находились 478 больных, прооперированных в РСЦХ им.акад. В.Вахидова в 2008-2010 гг. Материалом для анализа служили различные виды биоматериалов. Использованы традиционные методы выделения и идентификации микроорганизмов, определения их чувствительности и динамический контроль содержания С-реактивного белка (CRP). В профилактике и лечении бронхолегочных осложнений при ПИВЛ в комплексе общепринятой терапии использовали новый антимикробный биотехнологический препарат ФарГАЛС, обладающих выраженным антисептическим противовоспалительным действием.

Всего изучено 478 образцов биоматериалов. Выделенная микрофлора была представлена грамотрицательными (77,0%) и грамположительными микроорга-

низмами (18,2%), а также грибами рода *Candida* (4,8%). Культуры микробов чаще всего высевались из проб крови на стерильность (33,3%), из трахеи (28,0%), дренажных трубок (20,3%). Анализ антибиотикограмм показал, что грамотрицательная микрофлора была более резистентной чем грамположительная. В отношении нее наиболее активными препаратами оказались имипенем (7,0% резистентных штаммов), меропенем (39,0%), полимиксин (19,0%), цефоперазон/сульбактам (52,0%), амикацин (22,0%), офлоксацин (44,0%). Анализ антимикробной активности препарата ФарГАЛС в отношении всех протестированных культур показал высокую чувствительность. Положительный результат зарегистрирован в отношении всех пролеченных больных. При показателях CRP свыше 70 мг/л проводилась деэскалационная антибактериальная терапия. Использование метода прогнозирования и определение исходной концентрации CRP способствовало выделению группы риска и более целенаправленной антибиотикопрофилактики нозокомиальных инфекций, что позволило существенно снизить частоту последних (почти в 2 раза).

Таким образом, применение разработанных алгоритмов прогнозирования, схем антибиотикопрофилактики сепсиса, рациональная АБТ позволило снизить частоту гнойно-септических осложнений.

Показатели центральной гемодинамики и параметры внешнего дыхания при интраплевральной аналгезии у больных с сочетанной травмой с повреждением грудной клетки и легких

Юлдашев Ф.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

При сочетанной травмой с повреждением грудной клетки и легких с множественными переломами ребер острая боль вызывает серьезные нарушения в сердечно-сосудистой, респираторной, гормональной и иммунной системах. Адекватная аналгезия и седация

позволяют уменьшить реакцию организма на стресс и способствуют снижению morbidity и летальности. Интраплевральная аналгезия (ИПА) является одним из новых методов регионарной аналгезии. Достоинствами этого метода являются простота выполнения, от-

сутствие респираторной депрессии и угнетения кашля, гемодинамических эффектов. В отечественной литературе мы не нашли должного отражения методов и способов проведения ИПА у данного контингента больных. На наш взгляд, эта проблема сегодня является весьма актуальной.

Цель исследования — изучение влияния ИПА на показатели центральной гемодинамики и параметры внешнего дыхания у больных с сочетанной травмой с повреждением грудной клетки и легких.

Материал и методы. Изучены результаты обследования и лечения 80 больных, поступивших в РНЦЭМП с сочетанной травмой, ЧМТ, сотрясением головного мозга, закрытой травмой грудной клетки с множественными и флотирующими переломами ребер, осложненной подкожной эмфиземой и гемо — пневмотораксом, ОДН, шоком II ст. в возрасте от 16 до 52 лет; мужчин было 67, женщин — 13.

Учитывая нестабильность гемодинамики, а также дыхательную недостаточность по торакопаритетальному типу все больные переведены на ИВЛ аппаратами «Эвита-2+» фирмы «Dräger». Для профилактики смещения средостения при наличии нераспознанного напряженного пневмоторакса до перевода на ИВЛ всем больным производилось дренирование плевральной полости, ликвидировали гемо — пневмоторакс.

Центральная гемодинамика исследовалась ультразвуковым аппаратом MT23 — S3 фирмы «Hitachi», определяли КСР, КДР с последующей программной обработкой. ЧСС, АД (Адс, Адд, срАД) и SaO_2 оценивали монитором «NihonKonden»; КОС; функцию внешнего дыхания, индекс повреждения легких по формуле $\text{FiO}_2 \times \text{Рпик} / \text{PaO}_2 \times 10$, С (комплаинс) — растяжимость легких контролировали аппаратом Савина или Эвита 2+, для оценки уровня сознания применялась (шкала комы Глазго). Кровопотерю оценивали по локализации травмы и шокowому индексу Алговера (M.Allgower). Для оценки острой боли использовали визуальную аналоговую шкалу (VisualAnalogScale, VAS). В зависимости от вида обезболивания больные были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 39 больных, которым проводилась традиционная анальго-

седация (морфин, промедол, фентанил, НСПВ, ГОМК, дормикум, реланиум), во 2-ю 41 больной, которому обезболивание проводилось через интраплевральный катетер, установленный во втором межреберье по среднеключичной линии со стороны перелома. Через установленный интраплевральный катетер вводился 1% р-р лидокаина по 25-30 мл с интервалом в 6 ч.

Результаты и обсуждение. В 1-й группе больным проводилась традиционная анальгоседация. За период нахождения больных на ИВЛ были сложности с синхронизацией и отлучением от аппарата. Несмотря на подбор параметров вентиляции и медикаментозную анальгоседацию, не всегда удавалось синхронизировать больных к ИВЛ. Десинхронизация больного с аппаратом приводила к снижению сатурации в среднем на 12%, повышению АД на 15%, тахикардии на 50%, снижению доставки кислорода (DO_2) — на 28%, увеличению потребления кислорода (VO_2) — на 24%, увеличению сердечного индекса (СИ) — на 57% и минутного объема сердца (МОС) — на 70%, снижению PaO_2 — на 20%. При оценке сознания по ШКГ у 23 больных имело место усугубление сознания от сопора до комы I ст., у 5 больных оно было связано с нарастанием отека мозга, у 19 — с медикаментозной седацией, ошибочно принятой врачами за кому. Неадекватность сознания больных, подавление дыхательного центра наркотическими анальгетиками и атарактиками приводит к определенным трудностям на этапе отлучения от ИВЛ. Длительность нахождения на ИВЛ в среднем составила 19 дней.

Во 2-й группе показатели гемодинамики и газов крови не претерпевали существенных отклонений. В этой группе значительно реже проводилась медикаментозная седация, что позволило своевременно и адекватно оценить уровень восстановления сознания и отлучить пациентов от аппарата ИВЛ. Сроки респираторной поддержки в среднем составили 14 дней.

Закключение. Таким образом, интраплевральная анальгезия у больных с сочетанной травмой с повреждением грудной клетки и легких сокращает длительность респираторной терапии и общего времени пребывания в реанимационном отделении.

Оценка эффективности кетамина при тяжелой сочетанной травме

Юлдашев Ф.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель исследования — изучение влияния кетамина на комплаинс легких и нейропротекторное действие у больных с тяжелой сочетанной травмой.

Материал и методы. Нами обследованы 170 больных, поступивших в отделение реанимации РНЦЭМП с диагнозом: сочетанная травма, ЧМТ, ушиб мозга легкой и средней степени, односторонняя закрытая травма грудной клетки с переломами ребер, переломы бедренной кости, ОДН, шок II ст. Возраст больных — от 17 до 43 лет, мужчин было 137, женщин — 33. Учитывая коматозное состояние, нестабильность гемодинамики, а также дыхательную недостаточность по смешанному типу, больные сразу же при поступлении были переведены на ИВЛ аппаратами «Эвита-2+» и «Савина», фирмы «Dräger». Проводились следующие исследования: КТ головного мозга, рентгенография черепа, грудной клетки, поврежденных конечно-

стей, Центральная гемодинамика исследовалась ультразвуковым аппаратом MT23 — S3 фирмы «Hitachi», определялись КСР, КДР с последующей программной обработкой. ЧСС, АД (Адс, Адд, срАД) определяли и SaO_2 монитором «Nihon Konden»; ЦВД-аппаратом Вальдмана; КОС; функцию внешнего дыхания, индекс повреждения легких — по формуле $\text{FiO}_2 \times \text{Рпик} / \text{PaO}_2 \times 10$, С (комплаинс) — растяжимость легких контролировали аппаратом Савина или Эвита 2+, клинические и биохимические анализы осуществляли в лабораториях центра, для оценки уровня сознания применялась шкала ком Глазго. Кровопотерю оценивали по локализации травмы и шокowому индексу Алговера (M.Allgower). Все больные на фоне традиционного лечения 1-3 суток находились на ИВЛ в режиме IPPV (Intermittent positive pressure ventilation) с последующим переводом на вспомогательный режим. В зави-

симости от вида обезболивания больные были разделены на 2 группы. 1-ю группу составили 90 больных, которым обезболивание проводилось наркотическими анальгетиками (промедол 20 мг, морфин 10 мг, фентанил 0,1 мг) 3-4 раза в сутки. Во 2-ю группу вошли 80 больных, которым обезболивание проводилось кетаминотом 25 мг/ч.

Результаты и обсуждение. У больных 1-й группы, которым обезболивание проводилось наркотическими анальгетиками, показатели гемодинамики и газов крови в первые сутки нахождения больного на ИВЛ претерпевали следующие изменения: отмечалось снижение сатурации в среднем на 12%, АД на 15%, доставки кислорода (DO_2) на 28%, PaO_2 на 20% и комплайенса С на 17%. Потребление кислорода (VO_2) увеличилось на 24%, сердечный индекс — на 57%, минутный объем сердца — на 70%. При оценке сознания по ШКГ у 23 больных имело место углубление сознания от сопора до комы I ст., у 5 больных оно было связано с нарастанием отека мозга, у 19 — с медикаментозной седацией, ошибочно принятой врачами за кому. Неадекватность сознания больных, подавление дыхательного центра наркотическими анальгетиками приводили к определенным трудностям на этапе отлуче-

ния от ИВЛ. Длительность нахождения на ИВЛ в среднем составила 19 дней.

У пациентов 2-й группы которым проводилось обезболивание кетаминотом в дозе 25 мг/ч, показатели гемодинамики и газов крови изменялись следующим образом: отмечалось снижение сатурации в среднем на 7%, АД — на 12%, доставки кислорода (DO_2) — на 18%, PaO_2 — на 17%; растяжимость легких комплайенс С увеличилась на 5%, потребление кислорода (VO_2) — на 27%, сердечный индекс — на 43%, минутный объем сердца — на 62%. При оценке сознания по ШКГ было выявлено адекватное восстановление сознания. Согласно данным многочисленных исследований, кетамин обладает нейропротекторным действием. В ходе исследования было выявлено, что кетамин действительно обладает пробуждающим действием у больных с ЧМТ. Быстрое и адекватное восстановление сознания дало возможность значительно уменьшить в период нахождения на ИВЛ. Длительность респираторной поддержки составила в среднем 14 дней.

Заключение. Таким образом, кетамин в субнаркологических дозах 25 мг/ч улучшает комплайенс легких, сокращает период выхода из коматозного состояния и время нахождения на ИВЛ.

Особенности отлучения пациентов от ИВЛ после выполнения кардиохирургических вмешательств

Юлдашев Ф.А., Вахидов Т.З., Палванов А.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Для уменьшения частоты бронхолегочных осложнений необходимо сокращение сроков пребывания больного на ИВЛ. Ранее применение вспомогательных режимов вентиляции, таких как ВІРАР, SIMV P/C, позволяет сократить время пребывания пациента на ИВЛ. Цели исследования — изучение среднего времени пребывания пациентов после кардиохирургических вмешательств на ИВЛ при применении вспомогательных режимов вентиляции легких.

Материал и методы. Исследование проведено у 50 пациентов после кардиохирургических вмешательств. Средний возраст пациентов $54 \pm 0,3$ года, мужчин — 49, женщина — 1. По данным эхокардиографии исходная фракция выброса составила в среднем $53 \pm 2\%$, конечно диастолическое давление — 142 ± 3 мм. Всем больным выполнено АКШ в условиях искусственного кровообращения и кардиоплегии, перфузия проводилась в нормотермическом режиме, среднее количество шунтов 3, время окклюзии аорты 62 ± 10 мин. Кардиотоническая поддержка допамином в дозе 5 мкг/кг/мин на фоне инфузии перлинганита в дозе 0,05 мкг/кг/мин в послеоперационном периоде понадобилась 42 пациентам. Мониторинг пациентов включал инвазивное и неинвазивное измерение артериального давления, пульсоксиметрию, ЭКГ-мониторинг с анализом сегмен-

та ST, мониторинг CVP, термометрию («CardiCap5», DATEX OHNMEDA, USA), измерение диуреза, анализ электролитов и газов крови («Easy STAT», Medica, USA). ИВЛ осуществлялась аппаратом «Vella Plus» (Healthcare, USA). Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа — 25 больных, у которых после доставки в реанимацию ИВЛ начинали с режима ВІРАР, 2-я группа — 25 пациентов, ИВЛ у которых начиналась с режима SIMV. ИВЛ осуществлялась в режиме нормовентиляции с установленными параметрами вентиляции: PEEP — 4 см вод. ст., PASB — 15 см. вод. ст., Vt 6-7 мл/кг, Trigger 3 л/мин, I:E = 1:2. На фоне стабильной гемодинамики $PaO_2 \geq 90$ мм рт.ст., $SpO_2 \geq 98\%$ и снижения респираторной поддержки все больные экстубировались. Среднее время нахождения на ИВЛ пациентов 1-й группы — 160 ± 8 мин, 2-й — 158 ± 9 мин.

У пациентов обеих групп респираторных осложнений не наблюдалось.

Выводы. Таким образом, 2 разных режима вспомогательной вентиляции легких SIMV и ВІРАР в послеоперационном периоде при пролонгированной ИВЛ особых отличий не имеют. Ранее применение вспомогательных режимов ИВЛ позволяет уменьшить сроки пребывания пациентов на ИВЛ.

Роль респираторной терапии в лечении ОРДС у больных после кардиохирургических операций

Юлдашев Ф.А., Вахидов Т.З., Умиров А.Я.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Смертность при развитии острого респираторного дистресс синдрома в кардиохирургии составляет 50% (Грицан А.И., 2005). Ведущая роль в развитии осложнений и летальных исходов принадлежит тяжелым

прогрессирующим респираторным нарушениям. Искусственная вентиляция легких является важнейшим методом лечения дыхательной недостаточности, но она обладает многими отрицательными эффектами на

органы и системы.

Цель исследования — изучение эффективности применения вспомогательной вентиляции легких ВІРАР (Biphasic positive airway pressure) в комплексной терапии у больных после кардиохирургических операций.

Материал и методы. Проанализированы результаты обследования и лечения 51 больного, поступившего в кардиохирургическую реанимацию после операции АКШ. Средний возраст пациентов $54 \pm 0,3$ года, мужчин — 50, женщин — 1. Всем больным выполнены операции в условиях искусственного кровообращения и кардиоплегии, перфузия в нормотермическом режиме, среднее количество шунтов 3, время окклюзии аорты 62 ± 10 мин. ОРДС возник у 3 больных: легкой степени у 1, тяжелой — у 2 (согласно классификации (АЕСС) по РДСВ, 1994). Критериями ОРДС служили уменьшение альвеолярно-артериальной разницы, рентгенологическая картина (шкала Murrey), респираторный индекс $< 2,5$, гипоксемия, устойчивая к кислородотерапии. Всем больным при появлении гипоксемии, снижении альвеоло-артериальной разницы потребовалось применение NCPAP. 2 больных при дальнейшем нарастании гипоксии были переведены на ИВЛ в режиме ВІРАР аппаратом «Vella plus Healthcare» (USA). Мониторинг осуществлялся: инва-

зивное и неинвазивное артериальное давление, пульсоксиметрия, ЭКГ-мониторинг с анализом сегмента ST, мониторинг CVP, термометрия («CardiCap5», DA-TEXHNMEDA, USA), измерение диуреза, анализ электролитов и газов крови каждые 4 часа («EasySTAT», Medico, USA), рентгенологический контроль «Siemens». ИВЛ осуществлялась аппаратом «Vella Plus» (Healthcare, USA). Под контролем газов крови, графиков давление/объем проводился подбор оптимального РЕЕР и PASB респираторной поддержки. Как видно из таблицы, оптимальный уровень $PaO_2 > 80$ мм рт.ст. достигался РЕЕР 10-12 см вод.ст. и PASB 10-12 см вод.ст., при этом V_t составлял 6-7 мл/кг и FiO_2 50%.

На фоне подбора режима вентиляции проводилась активная нутритивная терапия, небулайзерная и позиционная терапия, форсированный диурез. Применение указанной терапии позволило в течение 7-ми суток добиться оптимального и устойчивого $PaO_2 > 100$ мм рт.ст., перевести на самостоятельное дыхание и экстубировать пациентов на 9-е сутки.

Выводы. Применение режима ВІРАР с РЕЕР 10-12 не привело к осложнениям со стороны сердечно-сосудистой системы, позволило достичь адекватного газообмена и улучшило состояние пациентов

Изофлюран при операциях на работающем сердце

Юлдашев Ф.А., Мамадалиева З.А., Палванов А.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Ишемия миокарда и реперфузионный синдром, которые часто возникают во время или после операции прямой реваскуляризации миокарда, могут привести к дисфункции миокарда и в конечном итоге к инфаркту миокарда. Ингаляционные фторсодержащие анестетики, используемые в клинически значимых концентрациях, защищают миокард от ишемии, реперфузионного повреждения путем уменьшения зоны ишемии и улучшают сократимость миокарда после реперфузии. Это обусловлено эффектом ишемического preconditionирования ингаляционных анестетиков.

Цель нашего исследования — изучение влияния изофлюрана на защиту миокарда.

Материал и методы. Под нашим наблюдением были 48 больных, которым была проведена операция аорто-коронарного шунтирования в условиях работающего сердца. Возраст больных $59,7 \pm 3,2$ года. В зависимости от вида проводимой анестезии больные были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 23 больных, которым проводилась тотальная внутривенная анестезия (ТВА) с использованием пропофола и фентанила. 2-ю группу составили 25 пациентов, которым проводилась ингаляционная анестезия на основе изофлюрана и фентанила.

Фракция выброса (ФВ) левого желудочка в обеих группах в среднем была в пределах $50,4 \pm 5,4\%$.

Больным обеих групп назначалась стандартная премедикация. Индукцию осуществляли последовательным введением фентанила (4-6 мкг/кг), дормикума (0,05-0,15 мг/кг), на фоне ингаляции 100% кислорода через маску. Миоплегия осуществлялась введением аркурония (0,1 мг/кг). В контрольной группе общая анестезия поддерживалась введением пропофо-

ла в дозе 6-8 мг/кг/ч и фентанил 6-10 мкг/кг/ч. В основной группе поддержание анестезии проводилось ингаляцией изофлюрана 1,5-3 об% (минимальная альвеолярная концентрация 0,6-1,7) и фентанила в дозе 3-4 мкг/кг/ч.

Проводился непрерывный мониторинг АД, ЧСС, ЭКГ с интерпретацией сегмента ST, SpO_2 , капнометрия, определялась концентрация ингаляционного анестетика на вдохе и выдохе их МАК посредством монитора «CARDIACAP-5» (USA). Исследовались показатели кислотно-основного состояния (КОС) на аппарате Easystat. Изучены следующие показатели центральной и периферической гемодинамики: систолическое артериальное давление (АДс), диастолическое артериальное давление (АДд), среднее артериальное давление (АДср), частота сердечных сокращений (ЧСС), минутный объем сердца (МОС), сердечный индекс (СИ), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС). В послеоперационном периоде определяли содержание тропонина I, МВ-КФК в плазме крови, проводилась ЭХО-КГ с целью динамического наблюдения общего и локального сократимости стенок левого желудочка и фракция выброса.

Результаты и обсуждение. На основном этапе при элевации сердца у больных 1-й группы АДср в снилось до $74,3 \pm 1,3$ мм рт.ст. Во 2-й группе показатели гемодинамики оставались относительно стабильными — АДср было в пределах $93,3 \pm 1,7$, что говорило о том, что изофлюран обладает большим кардиопротективным эффектом, чем пропофол.

Фракция выброса левого желудочка в первые сутки после операции в основной группе снизилась до $48 \pm 3,5\%$, на 3-и сутки была на уровне исходных цифр, на 5-е сутки отмечалось повышение ФВ до $55 \pm 6,5\%$. В

контрольной группе в первые сутки после операции ФВ снизилась до $41,0 \pm 4,3\%$, на 5-е сутки увеличилась до $52,3 \pm 5,5\%$.

Также было выявлено увеличение КФК-МВ относительно нормы $28 \pm 4,1$ у/л в основной группе, тогда как в контрольной группе в первые сутки после операции отмечается резкое повышение КФК-МВ до $40 \pm 5,5$ у/л. На 3-и сутки после операции в основной группе уровень КФК-МВ в плазме крови снижался до нормальных

величин (20 ± 5), в контрольной группе снижение уровня КФК-МВ отмечалось на 5-й день после операции.

Заключение. Таким образом, применение изофлюрана при кардиохирургических операциях обеспечивает кардиопротективный эффект, стабильность показателей центральной гемодинамики, адекватное восстановление сократительной функции миокарда в послеоперационном периоде, прекондиционирование от ишемии миокарда.

Эффективность раннего наложения трахеостомы при закрытых травмах грудной клетки с множественными переломами ребер

Юлдашев Ф.А., Мирахмедов Г.М.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель нашего исследования — оценка эффективности раннего наложения трахеостомы у больных с закрытыми травмами грудной клетки с множественными переломами ребер.

Изучены результаты обследования и лечения 57 больных, поступивших в РНЦЭМП с сочетанной травмой, ЧМТ, сотрясением головного мозга, закрытой травмой грудной клетки с множественными и флотирующими переломами ребер, осложненной подкожной эмфиземой и гемо — пневмотораксом, ушибом легких, ОДН, шоком II ст., в возрасте от 16 до 52 лет.

27 пациентам 1-й группы ИВЛ проводилась через интубационную трубку в течение 9-10 дней. В последующем этим больным накладывалась трахеостома. За период нахождения больных на ИВЛ были сложности с синхронизацией с аппаратом, несмотря на подбор параметров вентиляции и периодическую медикаментозную седацию, что было связано 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 (DO_2) на 28%, увеличению потребления кисло-

рода (VO_2) на 24%, увеличению сердечного индекса (СИ) на 57% и МОС (минутный объем сердца) на 70%, снижению PaO_2 на 20% и повышению PCO_2 на 35%. Десинхронизация пациентов с аппаратом ИВЛ оставалась даже после адекватной бронхоскопической санации трахеобронхиального дерева. На 4-5-е сутки присоединялась пневмония, которая усугубляла тяжесть состояния больного. Длительность нахождения на ИВЛ в среднем составила 19 дней.

У больных 2-й группы, которым устанавливали раннюю трахеостому (на 2-3-и сутки), показатели гемодинамики и газов крови не претерпевали существенных отклонений. У 4 больных присоединилась пневмония. У пациентов этой группы значительно реже проводилась медикаментозная седация, что позволило своевременно и адекватно оценивать уровень восстановления сознания и отлучать их от аппарата ИВЛ. Респираторная поддержка составила в среднем 14 дней.

Заключение. Таким образом, ранняя трахеостомия значительно уменьшает риск развития пневмонии, сокращает длительность респираторной терапии и время пребывания больного в реанимационном отделении.

Вентиляция легких с двумя уровнями положительного давления при лечении травматических жировых эмболиях

Юлдашев Ф.А., Мирахмедов Г.М., Кдырнязова Р.Д.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель исследования — оценка эффективности применения вспомогательной вентиляции легких (ВВЛ) в режиме SIMV (Synchronized intermittent mandatory ventilation) и BiPAP (Biphasic positive airway pressure) в комплексной терапии травматических жировых эмболиях.

Проанализированы результаты обследования и лечения 45 больных, поступивших в РНЦЭМП с сочетанной травмой с различными повреждениями анатомических областей, шоком II-III ст., в возрасте от 16 до 50 лет, из них 35 мужчин и 10 женщин. В зависимости от вида проводимой ИВЛ больные разделены 2 группы: 1-я группа 25 больных, которым проводилась ИВЛ в режиме SIMV, 2-я 20 больных, которым ИВЛ проводилась в режиме BiPAP.

У пациентов 1-й группы, которым проводилась ИВЛ в режиме SIMV с соотношением вдох/выдох - 1:1, РЕЕР (Positive end Expiratory Pressure) — 5 мм вод.ст., DO_2 — 6-8 мл/кг, ЧД — 18-22 мин, FiO_2 — 0,6. В течение 30-40 минут вентиляции показатели центральной и респираторной гемодинамики оставались без особых

изменений. Учитывая низкую PaO_2 и SpO_2 , FiO_2 увеличили до 0,8, РЕЕР до 8 мм вод.ст., после чего удалось поднять PaO_2 до 70 мм рт.ст., SpO_2 — до 92%, при этом PaO_2/FiO_2 — 87, PCO_2 — 52 мм рт.ст., Qs/Qt — 32%, индекс повреждения легких — 3,65, С — оставался до 60 мл/см вод.ст. Для предотвращения токсического действия кислорода FiO_2 снизили до 0,6 и постепенно поднимали РЕЕР для адекватного насыщения организма кислородом. При РЕЕР 15 мм вод.ст. уровень PaO_2 стал 80 мм рт.ст. Такой высокий уровень РЕЕР вредно повлиял на состояние сердечной функции, что привело к следующим изменениям центральной гемодинамики: АД снизилось на 23% от исходного, ФВ (фракция выброса) на 16%, DO_2 (доставка кислорода) на 54%, VO_2 (потребление кислорода) увеличилось на 40%, КУО₂ (коэффициент утилизации кислорода) увеличился в 3 раза. Для поддержания гемодинамики подключили инотропную терапию дофамином. Длительность ИВЛ составила 15 ± 2 дня.

У больных 2-й группы, у которых ИВЛ проводилась

в режиме BiPAP с соотношением вдох/выдох — 1:1, первоначально установили следующие параметры вентиляции P_{high} — 30 мм вод.ст., P_{low} — 5 мм вод.ст., ЧД — 18 раз в минуту, FiO₂ — 0,8. При этом удалось поднять PaO₂ до 70 мм рт.ст. SpO₂ до 93%, в последующем FiO₂ снизили до 0,6, P_{low} поднимали поэтапно до 10 мм вод.ст., при этом отмечалось улучшение газов крови PaO₂ — до 76 мм рт.ст. и SpO₂ до 95%. P_{low} оставили на этом уровне (P_{low} 10 мм вод.ст.), т.к. необходимости в повышении не было. При этом центральная гемоди-

намика изменилась следующим образом: АД снизилось на 11% от исходного, ФВ на 4%, DO₂ на 34%, VO₂ увеличилось на 15%, KVO₂ — в 1,3 раза. Длительность респираторной поддержки в режиме BiPAP составила 12±3 дня.

Заключение. Таким образом, при травматических жировых эмболиях вентиляция легких с двумя уровнями положительного давления меньше влияет на центральную и периферическую гемодинамику, а также сокращает длительность респираторной терапии.

Эффективность мембранного плазмафереза при закрытых сочетанных травмах груди, осложненных ОРДС

Юлдашев Ф.А., Шоабсаров Ш.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель исследования — изучение эффективности раннего мембранного плазмафереза у больных с закрытыми сочетанными травмами груди, осложненными ОРДС.

Проанализированы результаты обследования и лечения 27 больных, поступивших в РНЦЭМП с сочетанной травмой, ЧМТ, сотрясением головного мозга, закрытой травмой грудной клетки с множественными и флотирующими переломами ребер, ушибом лёгкого, осложненной ОРДС, в возрасте от 16 до 52 лет; мужчин — 23, женщин — 4.

Все больные госпитализировались в шокую палату приемного отделения РНЦЭМП в тяжелом состоянии, с нарушением сознания от глубокого оглушения до сопора, с оценкой по шкале ком Глазго 9 баллов и выше, травматическом шоком II-III ст., проявлениями острой дыхательной недостаточности (ОДН) II-III ст. по смешанному типу. С момента поступления были интубированы и переведены на ИВЛ.

Больным выполнялись КТ головного мозга, рентгенография черепа, грудной клетки, поврежденных конечностей. Центральная гемодинамика исследовалась ультразвуковым аппаратом MT23 — S3 фирмы «Hitachi», определялись КСР, КДР с последующей программной обработкой. ЧСС, АД (АДс, АДд, срАД), и SaO₂ определяли монитором «NihonKonden»; ЦВД аппаратом Вальдмана; КОС; функцию внешнего дыхания, индекс повреждения легких рассчитывали по формуле FiO₂×Рпик/PaO₂×10, С (комплаинс) — растяжи-

мость легких контролировали аппаратом ИВЛ Savina или Evita 2+ (Drager), клинические и биохимические проводили анализы в лабораториях центра, для оценки уровня сознания применялась ШКГ. Кровотерю оценивали по локализации травмы и шоковому индексу Алговера (M.Allgower).

Больные с сочетанными травмами были разделены на две группы: группу сравнения (13 пациентов) и группу исследования (14 пациентов). Базовая терапия в обеих группах была идентичной. Комплекс базового интенсивного лечения включал респираторную терапию (различные режимы ИВЛ и ВИВЛ), инфузионно-трансфузионную терапию, инотропную поддержку, антибиотикотерапию.

В группе исследования на 4-е сутки с момента поступления нами проводился мембранный плазмаферез аппаратом "Гемофеникс" с замещением плазмы СЗП, стабизолом. Применение мембранного плазмафереза позволило сохранить более адекватную микроциркуляцию, оксигенацию и перфузию. В группе исследования респираторный дистресс-синдром протекал более благоприятно, что позволило сократить сроки ИВЛ в среднем на 3 суток. Летальность в группе сравнения составила 37%, в группе исследования — 25%.

Таким образом, применение мембранного плазмафереза в комплексе интенсивной терапии при закрытых сочетанных травмах груди, осложненных ОРДС, позволяет улучшить результаты лечения больных.

5. Конкурс молодых ученых**Структура и причины материнской смертности по данным РНЦЭМП**

Абдикулов Б.С.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель исследования — анализ своевременности диагностики и лечения ведущей причины материнской смертности на различных этапах госпитализации.

Материал и методы. Проведен клинический анализ медицинской документации (включая поступившую из родовспомогательных учреждений) 84 больных, переведенных в РНЦЭМП из РК РУз в 2003 – 2011 гг. Из общего числа переведенных больных умерли 47 (56,0%), выжили 37 (44,0%). Все больные госпитализировались на фоне тяжелой полиорганной недостаточности. Возраст больных от 18 до 45 лет (средний возраст $26 \pm 0,6$ года). Среди умерших первобеременных было 19 (40,4%), повторно-беременных – 28 (59,6%), много-рожавших не было. Сроки беременности, при которых проводилась госпитализация в РНЦЭМП или прерывание беременности (включая самопроизвольные, оперативные роды): 8-12 недель – 2 (4,3%); 13-27 недель – 20 (42,6%), 28-36 недель – 16 (34,0%), 37-41 недель – 9 (19,1%) женщин. У всех умерших проведено патологоанатомическое исследование.

Результаты исследования. В структуре материнской смертности на первом месте была преэклампсия (18), на 2 – экстрагенитальные заболевания (ЭГЗ) (14), на третьем – внебольничная вирусная пневмония (7), на четвертом – маточный сепсис (6), на пятом – эмболия околоплодными водами (2). В родовспомогательных учреждениях, до госпитализации в РНЦЭМП, ведущее заболевание, приведшее к смерти матерей, установлено только у 31 (66,0%) умершей. На обоих этапах госпитализации, установлен существенный показатель не выявленных ведущих заболеваний, повлекших за собой смерть матерей – 34% (у 16 из 47 умерших): в РК не диагностированными оказались 13 из 16, а в РНЦЭМП – 3 из 16. На различных этапах сепсис развился у 32 (68,1%) из 47 умерших. Верифицированными источниками сепсиса явились матка – у 12; легкие – у 16, перитонит – у 2; без установленного источника – у 2. Сроки развития сепсиса: во время беременности – у 9 (28,1%), в 1-2-е сутки после родоразрешения или аборта – у 9 (28,1%); на 3-6-е сутки – у 6 (18,7%); на 7-10-е сутки – у 6 (18,7%); на 12-е сутки и более – у 2 (6,2%). Объем кровопотери более 2500,0 мл. был у 4 женщин, в дальнейшем у развился сепсис, источником которого были легкие. Гистерэктомия проведена у 29 (61,7%) из 47 умерших: в РК – у 23 (79,3%), в РНЦЭМП – у 6 (20,6%). Среди выживших (37

женщин) гистерэктомия выполнена у 9 (24,3%). На различных этапах 20 (42,6%) женщин из числа умерших были подвергнуты релапаротомии. Показаниями к ней служили гипотония матки, внутреннее кровотечение, ДВС-синдром (в сумме) – у 12; маточный сепсис, перитонит – у 8. Местом проведения повторного вмешательства были РК – у 13, РНЦЭМП – у 7. Два повторных вмешательства проведено у 5 женщин, три и более – у 4. Случаи ятрогении, а также осложнения при проведении различных манипуляций отмечались у 10 (21,3%) из 47 умерших: инородное тело в брюшной полости – у 2, переливание инородной крови – у 1, повреждение тонкой кишки при проведении кесарева сечения – у 1, повреждение общего ствола подвздошной артерии при перевязке внутренней подвздошной артерии – у 1, повреждение нижней надчревной артерии с массивным кровотечением и формированием обширной гематомы передней брюшной стенки – у 1, эмболия околоплодными водами при амниоцентезе – у 1, гематома средостения, возникшая при катетеризации подключичной вены – у 1, гематома брыжейки кишки при проведении лапароцентеза – у 1, травма мочеточника – у 1. Все перечисленные осложнения возникли на этапе госпитализации в РК, в РНЦЭМП случаев ятрогении и осложнений при вмешательствах не отмечено.

Таким образом, установлен существенный показатель не выявленных в РК ведущих заболеваний, повлекших за собой смерть матерей – 34%. Наиболее часто в РК не выявлялись ЭГЗ: не установлены в РК 7 (50%) из 14 ведущих заболеваний, приведших к смерти. Вирусная пневмония в структуре ведущей патологии, приведшая к смерти, была на 3-м месте: 7 (14,9%) случаев из 47. Этиология и патогенез внебольничной вирусной пневмонии у беременных нуждаются в серьезном изучении, в том числе механизмы быстрого развития острой дыхательной недостаточности, печеночной недостаточности, сопровождающейся гепатомегалией, очаговыми некрозами печеночной паренхимы. Роль гистерэктомии, проводимой на различных этапах, независимо от общей клинической ситуации – нуждается в серьезном уточнении, т.к. среди умерших этот показатель составил 61,7%, а среди выживших (37 женщин) – 24,3%. Установлен существенный показатель ятрогении (21,2%), косвенно или прямо повлиявший на смертельный исход.

Настой лагохилуса – как местный гемостатик при неотложной аденомэктомии простаты

Мансуров У.М.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Мы решили применять для гемостаза после аденомэктомии настой лагохилуса из местного сырья-растения *Lagochilus* Vge, произрастающего в Центральной Азии и в Узбекистане и являющегося сильным гемостатическим средством растительного происхождения (Зайнутдинов У.Н. 1993; Зайнутдинов О.У. 1997; Далимов Д.Н и др. 2011).

Применяется свежеприготовленный 10% водный настой лагохилуса (зайцегуба) опьяняющего.

Способ гемостаза этим препаратом и техника операции заключается в следующем: вскрывается моче-вой пузырь и подавая простату через прямую кишку, бережно, не повреждая хирургическую капсулу, вы-лучиваются аденоматозные узлы простаты. Ложе сразу

туго тампонируется стерильной марлевой турундой, которая прижимается к ложу между пальцем в прямой кишке и большим ложкообразным зажимом для захвата опухоли мочевого пузыря на ножке в мочевом пузыре в течение 2-3 минут. Турунда удаляется и тут же ложе заполняется другой турундой, обильно пропитанной настоем лагохилуса, прижимается она к ране ложа слегка, в течение 5-6 мин после чего удаляется.

Далее, до полной остановки кровотечения эту процедуру можно повторить еще 2-3 раза. Обычно гемостаз происходит после первой или второй процедуры, тогда через уретру проводится две полихлорвиниловые трубки (узкая — приводящая, широкая — отводящая), и послеоперационная рана ушивается с налаживанием непрерывного промывания полости мочевого пузыря дезинфицирующим раствором. К этому раствору мы добавляем также 10%-настой лагохилуса из расчета: 1000 мл раствора + 100 мл 10% настоя.

Если после неоднократной обработки ложа лагохилусом кровотечение не прекращается, то можно прибегнуть к какому-либо механическому способу гемо-

стаза (съемные швы, ушивание, тампонирование).

Описанным способом нами были оперированы 90 больных. В возрасте 50-60 лет было 12 больных, 61-70 лет — 36, 71-80 лет — 30, 81 и старше — 12. Показания к традиционному оперативному лечению (чреспузырной аденомэктомии) ставили на основании общепринятых методов исследования.

У всех больных после одно- или двукратного приложения турунды, смоченной настоем лагохилуса, к ложу был достигнут полный гемостаз. Для отмытия фибринолитических ферментов с раневой поверхности ложа в течение 5-6 дней продолжалось непрерывное орошение полости мочевого пузыря. Во время операции и в послеоперационном периоде ни у одного больного кровотечения не отмечалось. Дренажные трубки удаляли на 8-10-е сутки, и больные с первичным заживлением послеоперационной раны на 8-12-е сутки выписывались на амбулаторное наблюдение.

Вывод. Полученные результаты свидетельствуют о надежном местном гемостатическом свойстве 10% водного настоя лагохилуса (зайцегуба) опьяняющего.

Устройство для лечения остаточных ротационных смещений костных отломков при чрезмыщелковых переломах плечевой кости у детей

Машарипов Ф.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Для лечения чрезмыщелковых переломов плечевой кости у детей с остаточным ротационным смещением костных отломков в отделении детской травматологии РНЦЭМП разработано «Устройство для лечения чрезмыщелковых переломов плечевой кости у детей» (приоритетная справка № FAP 20110070 от 29.07.2011г). Устройство состоит из двух полуколец, каждое из которых имеет возможность вращаться по отношению друг к другу за счёт наличия щелевидной вырезки в полукольцах. Устройство применяется следующим образом: под внутривенным наркозом, после соответствующей обработки кожи поврежденной конечности антисептиками чрескостно проводится две спицы Киршнера. Первая спица проводится через верхнюю треть плечевой кости в сагиттальной плоскости, вторая — через проксимальный метафиз локтевой кости. Спицы фиксируются на полукольцах с щелевидной вырезкой. Затем на резьбовых штангах производится дистракция с целью устранения смещения костных отломков по длине. Убедившись в устранении смещения костных отломков по длине, сохраняющееся ротационное смещение устраняют вращением полуколец относительно друг другу. Резьбовые штанги закрепляются. Проводится третья спица Киршнера с упорной площадкой через дистальный конец проксимального отломка во фронтальной плоскости спереди назад и натягивается с помощью резьбовой штанги для устранения смещения костных отломков в перед-

независимом направлении. Под контролем электронно-оптического преобразователя на операционном столе достигается окончательная репозиция.

Устройство успешно было применено у 26 больных детей с чрезмыщелковыми переломами плечевой кости с остаточными ротационными смещениями костных отломков. С помощью устройства у всех больных легко устраняли ротационное смещение костных отломков, достигая более точной репозиции костных отломков. Устройство снимали через 3-4 недели в зависимости от возраста ребенка и степени консолидации перелома. Ближайшие результаты лечения в сроки от 2 до 6 месяцев с момента снятия устройства изучены у всех больных. У 25 (96,2%) получен хороший анатомический и функциональный результат. Чем 2 месяца движения в локтевом суставе были в полном объеме, а через 6 месяцев деформации в локтевом суставе не наблюдалось. Только у 1 пациента 1,5 лет после выписки на 12-е сутки сохранялось вторичное смещение костных отломков из-за миграции аппарата после падения на поврежденную руку.

Таким образом, разработанное нами устройство легко устраняет ротационное смещение костных отломков при чрезмыщелковых переломах плечевой кости у детей, что предупреждает возникновение вальгусной деформации локтевого сустава и обеспечивает хороший анатомический результат.

Возможности безгазовой фибролапароскопии в диагностике и лечении ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений

Рискиев У.Р.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель работы — улучшение результатов лечения больных с ранними послеоперационными внутрибрюшными осложнениями с применением в ком-

плексном лечении метода безгазовой фибролапароскопии (БФЛ).

В нашей работе с одобрения Национального этиче-

ского комитета использовали гибкий эндоскоп Olympus CHF-T20 (Япония) с диаметром дистальной части 6 мм, которого ввели через послеоперационные силиконовые дренажные трубки с внутренним диаметром 7 мм, оставленные для пассивного дренирования брюшной полости после завершения экстренных оперативных вмешательств.

Проанализированы результаты диагностики и лечения ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений, возникших у больных, оперированных в экстренном и срочном порядке в хирургических отделениях Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в 2008-2011 гг. Всего было 16169 больных, из них РПВБО выявлены у 174 (1,1%), в том числе 129 (74,1%) мужчин и 45 (25,9%) женщин. Исследование проводилось в 2 этапа. 1-й (2008-2009 гг.) — время до активного внедрения в практику экстренной абдоминальной хирургии миниинвазивного метода — программированной фибролапароскопии в диагностике и лечении РПВБО. Ретроспективному изучению на этом этапе подвергнуты 100 (57,4%) больных, у которых, при наличии показаний в послеоперационном периоде, выполнялась диагностическая лапароскопия или релапаротомия. Частота РПВБО составила 1,2%. 2-й этап (2010-2011 гг.) — время после широкого применения программированной фибролапароскопии, которая использовалась в диагностике и комплексном лечении РПВБО. Проспективно изучены 74 (42,6%) больных, у 42 из которых после открытых операций по поводу послеоперационных осложнений повторные оперативные вмешательства начинались с БФЛ. Частота ПВБО на этом этапе составила 0,9%.

Часто послеоперационный период осложняло развитие инфекционных осложнений: послеоперационного перитонита (96) и внутрибрюшных абсцессов (42), а также внутрибрюшных кровотечений (22) и эвентраций (14).

Благодаря применению метода БФЛ как этапа комплексного лечения перитонита, в том числе распространенного, у 24 больных получены положительный результат без расширенного хирургического вмешательства. Невозможность устранения причины перитонита методом БФЛ явилась показанием к релапаротомии у 11 пациентов. У 7 пациентов с помощью БФЛ исключена несостоятельность швов анастомоза. У пациентов с гнойно-воспалительными осложнениями БФЛ позволила произвести лечебные манипуляции в полном объеме и уменьшить количество релапаротомий на 13,3%.

Обоснование применения аллофибробластов с целью стимуляции процесса остеорепаляции при переломах

Ташпулатов А.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель исследования — изучение стимулирующего влияния культивированных аллофибробластов на репаративный остеогенез при диафизарных переломах длинных костей конечностей в эксперименте.

Для реализации поставленной цели нами в экспериментальном отделе РНЦЭМП проведены серии опытов на животных (крысы) с целью изучения влияния эмбриональных аллофибробластов на процесс репаративной регенерации костной ткани. Эмбрио-

Сравнивая результаты фибролапароскопических и стандартных операций по такому показателю, как частота развития послеоперационных осложнений, мы получили следующие данные: послеоперационные осложнения при использовании БФЛ методики развиваются в 1,75 раза реже, чем при выполнении операций с помощью жесткой лапароскопии ($p < 0,02$). Среди зарегистрированных случаев послеоперационных осложнений наибольшую группу составили осложнения воспалительного характера со стороны послеоперационной раны и зоны операции (16), из них 14 в контрольной и только 2 — в группе фибролапароскопии. Снижение частоты возникновения послеоперационных осложнений воспалительного характера со стороны послеоперационной раны связано, прежде всего, с минимизацией операционной травмы и отсутствием необходимости инсuffляции газа в брюшную полость. Средняя продолжительность БФЛ в группе больных с послеоперационным перитонитом составила $11 \pm 6,5$ мин ($p > 0,05$). Средняя продолжительность таких же традиционных вмешательств при сравнении с жесткой лапароскопией в среднем была на $19 \pm 6,8$ минут дольше.

Летальность в основной группе составила 34,7% (24), в контрольной — 52% (52). Таким образом, лапароскопическая диагностика с гибким эндоскопом и санация брюшной полости имеют преимущества перед традиционной жесткой лапароскопией и релапаротомией. К ним относятся, во-первых, малотравматичность метода: гибкая лапароскопическая диагностика и санация позволяет провести оперативное лечение без глубокого наркоза, инсuffляции газа, разреза брюшной стенки и без значительного травмирования внутренних органов. Это позволяет сократить продолжительность манипуляции и обеспечить гладкое течение послеоперационного периода, показателями чего являются раннее купирование болевого синдрома и, как следствие, меньшая потребность во введении обезболивающих препаратов, раннее восстановление двигательной активности. Во-вторых, возможность проведения малотравматичного, но в то же время адекватного вмешательства, значительно уменьшает выраженность послеоперационного пареза кишечника и связанных с ними проблем. Это обусловлено уменьшением объема операционной травмы, степени хирургической агрессии и благоприятными условиями для гладкого течения послеоперационного периода.

нальные аллофибробласты были получены в лабораторных условиях по методике М.Д. Уразметовой.

Эксперимент проведен на 30 беспородных крысах - самцах массой 150-180 г., содержащихся в виварии и получающих стандартное питание. Повреждение диафиза бедренной кости осуществляли по стандартной методике (Арсеньев И.Г., Берченко Г.Н., 2007) в экспериментальной операционной с соблюдением правил асептики и антисептики. Животные были раз-

делены на 2 группы по 15 особей. Крысам 1-й группы, которая служила контролем, в очаг повреждения вводили 0,5 мл среды, 2-й — в дефект вводили культивированные аллофибробласты.

Для предотвращения переохлаждения животных течение 24 часов содержали при температуре 25°C. В дальнейшем крысы находились в стандартных условиях вивария каждая отдельно.

Животных выводили из опыта методом одномоментной декапитации на 7-, 14-е и 30-е сутки после операции. Для проведения морфологического исследования материал (бедренная кость) фиксировали в 10% растворе формалина, декальцинировали в 5% растворе азотной кислоты, обезжизняли в спиртах восходящей концентрации и заливали в парафин. Но З.Лойда и соавт. (1983). Гистологические срезы окрашивали гематоксилином и эозином, а так же по Ван-Гизону, изучали и фотографировали при помощи светоптического микроскопе Karl Zeiss(ФРГ).

Изучения формирования костной ткани в области

дефекта при введения лишь среды 199 показало, что к 30 дню эксперимента происходит формирования костной мозоли с сохранением клеточно-волоконных структур соединительной ткани. Изучения процесса остеогенеза под влиянием аллофибробластов, показало, что относительно изменений, имевшихся место в контрольной группе, образование костной ткани происходит раньше и в основном за счет в пересаженных фибробластов, о чем свидетельствует образования хрящевой и костной ткани на 14 день эксперимента.

Таким образом, на основании проведенного нами эксперимента установлено, что заживление костного дефекта в условиях стимуляции с подсадкой аллогенных фибробластов первичная костная мозоль клеточно-волоконной ткани образуется в той же последовательности, что и в контроле. Под влиянием аллофибробластов процесс остеогенеза начинается раньше, завершается к 30 дню формированием зрелой кости. Аллогенные фибробласты могут быть использованы в качестве стимуляторов остеогенеза.

Токсическая энцефалопатия у больных с уремической интоксикацией

Хожиев Х.Ш.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель исследования — изучение степени нарушения когнитивных функций у больных с острой и хронической почечной недостаточностью в зависимости от глубины уремической интоксикации.

Материал и методы. Под наблюдением в токсикологической реанимации РНЦЭМП были 40 пациентов с острой и хронической почечной недостаточностью, в возрасте 20-56 лет и уровнем сознания по шкале Глазго 14-15 баллов получавших сеансы гемодиализа и интенсивную терапию. 28 больных были с ХПН, 12 с ОПН акушерского и хирургического генеза. У всех пациентов определяли уровень мочевины, креатинина, электролитов и средних молекул крови.

Исследуемых разделили на 3 группы: 1-ю группу составили 14 больных с высоким уровнем уремической интоксикации в крови: мочевина — $46,4 \pm 4,7$, креатинин — $1,12 \pm 0,11$, калий — $6,2 \pm 0,4$, СМ — $1,144 \pm 0,088$. Во 2-ю группу включены 12 больных со средним уровнем уремической интоксикации: мочевина — $29,2 \pm 3,5$, креатинин — $0,71 \pm 0,08$, калий — $5,6 \pm 0,25$, СМ — $0,791 \pm 0,064$. В 3-ю группу вошли 16 больных с относительно низким уровнем уремической интоксикации: мочевина — $18,2 \pm 2,6$, креатинин — $0,53 \pm 0,14$, калий — $5,07 \pm 0,2$, СМ — $0,486 \pm 0,118$.

Для определения выраженности различных компонентов мнестико-интеллектуального (когнитивного) нарушения проводились электроэнцефалография, определение степени изменения сознания по качеству по шкале MMSE (Mini mental state examination) по 10 позициям в баллах и теста Рейтана в секундах.

Результаты. У больных с тяжелой степенью интоксикации на ЭЭГ доминировала генерализованная медленная активность тета-диапазона, что свидетельство-

вало о серьезном нарушении дизэнцефальных структур. Психофизиологическое обследование выявило выраженное нарушение уровня интеллекта — $12,7 \pm 2,2$ балла по шкале MMSE, а тест Рейтана больные выполняли с частыми ошибками, практически только у 2-х пациентов данный тест был закончен, составив соответственно 246 и 316 с. При этом в первую очередь отмечалось снижение устойчивости внимания, способности к абстрагированию и обобщению.

У пациентов со средней степенью тяжести интоксикации, по данным энцефалографии, в фоновой записи преобладал альфа-ритм, с частотой 8-9 колебаний в секунду со сглаженностью зональных различий по амплитуде и билатерально-синхронные всплески тета-волн в лобно-центральных отведениях. Суммарный балл когнитивных функций по шкале MMSE составил $19,6 \pm 3,5$, тест Рейтана 166 ± 14 с.

У пациентов с легкой степенью интоксикации по данным энцефалографии в фоновой записи доминировал бета-ритм с частотой от 14-16 колебаний в секунду, который был распространен по всему конвексу. Согласно проведенному скринингу уровня интеллекта по шкале MMSE, отмечались легкие когнитивные нарушения — $24,3 \pm 1,2$ балла, а тест Рейтана составил 118 ± 14 сек.

Выводы. 1. Проведение электроэнцефалографии, определение степени изменения сознания по шкале MMSE и тесту Рейтана показали, что у больных с уремической интоксикацией когнитивные функции снижаются пропорционально тяжести интоксикации. 2. У больных с тяжелой степенью интоксикации развиваются выраженные нарушения интеллекта, требующие медикаментозной коррекции и в последующем психологической реабилитации.

Применение микрокальцита (мраморной муки) для оптимизации процесса репаративной остеорегенерации

Шадманов Т.Т.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель исследования — изучение процесса репаративной регенерации длинных костей при местном использовании микрокальцита (мраморной муки) в эксперименте.

Материал и методы. В качестве объекта доклинических исследований были выбраны белые беспородные крысы обоего пола с исходной массой 150-220 г. Для эксперимента отбирались половозрелые особи, однородные по размерам, массе, внешнему виду, без видимых признаков какой-либо патологии, с гладкой шерстью, без аномалий в поведении и потреблении воды и кормов. 60 животных взвешивали на электронных весах, затем делили на контрольную и опытные группы по 4 головы в каждой, помещали в отдельную клетку, где животные находились в стандартной обстановке, в условиях оптимального микроклимата и режима питания. На проведение эксперимента получено разрешение Национального этического комитета МЗ РУз (решение № 05/2 от 16.02.2011 г.

Животные были разделены на 3 группы: 1-я группа — контрольная, без имплантата, заживление дефекта — под свертком крови (по 4 крысы на каждый забой, всего 5 забоев, 20 крыс), 2-я группа — введение в место перелома мраморной муки (20 крыс), 3-я группа — введение в место перелома порошка CaCO_3 (20 крыс).

В области диафиза бедренной кости с помощью шаровидной фрезы диаметром 2,5 мм формировался дефект диаметром 3,0 мм и глубиной до 2,5 мм с обнажением костномозгового канала. Для контрольной группы операция на этом завершалась наложением на мышцы, фасцию и кожу швов, для других опытных групп рана закрывалась после введения животным испытуемого вещества непосредственно в область дефекта кости.

Животных выводили из опыта на 7-, 14-е и 30-е сутки, через 2 и 3 месяца после операции (по 4 животных на каждый срок). Эвтаназию животных осуществляли путём мгновенной декапитации.

После выведения животного из опыта выделяли бедренную кость, для макроскопической оценки делали снимок цифровой камерой, измеряли размер послеоперационного дефекта кости. Далее производили рентгеновский снимок макропрепарата. Динамику изменений и степень выраженности репаративного остеогенеза в зоне дефекта оценивали по 10-кратно увеличенным рентгенограммам визуально, с целью количественной оценки выполнен компьютерный анализ изображений на аппаратно-программном комплексе «Видео-Тест». На оцифрованных изображениях рентгенограмм, выполненных на этапах эксперимента, окантовывали тени дефектов. Измеряли среднюю интенсивность мягких тканей и фона изображений.

Для последующего морфологического исследования материал (бедренная кость) фиксировали в 10% нейтральном растворе формалина (рН 7,2-7,4), декальцинировали в 5% растворе азотной кислоты, обезвоживали в спиртах восходящей концентрации и заливали в парафин. Гистологические срезы окрашивали гематоксилином и эозином и пикрофуксином по Ван-Гизону и изучали в светооптическом микроскопе. Анализ и фотографирование гистологических препаратов проводили под световым микроскопом.

Результаты и обсуждение. Морфологическое исследование микропрепаратов контрольной и опытных групп позволило установить, что у всех животных сращивание костных отломков шло по типу вторичного заживления — через формирование хрящевой ткани.

На 14-е сутки эксперимента костная мозоль у животных опытной группы с применением мраморной муки несколько превышала размеры таковой у животных других групп за счет разрастания гиалиновой хрящевой ткани. У крыс этой группы отмечались признаки оксификации (формирование тонкостенных сосудов в толще гиалинового хряща, оксифилия и гомогенизация соединительной ткани).

На 30-е сутки у животных опытной группы с применением мраморной муки наблюдалось преобладание ретикулофиброзной костной ткани над хрящевой (характерной для более ранних этапов вторичного заживления кости), в отличие от контроля, где преобладал репаративный хондрогенез.

На 60-е сутки у всех животных отмечалось формирование зон пластинчатой кости нормальной гистологической структуры, однако в опытной группе с применением мраморной муки степень зрелости костной ткани преобладала над таковой у животных в контрольной группе, а процессы резорбции некротического детрита уже были завершены.

Заключение. Таким образом, при заполнении костных дефектов трубчатых костей мраморной мукой происходит достоверно отчетливая активация репаративного остеогенеза. Материал, полученный из белого мрамора, способствует более ранней и полной регенерации костной ткани. Имплантаты из мраморной муки являются биосовместимыми. Они подвергаются биорезорбции и обладают остеокондуктивными свойствами. В связи с этим биоматериал может быть рекомендован для применения в ортопедической хирургии с целью замещения дефектов костной ткани и оптимизации процесса репаративного остеогенеза. На основании полученных результатов был оформлен и зарегистрирован патент на изобретение (Способ пластики костных дефектов IAP20100446).

УКАЗАТЕЛЬ ТЕЗИСОВ

1. Профилактика, диагностика и лечение осложнений в экстренной хирургии органов грудной и брюшной полостей

- Начальный опыт селективной интраартериальной химиоангиопластики у больных с травматическим субархноидальным кровоизлиянием
Икрамов А.И., Махкамов К.Э., Сейдалиев А.И., Мухамедов Н.Х., Джалалов Ф.З. _____ 6
- МСКТ-диагностика вторичной ишемии мозга при субарахноидальном кровоизлиянии
Икрамов А.И., Хусанходжаев Ж.У. _____ 6
- Меры профилактики интра- и послеоперационных осложнений при проведении консервативной миомэктомии
Абдикулов Б.С. _____ 7
- Роль малоинвазивных вмешательств при лечении осложненных форм уролитиаза
Абдуллажанов М.М., Ахмедов Р.Н., Рашидов М.М., Рахимов М.Р., Максумов К.Д., Халилов М.Л. _____ 8
- Диагностика и лечение сочетанных травм почек
Абдуллажанов М.М., Ахмедов Р.Н., Рашидов М.М., Рахимов М.Р., Максумов К.Д., Халилов М.Л. _____ 8
- Результаты лечения острого калькулезного холецистита и его осложнений
Абидов У.У., Нажмиддинов Л.М., Арабов Х.У., Рузиев У.У. _____ 9
- Осложнения лапароскопической холецистэктомии при остром калькулезном холецистите
Азимов А.А., Маликов Ю.Р., Янгиев Б.А., Юсупов У.У. _____ 9
- Осложнения после оперативных вмешательств по поводу внематочной беременности
Азимова Л.М., Юлдашев Т.Н., Тураева Ш.А. _____ 10
- Ретроспективные данные о частоте, характере и тяжести интраоперационных осложнений при эндоскопической хирургии нефролитиаза
Акилов Ф.А., Мухтаров Ш.Т., Гиясов Ш.И., Насыров Ф.Р., Мирхамидов Д.Х., Закиров Х.К. _____ 10
- Эндоскопическое лечение ипсилатеральных камней почек и мочеточников
Акилов Ф.А., Мухтаров Ш.Т., Насыров Ф.Р., Закиров Х.К., Гиясов Ш.И., Мирхамидов Д.Х. _____ 11
- Проблемы диагностики и лечения хронического колостазы у детей
Акилов Х.А., Ходжимухамедова Н.А., Саидов Ф.Х. _____ 11
- Видеолапароскопия при дислокациях ВМС в брюшную полость
Акопджанов Н.С., Олимова Х.О., Тожидинова К.А., Холдорова З.М., Жураева Х.Ю. _____ 12
- Наш опыт применения видеолапароскопии в условиях экстренной гинекологии
Акопджанов Н.С., Олимова Х.О., Жураева Х.Ю., Холдорова З.М. _____ 13
- Профилактика мочевого перитонита при внутрибрюшинных повреждениях мочевыделительных органов
Аллазов С.А., Ахмедов Ю.М., Ишанкулов А.М., Абдуллаев Б.А., Кодиров С.К., Останакулов И.Н. _____ 13
- Профилактика нарушений азотовыделительной функции почек при ожоговой болезни
Аллазов С.А., Шокиров Б., Шодмонова З.Б., Бобокулов Н.А. _____ 14
- Влияние отравления пестицидами на течение острых мочеполовых инфекций
Аллазов С.А. _____ 15
- Результаты хирургического лечения внутрибрюшных осложнений после холецистэктомии
Алтыев Б.К., Хаджибаев Ф.А., Атаджанов Ш.К., Рахимов О.У. _____ 15
- Эндоскопическая папиллосфинктеротомия при дивертикулах папиллярной области двенадцатиперстной кишки
Алтыев Б.К., Хакимов Б.Б., Хожибоев А.М., Хашимов М.А. _____ 16
- Открытые и закрытые повреждения кишечника при сочетанной абдоминальной травме
Аминов У.Х., Карабаев Х.К., Мустафакулов И.Б., Тагаев К.Р., Махмудов Ф.Ч., Норов М.Ч. _____ 17
- Травматические повреждения двенадцатиперстной кишки
Амонов Х.Р., Носиров А.Б., Жулбеков К.И., Карабаев Х.К., Мустафакулов И.Б., Аллабердиев Н.А., Карабаев Б.Х. _____ 17
- Применение эндовизуальных технологий в диагностике и лечении фасциолеза печени, осложненного механической желтухой и холангитом
Анваров Х.Э., Хашимов М.А. _____ 18
- Наш опыт лечения закрытой травмы груди, осложненной эмпиемой плевры
Арзиев Ш.Н., Кулиев Й.У. _____ 19
- Алгоритмы антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии у больных с острым панкреатитом
Арифджанов А.Ш., Ибадов Р.А., Шаниева З.А., Гизатулина Н.Р., Стрижков Н.А. _____ 19
- Лечебно-диагностические возможности лапароскопии в диагностике и лечении внутрибрюшных осложнений после операций на желчевыводящих путях
Асомов Х.Х., Хаджибаев Ф.А., Рискиев У.Р., Рахимов О.У. _____ 20
- Ультразвуковой метод выявления послеоперационных внутрибрюшных осложнений
Асомов Х.Х., Рискиев У.Р., Дадамьянц Н.Г., Алиев Б. _____ 21
- Нозокомиальная пневмония у пациентов после хирургических операций
Атажанова Н.М. _____ 22
- Межмышечный щадящий минидоступ в хирургии острого холецистита
Аталиев А.Е., Худайберганаева Н.Ш., Юнусов И.И., Мадаминов Р.М., Шотемиров В.Х., Арифджанова З.Ш. _____ 22

Осложненные формы инфравезикальной обструкции: роль малоинвазивных вмешательств <i>Ахмедов Р.Н., Абдуллажанов М.М., Рашидов М.М., Рахимов М.Р., Максумов К.Д., Халилов М.Л.</i> _____ 23	Пути снижения тромбоэмболических осложнений при лапароскопических операциях <i>Болтаев Д.Э., Сабиров А.К., Рахимов Б.Я., Алабергеренов К.Р.</i> _____ 33
Тактика лечения забрюшинных гематом при сочетанных травмах органов живота <i>Ахмедов Ю.М., Карабаев Х.К., Рузбобоев С.А., Мустафакулов И.Б., Жулбеков К.И., Карабаев Б.Х.</i> _____ 23	Релапаротомия после экстренных хирургических вмешательств <i>Болтаев Д.Э., Юлдашев Г.Ю., Собиров А.Р., Тожиев С.А., Эрниязов Э.</i> _____ 33
Видеолапароскопия в диагностике и лечении острых абдоминальных процессов у детей <i>Ахмедов Ю.М., Мирзаев З.Х., Улугмуратов А.А., Маматов С.О., Баширов А.С.</i> _____ 24	Причины неблагоприятных исходов хирургического лечения больных острым холециститом <i>Болтаев Д.Э., Юлдашев Г.Ю., Ниязметов С.Б., Собиров А.Р., Хаитбоев С., Тожиев С.А.</i> _____ 34
О принципах диагностики и тактики в неотложной хирургии закрытых повреждений груди <i>Ахмедов Ю.М., Карабаев Х.К., Захидова С.Х., Кулиев Й.У., Арзиев Ш.Н.</i> _____ 25	Послеоперационные осложнения в хирургии желчных путей, их профилактика и лечение <i>Болтаев Д.Э., Юлдашев Г.Ю., Душамов М.Р., Рахимов И.Р., Тожиев С.А.</i> _____ 34
Программированная санация брюшной полости при разлитом гнойном перитоните <i>Ахмедов Ю.М., Карабаев Х.К., Рузбобоев С.А., Мустафакулов И.Б., Карабаев Б.Х., Аллаев Н.М.</i> _____ 26	Антикоагулянтная профилактика ТЭЛА в абдоминальной хирургии <i>Ботиралиев А.Ш., Ахраров Б.М., Махмудов Н.И., Расулов А.Ф.</i> _____ 35
Ранения сердца и перикарда <i>Ахмедов Ю.М., Карабаев Х.К., Аминов У.Х., Кулиев Й.У., Хайдаров Г.А.</i> _____ 26	Анализ осложнений раннего периода травматической болезни у больных с сочетанной травмой <i>Валиев Э.Ю.</i> _____ 36
Лапароскопик холецистэктомияда умумий ўт йўллари жароҳатланишининг олдини олиш <i>Ахраров Б.М., Махмудов Н.И., Расулов А.Ф., Сирожидинов У.К., Хайдаров Е.Х.</i> _____ 27	Судорожный синдром при артериовенозных мальформациях: динамика после эндоваскулярного оперативного вмешательства <i>Гафуров Б.Г., Максудова Л.Б., Шоизаков А.Н., Джалалов Ф.З.</i> _____ 37
Результаты лечения травматических повреждений мочевого пузыря <i>Баймурадов Н.У., Пирматов И.Р., Шодиев А.Ю.</i> _____ 28	Послеоперационные осложнения эндоскопической хирургии нефролитиаза и их классификация по Clavien-Dindo <i>Гиясов Ш.И., Насыров Ф.Р., Юнусов Д.С.</i> _____ 37
Пути улучшения результатов лечения больных с поражением ветвей дуги аорты при неспецифическом аортоартериите <i>Бахритдинов Ф.Ш., Суюмов А.С., Гаппаров С.М., Нурмухамедов М.Г.</i> _____ 28	Анализ частоты и причин послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнений при эндоскопической хирургии нефролитиаза <i>Гиясов Ш.И., Насыров Ф.Р.</i> _____ 38
Частота послеоперационных пневмоний после экстренных оперативных вмешательств <i>Бахромов З.Б., Янгиев Б.А., Бозоров З.С.</i> _____ 29	Финансовые расходы, связанные с устранением осложнений после эндоскопического способа лечения нефролитиаза <i>Гиясов Ш.И.</i> _____ 39
Отдаленные результаты после операций АКШ и стентирования коронарных сосудов <i>Бахронов У.Ш., Эгамова Н.Т., Тошев О.Б.</i> _____ 29	Особенности профилактики и лечения ранних осложнений после реплантации крупных сегментов верхней конечностей <i>Дадабаев Х.Р., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т.</i> _____ 39
Тромбоэмболии магистральных артерий нижних конечностей при мерцательной аритмии сердца <i>Бекназаров Ш.А., Мадартов К.М., Худойкулов Б.К.</i> _____ 30	Методы региональной лимфатической терапии в лечении третичного перитонита <i>Джумабаев Э.С., Асранов Ш.Я., Жалалов А.С.</i> _____ 40
Результаты лечения больных острым пиелонефритом <i>Болтаев Д.Э., Мадаминов А.С., Фаттаев Р.Ф.</i> _____ 31	Применение лимфотропной терапии в комплексном лечении острого тромбофлебита нижних конечностей <i>Джумабаев Э.С., Азизов Г.А., Саидходжаева С. Т., Хасанов Х.Х., Умматалиев Д.А.</i> _____ 41
Наш опыт ведения больных с острым обструктивным пиелонефритом <i>Болтаев Д.Э., Мадаминов А.С., Сиддииков Ш.С.</i> _____ 31	Современные технологии в профилактике хирургической инфекции и лечении огнестрельных ран в эксперименте <i>Джумабаев Э.С., Мирзаев К.К., Байбеков И.М.</i> _____ 41
Инородное тело сердца и восходящей аорты вследствие миграции спицы Киршнера (случай из практики) <i>Болтаев Д.Э., Машарипов К.М., Раджапов О.С., Машарипов Ж.К.</i> _____ 32	Превентивная регионарная лимфотропная антибиотикотерапия в хирургии тубоовариальных гнойных образований
Опыт применения эндовидеохирургических технологий при травме органов живота у детей <i>Болтаев Д.Э., Эгамов Б.Ж., Каландаров И.А., Назаров А.К., Тангрибергенов Т.К.</i> _____ 32	

Джумабаева С.Э., Рахманкулова Ш.С. _____	42	Хирургические осложнения брюшного тифа в современных условиях	
Осложнения при консервативных пластических операциях на трубах при трубной беременности		Карабаев Б.Х., Рузиев С.А., Карабаев Х.К., Элмуродов А.Н., Очилов С.Ш., Арашев Р.Р. _____	53
Джуманиязова З.Р., Нысанбаев А.К. _____	43	Гнойные поражения крупных суставов у обожженных	
Диагностика и лечение осложнений калькулезного холецистита		Карабаев Ж.Ш., Шакиров Б.М., Хакимов Э.А., Тагаев К.Р. _____	53
Жаббаров З.И., Карабаев Х.К., Жулбеков К.И., Шоназаров И.Ш., Очилов С.Ш., Усаров Т.А., Арашев Р.Р. _____	43	Прогнозирование, лечение и профилактика тромбозов легочной артерии	
Травмы во время беременности		Карабаев Х.К., Ахмедов Ю.М., Аминов У.Х., Хайдаров Г.А., Махмудов Ф.Ч., Норов М.Ч. _____	54
Жаббаров У.У., Каримов З.Д. _____	44	Эвентрация после неотложной лапаротомии	
Синдром тяжелой контузии матки у беременных		Карабаев Х.К., Ахмедов Ю.М., Аминов У.Х., Тагаев К.Р., Мустафакулов И.Б., Жулбеков К.И., Карабаев Б.Х. _____	55
Жаббаров У.У., Каримов З.Д. _____	44	Осложнения внутриматочной контрацепции	
Прогнозирование и комплексная профилактика послеоперационных осложнений в хирургии больших и гигантских вентральных грыж		Каримов З.Д. _____	56
Захидова С.Х. _____	46	Алгоритм диагностики перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки	
Влияние характера терапии гестационного сахарного диабета на акушерские и перинатальные результаты		Каримов Ш.И., Асраров А.А., Хакимов М.Ш., Холматов Ш.И., Ашуров Ш.Э. _____	56
Зухурова Н.К. _____	46	Длительная внутриартериальная катетерная терапия в лечении панкреонекроза	
Гестационный сахарный диабет: новый вызов современному акушерству и перинатологии		Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Рахманов С.У., Усаров Т.А., Хасанов В.Р. _____	57
Зухурова Н.К. _____	47	Особенности диагностики и лечения периапулярных опухолей, осложненных механической желтухой	
Тактика респираторной и небулайзерной терапии в профилактике бронхолегочных осложнений у больных с абдоминальным компартмент-синдромом		Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Адыходжаев А.А., Рахманов С.У., Хаджибаев Ф.А., Хасанов В.Р. _____	57
Ибадов Р.А., Арифжанов А.Ш., Стрижков Н.А., Гизатулина Н.Р. _____	48	Возможности лапароскопии в диагностике перфорации гастродуоденальных язв	
Алгоритм респираторной терапии у больных тетрадой Фалло после наложения подключично-легочного анастомоза		Хакимов М.Ш., Асраров А.А., Беркинов У.Б., Холматов Ш.Т., Ашуров Ш.Э. _____	58
Ибадов Р.А., Жуламанова Д.И. _____	49	Диагностика и лечение послеоперационных обструктивных заболеваний легких	
Особенности системного подхода к анализу нервно-психических расстройств у пациентов с болезнью Крона		Касимов Э., Жумаев М.Б. _____	58
Изюмов Д.П., Изюмова Г.А., Ибадуллаев З.Р., Ярашев Р.С., Рузметов У.К., Назаров М., Муратова Н.М. _____	49	Дифференцированный подход к лечению осложненных форм гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки	
Структура и профилактика неврологических осложнений при острых панкреатитах		Касымова Д.М. _____	59
Изюмов Д.П., Изюмова Г.А., Ибадуллаев З.Р., Ярашев Р.С., Рузметов У.К., Назаров М.С., Муратова Н.М. _____	50	Антимикробная фотодинамическая химиотерапия с 1,9 диметил-метиленовым синим	
Возможные интраоперационные осложнения при хирургическом лечении грыж межпозвонковых грыж		Касымова К.Р. _____	59
Исаков Б.М., Давлатов Б.Н., Исаков К.Б., Ташиланов М.М., Шарипов А.А. _____	50	Новые возможности профилактики и лечения хирургической инфекции	
Исаков Б.М., Давлатов Б.Н., Исаков К.Б., Ташиланов М.М., Шарипов А.А. _____	50	Касымова К.Р., Султанов П.К. _____	60
Видеоторакоскопические вмешательства при сочетанных травмах груди		Реинфузия асцитической жидкости при синдроме портальной гипертензии, осложненным диуретикорезистентным асцитом, на почве цирроза печени у детей	
Исхаков Б.Р., Жалилов Э.Т., Рахимов Б.А., Джурабоев А.М. _____	51	Косимов З.Н., Шевкетова Л.Ш., Рахимов Б.С., Аллаев М.Я., Косимов О.З., Рахмонов А.А. _____	60
Портальная гемодинамика после эндоскопической склеротерапии варикозно расширенных вен пищевода		Беморларда операциядан сўнгги даврда критик холатларни аниқлашда информацион компьютер технологиялардан фойдаланиш афзалликлари	
Кадыров Р.Н. _____	51	Қорабоев М.К., Сайдалиев С.С., Хошимов А.Г., Тўланов Ш.А., Орипов А.С. _____	61
Лазеры в профилактике раневых осложнений у больных с ущемленными вентральными грыжами		Профилактика инфекционных осложнений при эндоскопических манипуляциях в урологии	
Калиш Ю.И., Аметов Л.З., Шаюсупов А.Р. _____	52		

Мавланов Р.К., Парпиев Э.А., Исомухамедов Ж.Б. ____ 61	Тагаев К.Р., Махмудов Ф.Ч., Норов М.Ч. _____ 71
Анализ послеоперационных осложнений в экстренной хирургии (по данным аутопсий) Магруппов Б.А., Убайдуллаева В.У., Вerveкина Т.А. ____ 62	Послеоперационная эвентрация при повреждениях живота Мустафакулов И.Б., Карабаев Х.К., Аллаев Н.М., Махмудов Ф.Ч., Норов М.Ч., Хужамов О.Б. _____ 71
Осложнения хирургических вмешательств – общий взгляд на проблему Магруппов Б.А., Убайдуллаева В.У., Вerveкина Т.А. ____ 63	Острая спаечная непроходимость – грозное осложнение после операции и травм органов брюшной полости Мустафакулов И.Б., Карабаев Х.К., Шоназаров И.Ш., Эгамов Б.Т., Карабаев Б.Х., Тагаев К.Р., Усманов Г.А. ____ 72
Пути коррекции фульминантной печеночной недостаточности трансплантацией клеток печени Мадаминов А.А., Уразметова М.Д., Ахмедова Р.К. ____ 64	Результаты профилактической антибактериальной терапии в экстренной абдоминальной хирургии Нажмиддинов Л.М., Бафоев З.П., Курбанов Ф.У. ____ 73
Профилактика белковой недостаточности у больных с острым деструктивным панкреатитом Мамадумаров Т.С., Эралиев М.Й., Абдуллаев Б.К., Мухитдинов У.Р., Мадирова Л.О. _____ 65	Особенности диагностики и выбора тактики лечения больных с послеоперационным перитонитом Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Ходжиев Д.Ш., Садыков Р.Ю. _____ 73
Поражение кишечника при химических ожогах пищеварительного тракта Маликов Б.Х., Кенжемуратова К.С., Умаров А.С., Хушвактов С.Т., Матякубов К.Э. _____ 66	Осложнения после обширных анатомических резекций печени Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш., Сайдазимов Е.М., Хакимов Ю.У. _____ 74
Способы профилактики венозных тромбозомических осложнений в экстренной хирургии Мамасолиев Н.С., Верткин А.Л., Юлдашев Р.Н., Сайитжонов Л.С. _____ 66	Критерии оценки тяжести течения и выбора тактики лечения послеоперационных абсцессов брюшной полости Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Ходжиев Д.Ш., Садыков Р.Ю. _____ 75
Типичные клинические ситуации, при которых необходимо взаимодействие хирурга и терапевта Мамасолиев Н.С., Верткин А.Л., Юлдашев Р.Н. ____ 67	Операция Гартмана при хирургических заболеваниях и травмах толстой кишки Нарзуллаев С.И., Карабаев Х.К., Жаббаров З.И., Захидова С.Х., Исмоилов И.И. _____ 75
Медикаментозная кардиоверсия пароксизмов фибрилляции предсердий Маткаримов С.О., Жуманиязов Д.К., Худайназаров И.А., Машаринов М.С. _____ 67	Осложнения кардиодилатации при лечении больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Бекчанов Х.Н., Цой А.О., Курбанов А., Мальков А. _____ 76
Ўткир аппендицит диагностикаси ва даволаш натижалари Махмудов А.Х., Хаитов А.Х., Мухтаров Х.А., Юлдашов Ч.Ю. _____ 68	Частота и тактика лечения осложнений эндоскопических манипуляций при лечении нерезектабельных стадий рака пищевода Низамходжаев З.М., Струцкий Л.П., Лигай Р.Е., Омонов Р.Р., Рахимов С.О. _____ 77
Особенности профилактики осложнений у больных с артериальной гипертонией при лапароскопической холецистэктомии в условиях ФФ РНЦЭМП Махмудов Х.А., Аббасханов Г.Х., Махмудов А.Ф., Юнусов О.Я. _____ 68	Особенности послеоперационных осложнений пластики пищевода у больных с постожоговыми рубцовыми стриктурами Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Абдуллаев Д.С., Мальков А.В. _____ 78
Эндоскопия при кровотечениях из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта Муминов Р.Д., Касимов Э.К., Нормуродов К., Расулов З.С. _____ 69	Пути снижения осложнений в хирургии острого аппендицита Нишонов Х.Т., Исантурдиев У.И., Кунишев Ш.У., Рахимов П.Н. _____ 78
Методика структурного анализа в предотвращении дефектов оказания экстренной медицинской помощи в урологической практике специализированного центра Муратова Н.Б. _____ 69	Значение назогастроэнтеральной интубации в предупреждении послеоперационных абдоминальных осложнений Нишанов Х.Т., Исантурдиев У.И., Ортиков А.М., Бегманов Р.Б. _____ 79
Холецистэктомия из минидоступа при деструктивных формах острого холецистита Муртазаев З.И., Рустамов М.И., Камолов Т.К., Хужабаев С.Т., Бойсариев Ш.У., Шеркулов К.У., Дусияров М.М. _____ 70	Роль динамической торакоскопии в диагностике и лечении осложнений изолированных закрытых травм грудной клетки Нишанов Х.Т., Джурабаев Н.Э., Расулов З.С. _____ 79
Профилактика ТЭЛА у больных с флотирующими тромбозами магистральных вен Мусоев Т.Я., Хамдамов У.Р., Аюбов Б.М., Хайдаров Ф. ____ 70	Пути повышения качества и эффективности консультаций терапевта в неотложных
Диагностика и профилактика послеоперационных осложнений при сочетанных повреждениях живота Мустафакулов И.Б., Карабаев Х.К., Хайдаров Г.А.,	

хирургических ситуациях Ниязов З.М., Мамасолиев Н.С., Верткин А.Л., Усманов Б.У. _____	Эндоскопическая профилактика острого билиарного панкреатита Ризаев К.С., Эрметов А.Т., Мамаджанов А.А., Рузиматов А.Э., Тожибоев А.Х., Пулатов Х.Н. _____
80	90
Роль лапароскопии в urgentной хирургии брюшной полости Норкузиев Ф.Н., Порсахонов Р.Г., Маматкулов Ж.А., Нахалбоев Р.Т., Хамидов Ш.С. _____	Отдаленные послеоперационные осложнения у больных с деструктивным панкреатитом Ризаев К.С., Эрметов А.Т., Солиев Б.Э., Мамадумаров Т.С., Курбонбоев Б.Н., Алижанов А.А. _____
81	90
Причины конверсий при лапароскопических холецистэктомиях Норкузиев Ф.Н., Порсахонов Р.Г., Хамидов Ш.С., Маматкулов Ж.А. _____	Бронхолегочные осложнения при сочетанной травме груди и живота и их профилактика Сайдалиев С.С., Ахмедов М., Кодиров М.А., Холматжонов С.С. _____
81	91
Ближайшие послеоперационные осложнения после ушивания перфоративных гастродуоденальных язв Норкузиев Ф.Н., Нахалбоев Р.Т. _____	Профилактика нарушений бронхиальной проходи- мости при различных вариантах холецистэктомий Темиров Р.И., Курбонбоев Б.Н., Хусаинов А.А. _____
82	91
Чуқур куйиш жарохатларида даволаш самадорлигини ошириш йўллари Орипов Д.У., Ёриев А.О., Исаков Н.Н. _____	Цитологические исследования мокроты после различных вариантов холецистэктомии Темиров Р.И. _____
82	92
Лимфатическая стимуляция в терапии гиперазотеми- ческих осложнений при кишечной непроходимости Пахмулин И.Р., Ходжиматов Г.М. _____	Применение фотодинамической терапии в лечении гнойных послеоперационных ран Тешаев О.Р., Муродов А.С., Садыков Р.Р. _____
83	92
Послеоперационная эмпиема плевры, причины развития и пути профилактики Пахомов Г.Л., Худайбергенов Ш.Н., Хаялиев Р.Я., Ирисов О.Т. _____	Антибактериальная профилактика и терапия в абдоминальной хирургии Тешаев О.Р., Мадаминов Р.М., Муродов А.С. _____
83	93
Диагностика и лечение посттравматической пнев- монии у больных с закрытыми травмами груди Пулатова Г.М., Таджибаева Г.М. _____	Непосредственные и отдаленные осложнения лапароскопической холецистэктомии Тимошин А.Д., Мирзаев А.У., Барнаев А.Л., Шодиев С.И. _____
84	94
Профилактика тромбоэмболических осложнений лапароскопической холецистэктомии Райимов Г.Н., Холматов К.К., Набижонов О.Г. _____	Оказание экстренной медицинской помощи больным с острой кишечной непроходимостью Тогаев Ш.Б., Норбоев О.И., Мурадов Б.Х. _____
85	94
Рациональное дренирование брюшной полости и антибактериальная терапия у больных перитонитом Райимов Г.Н., Холматов К.К., Набижонов О.Г. _____	Тактика лечения болезни Крона тонкой и толстой кишки в экстренной хирургии Тогаев Ш.Б., Наврузов М.Н., Тулаков Р.П., Гелдиев Б.Д. _____
85	95
Бедренно-берцовое аутовенозное шунтирование in situ в лечении критической ишемии нижних конеч- ностей Расулов У.А. _____	Ранняя профилактика и лечения послеоперационного панкреатита Тоиров А.С., Камалов С.К., Ахмедов А.И., Худойназаров У.Р. _____
86	96
Хирургическое лечение гастродуоденальных язв, осложненных перфорацией Рахимов Р.И., Хожимбоев А.М. _____	Флеботромбозы и риск развития тромбоэмболии легочной артерии у больных с механической трав- мой таза и нижних конечностей Туляков Р.П., Тогаев Ш.Б., Кушиаев Н.П., Кодиров Б. _____
87	96
Профилактика септических осложнений после не- отложного хирургического вмешательства у боль- ных с нарушенной внепочечной беременностью Рахманкулова Ш.С., Якубова О.А., Насриддинова Г.У., Нуриддинова Ш.М. _____	Ошибки в диагностике и лечении осложненных форм острого аппендицита Тургунов Ш.Ш., Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Холматов Х.Р. _____
87	97
Профилактика гнойно-септических осложнений после операций добровольной хирургической сте- рилизации у женщин репродуктивного периода Рахманкулова Ш.С., Якубова О.А., Насриддинова Г.У., Нуриддинова Ш.М. _____	Ошибки в диагностике и лечении перфоративных язв двенадцатиперстной кишки Тургунов Ш.Ш., Ходжиматов Г.М., Холматов Х.Р. _____
88	98
Диагностика и лечение осложнений травматических повреждений мочевого пузыря Рашидов М.М., Абдуллажанов М.М. _____	Микробиологическая диагностика инфекций мочевого тракта у урологических больных Турсунова М., Артиков Д., Мемджанова А. _____
88	98
Прогнозирование послеоперационных осложнений у больных деструктивным панкреатитом Ризаев К.С., Мамадумаров Т.С., Курбонбоев Б.Н., Алижанов А.А. _____	Осложнения, которых могло бы не быть Тучин С.В., Миннуллин И.П., Озеров В.Ф., Мирошниченко А.Г. _____
89	99
	Сравнительная оценка различных методов гемо- стаза, используемых для профилактики кровоте- че-

ния после чреспузырной аденомэктомии Убайдуллаев Г.У., Исматов Б.М., Атамурадов Ш.К., Низомов О.Ш. _____ 99	Хамдамов У.Р., Арабов Х.У., Мусоев Т.Я. _____ 107
Клеточно-опосредованная реакция у животных при трансплантации фетальных изолированных гепатоцитов Уразметова М.Д., Мадаминов А.А., Ахмедова Р.К. _____ 100	Хирургическая тактика при остром восходящем тромбофлебите поверхностных вен нижних конеч- ностей Хамдамов У.Р., Ходжаев К.Ш. _____ 108
Характеристика функционального состояния пи- щеварительно-транспортного конвейера углево- дов в динамике после операции ушивания перфо- ративной дуоденальной язвы на фоне разлитого перитонита Усманов М.М., Аталиев А.Е., Тешаев О.Р., Худайбергенова Н.Ш. _____ 101	Антикоагулянтная профилактика тромбоэмболи- ческих осложнений после спленэктомии Хамдамов Х.Х., Ходжиматов Г.М., Пахмурин И.Р., Тургунов Ш.Ш., Холматов Х.Р. _____ 108
Применение биполярной электрокоагуляции в хирургическом лечении острого геморроя Усманов Х.Х., Сарманов Д.И., Арипова Н.М. _____ 102	Анализ причин релапаротомий в экстренной абдо- минальной хирургии Ходжиев Д.Ш., Бабаджанов А.Х., Садыков Р.Ю. _____ 109
Гастродуоденал яралардан қон кетишда қўшма эндоскопик даво Файзиев А.Б., Тогаев Ш.Б., Туляков Р.П., Норбоев О.И. _____ 102	Анализ ошибок и летальных исходов при перитоните Ходжиматов Г.М., Тургунов Ш.Ш., Хамдамов Х.Х., Холматов Х.Р. _____ 109
Профилактика осложнений при использовании внутриматочной спирали Фаттахова И.Ш., Норова Г.И., Усманова Н.Ю., Клычева Т.К. _____ 103	Результаты лечения послеоперационного перитонита Ходжиматов Г.М., Тургунов Ш.Ш., Хамдамов Х.Х., Холматов Х.Р. _____ 110
Результаты хирургического лечения больных с ранением перикарда и сердца Хаджибаев А.М., Шукуров Б.И., Рахмонов Р.О., Исаков Ш.Ш., Маткаримов З.Т., Исмаилов Г.Р. _____ 103	Проблемы своевременной диагностики и лечения острой кишечной непроходимости Ходжимухамедова Н.А., Туляганов Д.Б., Хаджибаев Ф.А., Мирзакулов А.Г. _____ 111
Эндовидеохирургия в лечении деструктивных форм острого аппендицита Хаджибаев А.М., Алиджанов Ф.Б., Арипов У.Р., Эргашев Д.Н. _____ 104	Диагностические ошибки при апоплексии яичника Хожибоев А.М., Рахимов Р.И., Махкамов Ё.М., Болтаев Х.А. _____ 112
Релапароскопия в диагностике и лечении после- операционного перитонита Хаджибаев А.М., Асомов Х.Х., Рискиев У.Р. _____ 105	Результаты хирургического лечения деструктив- ных форм холециститов у пациентов старческого и пожилого возраста Хожибоев А.М., Турдиев Б.Т., Хаджибаев Ф.А. _____ 112
Эндоскопическое прогнозирование рецидивного кровотечения из варикозно расширенных вен пи- щевода Хаджибаев А.М., Алтыев Б.К., Юсупов У.Р., Назаров Ш.М., Хаджибаев Ф.А. _____ 105	Қорин бўшлиғи ўткир хирургик касалликларига релапаротомия сабаблари Хожикурбанов Р.Т., Ибрагимов Ш.Т., Муродов А.М. _____ 113
Применение эндоскопических методов в лечении портальной гипертензии, осложненной кровоте- чением Хаджибаев А.М., Алтыев Б.К., Хаджибаев Ф.А., Юсупов У.Р., Хашимов М.А. _____ 106	Диагностика и хирургическое лечение поврежде- ний печени при травмах живота Холматов К.К., Райимов Г.Н., Набижонов О.Г. _____ 113
Профилактика послеоперационных кровотечений у больных с уропатологией Хайдаров А.Х., Артиков Д.Н., Дадажонов Ф.А., Умаров А.Р. _____ 106	Подбор антикоагулянтных средств для профилак- тики тромбоэмболических осложнений у больных с черепно-мозговой травмой в послеоперационном периоде Холмирзев П.Х., Пузалов Б.И., Отабаев И.И. _____ 114
Профилактика и лечение эрозивно-язвенных пора- жений и желудочно-кишечного кровотечения у тяжелообожженных Хакимов Э.А., Фаязов А.Д., Карабаев Х.К., Шакиров Б.М., Ахмедов А.А., Карабаев Б.Х., Эшмуродов О.Э. _____ 107	Когнитивные нарушения при псевдобульбарном синдроме Холмуродова З.Б., Ахмедов З.К., Юлдашева Р.М., Элмуродова Н.Х., Ахмедова М.Ю. _____ 114
Диагностика и комплексное лечение илеофемо- рального венозного тромбоза	Тактика сосудистого хирурга при акушерских кро- вотечениях Хомиджонов И.Б., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т. _____ 115
	Алгоритмы и компьютерные технологии прогно- зирования послеоперационных осложнений в аб- доминальной хирургии Хошимов В.Г., Акбарова М.А., Махмудов Н.И. _____ 115
	Профилактика послеоперационных местных осложнений после аллогерниопластики у больных с ущемленными вентральными грыжами Худайбергенов Ш.А., Абидов У.О., Аюбов Б.М. _____ 116
	Диагностика и лечебная тактика при остром ап- пендиците у беременных

Худайбергенов Ш.А., Муродов Т.Р., Абдурахманов Ш.М., Аюбов Б.М., Мухидов У.Р. _____	Использование диатермокоагуляционного зонда при бронхиальных свищах у больных в послеоперационном периоде Эшонкулов Ч.И., Эгамбердиев Т.Э., Умурзаков Н.Р. _____
116	123
Тактика лечения больных с ранениями грудной клетки Худайбергенов Ш.А., Ходжаев К.Ш., Муродов Т.Р., Абдурахманов Ш.М., Чулиев А.Т. _____	Новый подход к лечению осложненных форм аппендицитов Юлдашев А.Х., Султонов А.Т., Акбарова _____
117	123
Роль эхографии в диагностике острого деструктивного холецистита Худайбергенов Ш.А., Мурадов Т.Р., Мухидов У.Р., Абдурахманов Ш.М., Чулиев А.Т. _____	Операциядан кейинги даврда беморларда ўпка асоратларини олдини олиш ва даволашда регионал лимфатик терапия Юлдашев А.Х., Махмудов Н.И., Султанов А.Т. _____
117	124
Эндохирургическое восстановление проходимости при доброкачественных стенозирующих образованиях гортани, трахеи и бронхов Худайбергенов Ш.Н., Эшонходжаев О.Д., Ирисов О.Т., Хаялиев Р.Я., Ризаев Э.О. _____	Диагностика, лечение и профилактика послеоперационных осложнений у больных с ранениями сердца и перикарда Юлдашев Б.Г., Эгамбердиев Т.Э., Эшонкулов Ч.И., Умурзаков Н.Р. _____
118	125
Опыт проведения консервативной миомэктомии во время беременности Хусанходжаева М.Т. _____	Анастомозиты после резекции желудка и их лечение Юлдашев Г.Ю., Якубова Ф.У., Ниязметов С.Б., Рахимов И.Р. _____
119	125
Коронарное шунтирование на работающем сердце – эффективный путь профилактики периперационных осложнений Шарипов И.М., Исамухамедов Ш.Ш., Эгамбердиев Ш.И., Хашимов Х.Р., Вахидов Т.З., Маткаримов З.Т. _____	Лигатурный свищ, исходящий из культы брыжейки червеобразного отростка после аппендэктомии Юнусов И.И., Бабажонов А.Б., Курбонов Ш.Р. _____
119	126
Результаты оперативного лечения рубцовых стенозов трахеи Шаумаров З.Ф., Рахманов Р.О. _____	Пластика сгибателей сухожилий кисти и пальцев в экстренной хирургии Юнусов М.М., Ирисметов Р.Ш., Джуроева Ш.У., Рахимов А.Я. _____
120	127
Тактика хирургического лечения закрытых повреждений диафрагмы Шукуров Б.И., Гулямов Б.Т., Кучкаров О., Исаков Ш. _____	Значение энтерального зондового питания у больных, перенесших операцию на желудке и двенадцати перстной кишке Якубова Ф.У., Болтаев Д.Э., Сапаев Д.Ш. _____
120	127
Анализ послеоперационных осложнений распространенного перитонита Эрметов А.Т., Исхаков Б.Р., Солиев Б.Э. _____	Применение препарата декасан в послеоперационном периоде при панкреонекрозах Яриев И.А. _____
121	128
Осложнения лапароскопической холецистэктомии и их лечение Эрметов А.Т., Исхаков Б.Р., Юлдашев О.М., Исхаков Н.Б. _____	Анализ 74 случаев развития стриктур уретры у мужчин после различных манипуляций Акилов Ф.А., Хасанов А.И., Мирхамидов Д.Х. _____
122	128

2. Осложнения при травмах, ожогах и отравлениях: профилактика и лечение

Погрешности Эхо-ЭГ-исследования при нейрохирургической патологии головного мозга Абдукадырова И.А., Алимов Х.М. _____	Абдуллаев У.Х., Фаязов А.Д., Надирханов О.Р., Назарова Ф.С. _____
129	131
Структура и частота осложнений ожоговых травм у больных, госпитализированных в отделение комбустиологии РНЦЭМП Абдуллаев А.М., Шукуров С.И., Ажиниязов Р.С. _____	Пути профилактики осложнений при термоинглексионном поражении Абдуллаев У.Х., Фаязов А.Д., Нодирханов О.Р., Убайдуллаев З.Ш. _____
129	131
Анализ послеоперационной летальности у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой Абдуллаев Д.Д., Тожиев М.Т., Раззаков В.В., Низомидинов М.С., Сиддинов Б.У. _____	Значение эхоэнцефалографии в диагностике множественных травматических внутричерепных гематом Абдурасулов Ф.Х., Мирзабаев М.Д., Абдукадырова И.А. _____
130	132
Трудности диагностики двусторонних травматических внутричерепных гематом супратенториальной локализации Абдуллаев Д.Д., Уринбоев Б.К., Исроилов З.Г., Эргашев М.Б. _____	К вопросу проведения двухэтапного гемостаза у больных с травматическими эпидуральными гематомами Агзамов М.К., Юлдашев Ш.С., Тошпулатов Ш.П., Агзамов И.М. _____
130	132
Пути профилактики осложнений ожоговой болезни при комбинированной и сочетанной травме	Результаты трансфеноидальных вмешательств у больных с аденомами гипофиза, осложненными

- питуитарной апоплексией
Азизов М.М., Махкамов К.Э. _____ 132
- Профилактика бронхолегочных осложнений у больных с острыми отравлениями нейрорепелентами
Акалаев Р.Н., Стопницкий А.А. _____ 133
- Анализ факторов риска суицидального поведения подростков, поступивших с острыми химическими отравлениями
Акалаев Р.Н., Хонбобоева Р.Х., Стопницкий А.А. _____ 134
- Тактика хирургического вмешательства субтенториальных менингиом и также их рецидивов
Алимов Д.Р. _____ 134
- Особенности проведения анестезии больным с черепно-мозговой травмой
Алимов Ф.Х., Усмонов А.К., Ортиков А.А., Очиллов И.О. _____ 135
- К профилактике гнойно-воспалительных осложнений при лечении открытых вдавленных переломов черепа
Арзикулов Т.Н., Расулов А.Э., Ибрагимов Б.Х., Фармонов Т.М. _____ 135
- Профилактика пролежней при вертебральной травме
Арзикулов Т.Н., Расулов А.Э., Рахмонов Х.А., Ибрагимов Б.Х., Мухаммадиев А.Г. _____ 136
- Неотложная тактика в лечении окклюзионного синдрома при опухолях головного мозга
Асадуллаев У.М., Якубов Ж.Б., Алтыбаев У.У., Заремба А.Е., Махкамов М.К. _____ 136
- Лечение и профилактика ранних послеоперационных осложнений при тяжелых тракционных повреждениях и травматических дефектах кисти
Асамов Р.Э., Низов О.Н., Минаев Т.Р., Йулдашев М.Ж., Хакимов А.Б. _____ 137
- Ранняя травматическая коагулопатия — один из ведущих факторов патогенеза острого периода травматической болезни
Афончиков В.С., Девотченко А.В., Котлярский А.Ф., Соколова Е.С. _____ 138
- Сравнительная оценка влияния синтетических коллоидных плазмозаменителей на реологические свойства крови и коагуляционную активность гуморальных факторов свертывания
Афончиков В.С., Девотченко А.В., Петрова А.А. _____ 139
- Принципы ургентного обследования и лечения ребенка при разрывах спинномозговых грыж или ее угрозе
Ахмедиев М.М., Ваккасов Н.Й. _____ 139
- Ожоговый сепсис и некоторые пути его профилактики
Ахмедов А.А., Карабаев Х.К., Фаязов А.Д., Умаров А.С., Карабаев Б.Х., Шакиров Б.М. _____ 140
- Результаты лечения очаговых повреждений головного мозга при тяжелой черепно-мозговой травме
Ашуров З.И., Ашуров У.А., Шарифбаев С.А., Жиянов И.А., Хайдаров У.А. _____ 141
- Частота вторичной ишемии головного мозга при тяжелой черепно-мозговой травме
Ашуров З.И., Шарифбаев С.А., Давлатов И., Юсупов А.М., Исмаилов А.И., Жиянов А. _____ 142
- Осложнения оперативного лечения переломов ключицы и их профилактика
Баратов А.Б., Шукуруллаев А.Р., Баратов Ж.А. _____ 142
- Анализ лечения переломов бедренной кости у больных с политравмой
Баратов А.Б., Шукуруллаев А.Р., Камолов Ё.О. _____ 143
- Тактика лечения грыжи межпозвоночных дисков
Бегалиев С.М., Алламуратов К.Е., Жоллыбеков Д.Б., Сапаров Ж.К. _____ 143
- Эпилептический синдром у больных с черепно-мозговой травмой
Бекчанов Х.Ю., Болтаев Р.Т., Машарипов Б.О., Уразбаев Ж.Д. _____ 144
- Хирургия травм шейного отдела позвоночника
Бердиев С.Х. _____ 144
- Течение черепно-мозговой травмы на фоне повреждений грудной клетки
Бобоев Ж.И., Рихсиев М.Д., Сойибеков И.Э. _____ 145
- Алгоритмизация экстренной медицинской помощи, оказываемой при острых отравлениях на догоспитальном этапе
Болтаев Д.Э., Якубова Ф.У. _____ 145
- Патогенетическое обоснование развития осложнений при черепно-мозговой травме
Бурханов И.М., Алейник В.А., Давлатов Б.Н., Хананияев Ф.Р., Давлатова Б. _____ 146
- Совершенствование методов иммунокоррекции у больных с осложнениями травматических внутричерепных кровоизлияний при тяжелых механических травмах
Бурханов И.М., Алейник В.А., Давлатов Б.Н., Хананияев Ф.Р., Давлатова Р.Б. _____ 146
- Компьютерная томография в диагностике острой черепно-мозговой травмы
Гоипов Р.И., Абдуллаев Д.Д., Уринбоев Б.К. _____ 147
- Выбор тактики лечения при вторичном эхинококкозе головного мозга у детей
Голушов С.В., Тулаев Н.Б. _____ 147
- Профилактика инфекционных осложнений на этапах медицинской помощи при множественной и сочетанной травме
Давлатов Б.Н., Матмусаев Х.Т., Шапаров П.К. _____ 148
- К лечению осложнений тяжелых механических повреждений
Давлатов Б.Н., Пахмулин И.Р., Мирзаюлдашев Н.Ю., Ахмедова М.С. _____ 149
- Профилактика гнойно-воспалительных осложнений при открытых переломах конечностей с использованием региональной лимфатической антибиотикотерапии препаратом амикацин
Дехканов К.М., Сариков И.З., Омонов Н.Н. _____ 150
- Пути снижения осложнений в условиях применения метода дистракционно-компрессионного остеосинтеза при лечении закрытых и открытых переломов
Джаббаров Д.Д., Куйлиев М.К., Тожибоев Б.А.

Маманазаров А.Х. _____	150	ния	Кузибаев Ж.М., Махкамов К.Э., Рахматов Т.Т. _____	159
Осложнение при лечении больных с открытыми переломами диафиза длинных трубчатых костей		Экспертная оценка клинико-статистической характеристики позвоночно-спинногнойной травмы в Кашкадарьинской области		
Еримбетов Д.А., Торемурастов С.Т., Наубетов Д.Д. _____	151	Кулдашев Д.Р., Бердиев С.Х. _____	160	
Анализы и причины переломов имплантатов		Диагностика и лечение осложнений при сочетанных закрытых травмах груди		
Жаббаров К.С., Машарипов К.М., Нурматов И.З., Ражабов О.С. _____	152	Кулиев Й.У., Арзиев Ш.Н., Отабобоев Ш.П. _____	161	
Ошибки и осложнения в лечении переломов ключицы		Значение московской шкалы комы и шкалы балльной оценки состояния для динамической оценки эффективности лечения черепно-мозговой травмы		
Жаббаров К.С., Машарипов К.М., Нурматов И.З., Ражабов О.С. _____	153	Мамадалиев А.М., Алиев М.А., Мамадалиева С.А. _____	161	
Пластика сгибателей сухожилий кисти и пальцев в экстренной хирургии		К изучению эффективности озонотерапии при переломах нижней челюсти в сочетании с краниocereбральной травмой		
Ирисметов Р.Ш., Джураева Ш.У., Рахимов А.А. _____	153	Мамадалиев А.М., Алиев М.А., Мамадалиева С.А. _____	162	
Декомпрессивно-стабилизирующие операции как профилактика поздних осложнений при позвоночно-спинальной травме		Значение клинических признаков для прогнозирования исходов в первое сутки после черепно-мозговой травмы		
Исаков Б.М., Давлатов Б.Н., Шарипов А.А., Ташланов Ф.Н., Мирзаюлдашев Н.Ю., Ибрагимова Р., Исаков К.Б. _____	154	Мамадалиев А.М., Мамадалиева С.А., Алиев М.А. _____	163	
Особенности профилактики и лечения гнойно-некротических осложнений костно-сосудистой травмы голени		Результаты лечения больных с сочетанными повреждениями таза и бедренной кости		
Исмаилов Ж.Т., Усманов Б.С., Камбаров Б.С. _____	154	Махкамов И.Х., Валиев Э.Ю., Хакимов Р.Н. _____	163	
Детоксикационный эффект комплексной детоксикационной терапии при острых отравлениях изонитридом тяжелой степени, осложненных коматозным состоянием, отеком мозга и судорожным синдромом		Опыт профилактики вторичного синдрома «пустого турецкого седла» и назальной ликвореи после трансфеноидальной аденомэктомии		
Калназаров Т.Ж. _____	155	Махкамов К.Э., Азизов М.М. _____	164	
Современные возможности местного лечения ожоговых ран		Травматические субдуральные гидромы как осложнение средней и тяжелой черепно-мозговых травм у детей		
Камилов У.Р., Фаязов А.Д. _____	155	Махкамов К.Э., Тухтабеков З.Л., Мусаев А.К. _____	165	
Восстановление непрерывности толстой кишки после операции Гартмана		Предупреждение гнойно-воспалительных осложнений при нейротравмах		
Карабаев Х.К., Нарзуллаев С.И., Жулбеков К.И., Жаббаров З.И., Карабаев Б.Х., Худойназаров Р.М., Авазов А.А., Нурбаев Э.О. _____	156	Махматмунинов С.Н., Боймуродов Х.Б., Нафасов Б.Д. _____	165	
Анализ диагностических ошибок при ведении больных с сочетанной травмой грудной клетки и костей верхней конечностей		О профилактике вторичных осложнений тяжелых черепно-мозговых травм		
Каримов Б.Р., Валиев Э.Ю., Рахманов Р.О., Хашимов Р.А. _____	157	Махматмунинов С.Н., Махкамов К.Э., Аллаев Д.Х. _____	165	
Применение препарата аминол у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой		Острое отравление фосфорорганическими соединениями		
Касымов Х.Р., Толипов Д.Р. _____	157	Махмудов А.Ф., Юсупова Д.М., Турдиматов Б.А. _____	166	
Острый панкреатит – опасное осложнение при отравлениях этанолом		Профилактика и лечение легочных осложнений при тяжелых черепно-мозговых травмах		
Кенжемуратова К.С., Маликов Б.Х., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Муминов Ш.У. _____	158	Машарипов Б.А., Норматов С.Г., Шениязов С.А., Нурматов И.З. _____	166	
Сердечно-сосудистые осложнения при отравлениях этанолом		Профилактика ранних гнойно-воспалительных осложнений при открытых черепно-мозговых травмах		
Кенжемуратова К.С., Маликов Б.Х., Хушвактов С.Т., Муминов Ш.У. _____	158	Машарипов Б.О., Норматов С.Г., Шениязов С.А., Нурматов И.З. _____	167	
Гнойно-воспалительные осложнения при краниопластики		Эпидемиологические аспекты изучения проблемы травматизма		
Ким А.А., Реймбаев А.Ю. _____	159	Машарипов К., Нурматов И.З., Ражапов О.С., Машарипов Ж.К. _____	167	
Профилактика послеоперационных церебральных осложнений при инсульт-гематомах с применением малоинвазивных хирургических методов лече-		Современная диагностика и хирургическое лечение новообразований головного мозга		
		Муродова Д.С., Ахмедиев М.М., Махмудова З.С. _____	168	

Профилактика нейроортопедических осложнений при операциях на межпозвонковых дисках <i>Наврұзов А.А., Югай А.М., Эргашев Р.Х., Джумаев М.Б.</i> _____ 168	Профилактика ближайших осложнений в лечении больных с множественными повреждениями плюсневых костей <i>Сафаров М.Н., Тошев Б.Р., Муминов А.Ш., Бобоев Ш.А.</i> _____ 176
Осложнения лечения переломов костей голени у больных с политравмой и их профилактика <i>Наркузиев Ф.Н., Шукуруллаев А.Р., Баратов А.Б., Суяров З.</i> _____ 168	Профилактика кардиотоксических осложнений с применением β -адренергических блокаторов в лечении острых отравлений амитриптилином <i>Сафаров Х.О., Шодиев А.С., Хусенов О.Н.</i> _____ 177
Хирургическая коррекция осложнений нетравматических внутричерепных кровоизлияний у детей раннего возраста <i>Насимов С.Т., Махкамов К.Э., Тухтабеков З.Л.</i> _____ 169	Оценка резервного пространства черепа при внутричерепных кровоизлияниях у лиц пожилого и старческого возраста <i>Сойибов И.Э., Мирзабаев И.Д.</i> _____ 177
Осложнения при переломах трубчатых костей у больных пожилого возраста <i>Наубетов Д.Д., Еримбетов Д.А., Торемуратов С.Т.</i> _____ 170	Профилактика поздних осложнений у больных с острыми отравлениями уксусной кислотой тяжелой степени <i>Стопницкий А.А., Акалаев Р.Н.</i> _____ 178
Применение фиброгастродуоденоскопии в комплексном лечении желудочно-кишечных кровотечений у тяжелообожженных <i>Орипов Д.У., Азизов А.А., Исаков Н.Н.</i> _____ 170	Гнойно-септические осложнения после ампутаций нижних конечностей у больных с критической ишемией <i>Сувонов Ж.Н., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т.</i> _____ 179
Перспективный анализ количества летальных исходов у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой <i>Пахмурин И.Р., Ходжиматов Г.М., Давлатов Б.Н.</i> _____ 170	Современные меры профилактики и лечения инфекционно-деструктивных изменений со стороны лёгких у обожженных <i>Султонов Б.К., Кабулниязов А.Б., Жуманиязов М.Б., Мусаев Ш.М.</i> _____ 179
Постуральные осложнения при экстренных вертебрологических операциях <i>Пахмурин И.Р.</i> _____ 171	К вопросу хирургической тактики и лечения гнойно-некротических поражений при синдроме диабетической стопы <i>Тешаев О.Р., Юнусов И.И., Курбанов Ш.Р.</i> _____ 180
Атлантаксиальные дислокации у детей <i>Перфильев С.В.</i> _____ 172	Ошибки и осложнения при лечении повреждений вертлужной впадины с применением спице-стержневого аппарата внешней фиксации <i>Тиялков А.Б.</i> _____ 180
К вопросу о качестве жизни больных с повреждениями и некоторыми заболеваниями позвоночника в зависимости от метода стабилизации <i>Перфильев С.В.</i> _____ 172	Динамика ранних КТ-изменений головного мозга при остром ишемическом инсульте <i>Тогаев Ш.Б., Махматмуминов С.Н., Нормуминов Ф.К., Хамроев Ж.Х.</i> _____ 181
К вопросам профилактики послеоперационных осложнений у нейрохирургических больных <i>Пирназаров Д.А., Агзамов М.К.</i> _____ 173	Бессимптомные флелотромбозы у больных со скелетной травмой <i>Тогаев Ш.Б., Туляков Р.П., Аллаев Д.Х., Нуриллаев Д.Я.</i> _____ 182
Ожоговое поражение IV степени костей и суставов и их осложнения <i>Раджабов У.А., Шакиров Б.М., Аминов У.Х., Хакимов Э.А., Карабаев Ж.Ш.</i> _____ 173	Профилактика послеоперационного дисцита после дискэктомии поясничного отдела позвоночника <i>Тожиев М.Т., Абдуллаев Д.Д., Ашуров И.С.</i> _____ 182
Современный диагностический метод остеонекрозов костей свода черепа у обожженных <i>Рузимурастов Д.А., Фаязов А.Д., Ажиниязов Р.С.</i> _____ 173	Послеоперационные осложнения после удалений межпозвонковых грыж дисков поясничного отдела позвоночника <i>Тожиев М.Т., Абдуллаев Д.Д., Уринбоев Б.К., Хусанов А.Э.</i> _____ 182
Особенности лечения тяжелых сочетанных травм костей и магистральных сосудов нижних конечностей <i>Сайдалиев З.Р., Хакимов Р.Н., Ахмедов Р.А.</i> _____ 174	Результаты использования доступа через отверстие можанди при опухолях червя мозжечка и полости четвертого желудочка у детей <i>Тулаев Н.Б., Голесов С.В.</i> _____ 183
Лечение и реабилитация послеоперационного рефлекторного мышечного спазма у больных с грыжами поясничных межпозвонковых дисков <i>Саидов С.С., Норов А.У., Мирзабаев М.Д., Холбоев У.Б.</i> _____ 174	Неотложная хирургическая тактика при нагноившихся кефалогематомах у новорожденных <i>Туляганов Б.А.</i> _____ 184
Профилактика и лечение осложнений тяжелых сочетанных черепно-мозговых травм <i>Сайпиев А.С., Пармонов С.Т., Жураев З.А.</i> _____ 175	
Лечение нейродистрофических осложнений после переломов дистальной части лучевой кости <i>Сайпиев А.С., Худойбердиев П.К., Хужакулов У.Б.</i> _____ 175	
Отдаленные осложнения оперативного лечения длинных трубчатых костей <i>Сайпиев А.С., Худойбердиев П.К., Хужакулов У.Б., Сувонов Н.О.</i> _____ 176	

- Выявление основных факторов риска развития флеботромбозов и тромбоэмболии легочной артерии у больных с травмами нижних конечностей
Туляков Р.П., Кушшаев Н.П., Кодиров Б.Р., Элмуродов Ш.М. _____ 184
- Сравнительный анализ профилактической эффективности двух схем гепаринотерапии у травматологических больных
Туляков Р.П., Тогаев Ш.Б., Нуриллаев Д.Я., Аллаев Д.Х. _____ 185
- Результаты рентгеноэндоваскулярных методов остановки кровотечений различной локализации
Турсунов Б.З., Усманов Х.Х., Абдуллаев Ф.Х., Абдукадыров А.А., Келдиеров Б.К. _____ 185
- Оценка эффективности N-ацетилцистеина при отравлениях парацетамолом
Турсунова Б.А., Шавази Н.М., Казимова М.К., Турсункулова Д.А., Азимова К.Т. _____ 186
- Краткая статистическая характеристика сочетанной травмы челюстно-лицевой области
Умаров О.М., Исаков Э.З. _____ 186
- Применение лимфатической антибиотикотерапии в комплексном лечении гнойно-септических осложнений у больных с острыми воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области
Умаров О.М., Султонов А.Т., Сирожитдинов У.К., Ахраров Б.М. _____ 187
- Комплексное лечение лиц пожилого возраста с черепно-мозговой травмой, сочетанной с переломами трубчатых костей, осложненными гнойной инфекцией
Умирсеригов Б.У., Рихсиев М.Д. _____ 187
- Роль трахеостомии в исходах лечения больных с тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмой
Усманов А.К., Шаминов У.Э., Ортиков А.А., Очилов И. _____ 188
- Профилактика и лечение осложнений у больных с артерио-венозной фистулой, находящихся на программном гемодиализе
Усманов Б.С., Базаров Р.С., Каримов О.М., Исмаилов Ж.Т. _____ 188
- Послеоперационные тромбозы глубоких вен
Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Дадабаев Х.Р., Сувонов Ж.Н. _____ 189
- Профилактика и лечение ранних послеоперационных осложнений у больных с тяжелыми открытыми травмами конечностей
Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Эркабаев А.К. _____ 190
- Постинъекционные ложные аневризмы магистральных артерий у наркоманов
Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Эркабаев А.К. _____ 191
- Осложнения, связанные с хирургической коррекцией водянки головного мозга у детей
Усмонов А.Н., Махкамов К.Э., Тухтабеков З.Л. _____ 191
- Билак сохаси очиқ жарохатларида операциядан кейинги асоратларнинг олдини олиш чора-тадбирлари
Усмонов Б.С., Исмоилов Ж.Т., Амонкулов З.К. _____ 192
- Профилактика и лечение тромбоэмболических осложнений у больных с политравмой
Утаев Л., Сайпиев А.С., Маликов Ю.Р. _____ 192
- Синдром полиорганной недостаточности у обожженных с термоингаляционной травмой
Фаязов А.Д., Камилов У.Р., Убайдуллаева В.У., Абдуллаев У.Х. _____ 193
- Хирургическая профилактика гнойно-септических осложнений ожоговой болезни у тяжелообожженных
Фаязов А.Д., Камилов У.Р., Шукуров С.И., Сабитов А.Т. _____ 193
- Роль микробиологического мониторинга в лечении пострадавших с термической травмой
Фаязов А.Д., Мухамеджанова Н.Н., Камилов У.Р., Шамуталов М.Ш., Сабитов А.Т. _____ 194
- Комплексная медикаментозная терапия синдрома жировой эмболии у больных со скелетной травмой
Хаджибаев А.М., Валиев Э.Ю., Мирджалилов Ф.Х. _____ 195
- Особенности хирургического пособия при сочетанных травмах органов брюшной полости
Хаджибаев А.М., Гулямов Б.Т., Шукуров Б.И., Хакимов А.Т. _____ 195
- Диагностика и лечение внутритканевого гипертензионного синдрома конечности у больных с шокогенной травмой
Хакимов Р.Н. _____ 196
- Значение препарата инфезол 100 при нутритивной поддержке у ожоговых больных
Хакимов Э.А., Аминов У.Х., Шакиров Б.М., Ашурова М.М. _____ 196
- Желудочно-кишечные осложнения у тяжелообожженных
Хакимов Э.А., Шакиров Б.М., Некбаев Х.С., Тагаев К.Р., Исмати О.Ф. _____ 197
- Артропластика при дегенеративно-дистрофических заболеваниях и последствиях травм тазобедренного сустава
Хамраев Ш.Ш., Хамраев А.Ш., Тугизов Б.Э., Шорустамов М.Т., Очилов Э.Р. _____ 197
- Влияние экстрацеребральных осложнений на послеоперационное течение нетравматических внутримозговых кровоизлияний
Ханкельдиев Н.З., Кузибаев Ж.М., Махкамов К.Э. _____ 198
- Комплексная интенсивная терапия токсической гепатопатии, осложненной развитием острой печеночной недостаточности
Хожиев Х.Ш., Стопницкий А.А., Ишбаев Н.А., Акалаев Р.Н. _____ 198
- Медикаментозная профилактика судорожного синдрома в послеоперационном периоде у больных с черепно-мозговой травмой
Холмирзаев П.Х., Юсупов А.М. _____ 199
- Возможные осложнения компьютерно-томографической ангиографии
Хусанходжаев Ж.У., Шарипов А.Х., Саттарова Ф.К. _____ 199
- Комплексное лечение послеожоговых трофических язв стопы
Шакиров Б.М., Раджабов У.А., Орипова Б.А., Карабаев Ж.Ш. _____ 200
- К профилактике гнойно-септических осложнений у обожженных больных
Шарапов П.К., Давлатов Б.Н., Халиков В.К.,

Ахмедова М.С. _____ 200	Результаты консервативного лечения переломов лучевой кости в типичном месте Шодмонов Б.Р., Эрназаров Х.М., Нуруллаев Д.Я., Нодиров Б.О. _____ 207
Особенности диагностики и хирургического лечения ликвореи при тяжелой черепно-мозговой травме Шарифбаев С.А., Ашуоров У.А., Ашуоров З.И., Исмаилов О.А., Жиянов И.А. _____ 201	Реакция иммунной системы на гнойно-септические осложнения ожоговой болезни Шукуров С.И., Фаязов А.Д. _____ 207
Поражения ствола головного мозга в тяжелой черепно-мозговой травме Шарифбаев С.А., Ашуоров У.А., Холмирзаев П.Х., Исмаилов А.И. _____ 202	Ранняя диагностика и лечение нетравматического внутримозгового кровоизлияния у детей грудного возраста Эминов Б.Ж., Исмаилов Х.С., Усмонов С.Т., Мамажанов Н.Н., Ким К.А. _____ 208
Совершенствование лечебной тактики у пострадавших с позвоночно-спинномозговой травмой осложненной воспалением в мочевыводящих путях Шарифбаев С.А., Исмаилов О.А., Жиянов И.А., Хайдаров У.А. _____ 202	Профилактика ранних осложнений после восстановительных операций при травматических дефектах терминальных отделов пальцев кисти Эркабоев А.К., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т. _____ 209
Осложнения транспедикулярной фиксации грудного и поясничного отделов позвоночника Шарифбаев С.А., Исмаилов О.А., Ашуоров З.И., Исмаилов А.И., Хайдаров У.А. _____ 203	Травматологик беморларда операциядан кейинги йирингли асоратларнинг профилактикаси Юлдашев З.Ш., Абдумасидов А.А. _____ 209
Влияние субстратных антигипоксантов на клеточный метаболизм Шах Б.Н., Теплов В.М., Кырнышев А.Г., Смирнов Д.Б. _____ 203	Травмы позвоночника и спинного мозга вследствие падения с высоты Юлдашев Р.М. _____ 210
Регионарная вазоактивная и метаболическая терапия при тяжелой черепно-мозговой травме Шах Б.Н., Теплов В.М., Смирнов Д.Б. _____ 204	К вопросам профилактики осложнений у больных с позвоночно-спинномозговыми повреждениями Юлдашев Ш.С., Агзамов М.К. _____ 210
Использование препаратов с высоким волемическим коэффициентом в составе инфузионной терапии пострадавших с тяжелым травматическим шоком Шах Б.Н., Теплов В.М., Смирнов Д.Б. _____ 205	Сравнительная оценка различных методов лечения гипертрофических послеожоговых рубцов крупных и мелких суставов конечностей Юнусов И.И., Низов О.Н., Жуманиезова Р.Н., Комилов У.Р., Джуроева Ш.У., Маткаримов З.Т. _____ 211
Ранние дыхательные нарушения при ожогах: профилактика и лечение Шевкетова Л.Ш., Рахимов Б.С., Сиражиддинов А.С., Усупова З. _____ 205	Роль мониторинга внутричерепного давления в лечении и профилактике внутричерепной гипертензии при тяжелой черепно-мозговой травме Юнусов Р.С., Махкамов К.Э. _____ 211
Хирургическое лечение осложненных чрезмышечных переломов плечевой кости у детей Шерматов С.А. _____ 206	Лечение нетравматических внутримозговых кровоизлияний у детей Якубов Ж.Б., Асадуллаев У.М., Алтыбаев У.У., Заремба А.Е., Махкамов М.К. _____ 212
Профилактика тромботических осложнений у больных с переломом бедренной кости Шермухамедов Д.А., Валиев Э.Ю. _____ 206	

3. Профилактика, диагностика и лечение осложнений в urgentной хирургии детского возраста

Surgical treatment of Femoral Shaft Fractures in heavier Children Matthew R. Garner, Ilkhom E. Khujanazarov, John M. Flynn, David Spiegel _____ 213	йўлларидаги асоратларини олдини олиш Акилов Х.А., Бекназаров Ж.Б., Хаккулов Э.Б., Нурматов Ё.Х. _____ 215
Диагностика и лечение инородных тел дыхательных путей у детей с применением малоинвазивной технологии Акилов Х.А., Аминов У.С., Алибекова М.Б., Акилов Б.Б. _____ 213	Профилактика рубцовых стенозов гепатикоэнтероаностомоза у детей Акилов Х.А., Матякубов Х.Н., Ли Э.А. _____ 216
К вопросу об уменьшении частоты осложнений бактериальной деструкции легких у детей Акилов Х.А., Аминов У.С., Баходирова А.Н. _____ 214	Тактика лечения закрытых повреждений паренхиматозных органов брюшной полости у детей Акилов Х.А., Примов Ф.Ш., Урмонов Н.Т., Хаджиметов Ф.И. _____ 216
Ранняя диагностика, лечение и профилактика пороков пузырно-уретрального сегмента, осложненных уретерогидронфрозом, у детей Акилов Х.А., Бекназаров Ж.Б., Хаккулов Э.Б. _____ 214	Роль лапароскопии в профилактике интеропеционных осложнений при закрытых повреждениях органов брюшной полости у детей Акилов Х.А., Примов Ф.Ш., Урмонов Н.Т., Хаджиметов Ф.И. _____ 217
Болаларда инфравезикал тўсиқ туғма нуқсонларини эрта диагностикаси ва даволаш юқори сийдик	Роль видеолапароскопии в диагностике, лечении, снижении травматичности и осложнений при неотлож-

ных состояниях и травмах брюшной полости у детей Акилов Х.А., Хаджиметов Ф.И., Примов Ф.Ш. _____	217	Наджимитдинов Я.С. _____	225
Профилактика рецидивов гастродуоденальных кровотечение язвенной этиологии у детей Акилов Х.А., Хаджиметов Ф.И., Урмонов Н.Т., Асадуллаев Д.Р., Примов Ф.Ш. _____	218	Болаларда айрим урологик операцияларидан кейинги асорати профилактикаси учун Катеджелъ гелини қўлланилиши Норматов У.Э., Сайдалиев С.С. _____	226
Лимфотропное введение антибактериальных препаратов в лечении аппендикулярных перитонитов у детей Аскарлов Д.А., Каххоров А.И., Холматжонов С.С., Умаржонов Й.Й. _____	219	Ультразвуковая диагностика послеоперационных ин- фильтратов и абсцессов в брюшной полости у детей Нурутдинов Х.А., Бегижонов Б.К., Урманова Ё.А. _____	226
Болаларда ўтқир аппендицитнинг йирингли асоратларини олдини олиш ва даволаш Аскарлов Д.А., Сайдалиев С.С., Умаржонов Й.Й., Холматжонов С.С., Қаххоров А.И. _____	219	Острый аппендицит у детей: вопросы диагностики Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Вахидов А.Ш., Эргашев М.Р., Усманов Х.С., Таджиметов Ф.А. _____	227
Сравнительный анализ хирургического лечения детей с термической травмой Ахмедов А.И., Абдуллаев С.А., Раджабов У.А. _____	220	Лапароскопическая эхинококкэктомия при ослож- ненных эхинококковых кистах печени у детей Салимов Ш.Т., Вахидов А.Ш., Абдусаматов Б.З., Эргашев М.Р., Усманов Х.С. _____	228
Инородные тела дыхательных путей детского возраста и их осложнения Гафуров З.К., Рахмонов А.А., Акбаров Д.О., Оккузиев И.К., Мухитдинова М.К. _____	220	Ранняя профилактика спаечной кишечной непроходимости у детей Салимов Ш.Т., Вахидов А.Ш., Бердиев Э.А., Таджиметов Ф.А. _____	228
Профилактика и лечение осложнений поверхностных гемангиом у детей Досмухамедова Л.В. _____	221	Усовершенствование операционных доступов при видеоторакоскопических эхинококкэктомиях легких у детей Салимов Ш.Т., Усманов Х.С., Абдусаматов Б.З., Хашимов Р.А. _____	229
Анализ частоты и факторов риска развития воспалительных заболеваний мочевой и половой системы у детей Изюмова Г.А., Изюмов Д.П., Сиддиков Ш.С., Абдуллаев Х.К., Исаков У.Ш., Ярашев Р.С., Рузматов У., Назаров М. _____	221	Анестезия с низким потоком на основе энфлюрана у детей с сочетанными травмами Сатвалдиева Э.А., Абдуллаев Х.Н., Мустакимов А.А., Расулева Н.Р. _____	230
Ультразвуковая диагностика при травмах живота у детей Каландаров И.А., Назаров А.К., Тангрибергманов К.Т., Турдиева А.С., Эгамов Б.Ж., Юсупов Ш.Б. _____	222	Применение высокочастотной ИВЛ в интраопера- ционном периоде у новорожденных с атрезией пищевода с целью снижения легочных осложнений Сатвалдиева Э.А., Джураева Ф.У. _____	231
Дивертикул меккеля, осложненный кишечной непроходимостью у детей Каландаров И.О., Эгамов Б.Ж., Тангрибергманов К.Т., Юсупов Ш.Б., Назаров А.К. _____	222	Интраоперационный мониторинг при экстренных операциях у детей с целью ранней диагностики и профилактики осложнений Сатвалдиева Э.А., Мустакимов А.А., Абдуллаев Х.Н., Абдуллаев Р.Т. _____	231
Экспертная оценка оказания неотложной помощи детям с тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмой Кулдашев Д.Р., Машарипов А.С. _____	223	Реографический мониторинг сердечно-сосудистой системы при экстренных видеолапароскопических операциях у детей Сатвалдиева Э.А., Сабиров Д.С., Абдуллаев Х.Н., Мустакимов А.А. _____	232
Сосудистые и неврологические осложнения чрез- и надмышечковых переломов плечевой кости у детей Машарипов Ф.А., Мусаев Т.С., Ахмедов Р.А., Низов О.Н., Шермухамедов Б.Т., Наврузов С.Ю., Толипов Н.Н. _____	223	Детский ожоговый травматизм и его профилактика Тожибоев Х.Л., Каримжанов И.У., Махмудов И.Д., Сайфиддинов К.О. _____	232
Анализ летальных исходов среди детей с тяжелыми сочетанными травмами опорно- двигательной системы Мусаев Т.С., Акилов Х.А., Тухтабеков З.Л. _____	224	Осложнения при использовании сосудистого доступа у детей Тоирова У.Т., Мухитдинова М.К., Ахмаджонов А.У., Рашидов Б.Т. _____	232
Анестезиологическое обеспечение «малых» хирур- гических вмешательств у детей раннего возраста с ожоговыми травмами Мухитдинова Х.Н., Сатвалдиева Э.А., Фаязов А.Д., Хамраева Г.Ш., Абдуллаев У.Х. _____	225	Исходы лечения при повреждении ростковой зоны проксимального конца большеберцовой кости у детей Толипов Н.Н., Мусаев Т.С., Шермухамедов Б.Т., Машарипов Ф.А. _____	233
Применение препарата тонопрост у детей для профилактики каменной дорожки после дистанционной литотрипсии		Выбор метода анестезии при операциях удаления вдавленных переломов черепа у детей Тулаев У.Б., Муминов З.В. _____	234

Пути профилактики и лечения нарушений функции кишечника у детей с ожоговой травмой <i>Фаязов А.Д., Мухитдинова Х.Н., Абдуллаев У.Х., Ахмедов А.Н.</i> _____	235
Пути снижения бронхолегочных осложнений у детей с инородными телами верхних дыхательных путей <i>Ходжаев Х.Б., Тожибоев А.Х., Жураев Э.У.</i> _____	236
Полиорганная недостаточность при ожоговом сепсисе у детей <i>Ходжакулов Ч.Р., Темиров Ф.О., Хамидов В.А., Шарапов О.М.</i> _____	236
Новый хирургический подход к лечению застарелых повреждений Монтеджи у детей с вальгусной	

деформацией локтевого сустава <i>Хужаназаров И.Э., Ходжанов И.Ю.</i> _____	236
Применение тремина при кардиохирургических операциях у детей <i>Шаликаров У.Б.</i> _____	237
Осложнения бронхоскопии у детей с инородными телами дыхательных путей <i>Шевкетова Л.Ш., Акбаров Д.А., Рахимов Б.С., Оккузиев И.К., Абдужаббаров А.А.</i> _____	237
Профилактика послеоперационных осложнений у детей при кишечных инвагинациях <i>Эрметов А.Т., Ходжаев Х.Б., Зуфарханов А.М., Жаббаров Б.А., Окилов Н.Ш.</i> _____	238

4. Вопросы профилактики осложнений при анестезиологическом и реанимационном пособиях

Сравнительная оценка параметров электроэнцефалографии при комбинированной общей анестезии промедолом у детей <i>Агзамходжаев Т.С., Исмаилова М.У.</i> _____	239
Реперфузионное осложнение при остром коронарном синдроме с элевацией сегмента ST <i>Аляви А.Л., Кенжаев М.Л., Хаитов С.Ш., Кенжаев С.Р.</i> _____	239
Анализ диастолической функции левого желудочка у больных с постинфарктной аневризмой сердца <i>Аляви А.Л., Назарова М.Х., Кенжаев М.Л.</i> _____	240
Преимущества и недостатки комплекса санационных мероприятий в профилактике бронхолегочных осложнений при пролонгированной ИВЛ <i>Арифжанов А.Ш., Ибадов Р.А., Стрижков Н.А., Гизатулина Н.Р.</i> _____	240
Профилактика тромбоэмболических осложнений ближайшего послеоперационного периода низкомолекулярными гепаринами <i>Арифжанов А.Ш., Стрижков Н.А., Гизатулина Н.Р.</i> _____	241
Комбинированная эпидуральная анестезия при абдоминальных операциях у детей <i>Бегматов Г.С.</i> _____	241
Применение фиброоптической интубации трахеи у пациентов с травмой шейного отдела позвоночника в экстренной медицине <i>Бердиев С.Х., Шаминов У.Э.</i> _____	242
Стратегия предоперационной подготовки при основных сердечно-сосудистых заболеваниях <i>Верткин А.Л., Мамасолиев Н.С., Бекбулатова С., Сайитжонов Л.С.</i> _____	242
Терапия ангиоспатических осложнений при нарушении мозгового кровообращения <i>Гафуров Б.З., Пахмурин И.Р., Каримахунова Н.Х., Юлдашев У.Т.</i> _____	243
Влияние седативных препаратов на внутричерепное давление и системную гемодинамику у больных с черепно-мозговой травмой <i>Дадаев Х.Х., Юлдашев Ф.А., Красненкова М.Б.</i> _____	243
Особенности спинально-эпидуральной анестезии при операциях в травматологии <i>Джумаев Ф.Ф., Шамуродов А.Б., Худойбердиев П.К.</i> _____	244
Использование современных методов ВИВЛ у больных с острым нарушением мозгового кровооб-	

ращения с нарушением дыхательной системы <i>Джураев И.Б., Рахмонов Б.А., Норкулов М.Я., Шодиев Б.И.</i> _____	244
Применение стрептокиназы у больных с острым инфарктом миокарда <i>Жуманиязов Д.К., Худайназаров И.А., Машарипов М.С.</i> _____	245
Применение урапидила (эбрантил) в лечении пациентов с гипертоническим кризом, осложненным острой левожелудочковой недостаточностью <i>Зайниев Б.М., Абдурахимов И.А.</i> _____	245
Актуальные аспекты реперфузионной терапии в остром периоде ишемического инсульта <i>Захидов А.Я.</i> _____	245
Геморрагические осложнения интраартериальной тромболитической терапии у больных с ишемическим инсультом <i>Захидов А.Я., Мубаракوف Ш.Р.</i> _____	246
Интраоперационные и послеоперационные осложнения чрескожной дилатационной трахеостомии <i>Захидов А.Я., Сатаров Х.И., Юлдашев Ф.А.</i> _____	247
Частота и виды осложнений при проведении эндоваскулярных методов лечения острого инфаркта миокарда <i>Зияев Ю.Н., Маджитов Х.Х., Алимов Д.А., Пайзиев Ж.</i> _____	247
Изучение эффективности гипертонических растворов при травмах в сочетании с гиповолемическим шоком <i>Ибрагимов А.А., Худойбердиев С.Н., Кучкарова Ф.А.</i> _____	248
Пути совершенствования профилактики послеоперационных неврологических осложнений у больных высокого анестезиолого-операционного риска <i>Изюмова Г.А., Изюмов Д.П., Ибадуллаев З.Р., Сиддиков Ш.С., Абдуллаев Х.К., Исаков У.Ш., Курбанниязов Ш.Р.</i> _____	248
Частота геморрагических осложнений при проведении тромболитической терапии у больных острым коронарным синдромом с подъёмом сегмента ST <i>Кенжаев М.Л., Зияев Ю.Н., Хаитов С.Ш., Аминов А.И., Кенжаев С.Р., Исаханова П.Н.</i> _____	249
Осложнения двойной антиагрегантной терапии у пациентов после стентирования и возможные пути профилактики <i>Кенжаев М.Л., Сеитвалиева С.Т., Ганиев У.Ш.,</i>	

Абдижалилова С.И., Умурзакова М.У. _____	249	хирургической патологией Халматов У.Э., Шахзадаев Н.Ш., Абдурахимов С.М. _____	256
Оёқ жарҳатлари шошилинич амалиётида орқа мия анестезияни қўлланилганда кузатиладиган асоратларини олдини олиш Муминов Р.Д., Чўтанов Ю.А., Нуруллаев Н.Н. _____	250	Неинвазивная ИВЛ при жировой эмболии, осложненной респираторным дистресс-синдромом Холдаров А.Т., Пахмуринов И.Р., Гафуров Б.З. _____	257
Интранаркозное восстановление сознания при тотальной внутривенной анестезии Пахмуринов И.Р. _____	250	Выбор метода анестезии у больных с позвоночно-спинальной травмой Шаматов А.Ш., Алматов Б.А. _____	257
Лечебная аналгезия при осложнённых формах инфаркта миокарда Пахмуринов И.Р. _____	251	Иммунотерапия в лечении полиорганной недостаточности при ПИВЛ Шаниева З.А., Ибадов Р.А., Арифджанов А.Ш., Гизатулина Н.Р., Стрижков Н.А. _____	258
Диагностика и лечение интраоперационного инфаркта миокарда Раимжанов А.А., Ахмадалиев Б.К., Туйчиев А.Х. _____	251	Антибиотикотерапия у больных, находящихся на продолжительной искусственной вентиляции легких Шаниева З.А., Ибадов Р.А., Гизатулина Н.Р., Арифджанов А.Ш., Стрижков Н.А. _____	258
Интенсивная терапия тяжелой острой пневмонии с применением гемодинамической разгрузки малого круга кровообращения Рузиев Т. _____	252	Показатели центральной гемодинамики и параметры внешнего дыхания при интраплевраль- ной аналгезии у больных с сочетанной травмой с повреждением грудной клетки и легких Юлдашев Ф.А. _____	258
Проблема интраабдоминальной гипертензии и методы улучшения почечной функции Сабиров Д.М., Батиров У.Б., Мирахмедов Г.М., Саидов А.С., Юлдашев Ф.А. _____	252	Оценка эффективности кетамина при тяжелой сочетанной травме Юлдашев Ф.А. _____	259
Неинвазивная вентиляция у больных с признаками жировой эмболии Сабиров Д.М., Кдырниязова Р.Д., Батиров У.Б. _____	252	Особенности отлучения пациентов от ИВЛ после выполнения кардиохирургических вмешательств Юлдашев Ф.А., Вахидов Т.З., Палванов А.А. _____	260
Анализ осложнений анестезиологических пособий отделения взрослой анестезиологии РНЦЭМП за 2011 год Сабиров Д.М., Шарипова В.Х. _____	253	Роль респираторной терапии в лечении ОРДС у больных после кардиохирургических операций Юлдашев Ф.А., Вахидов Т.З., Умиров А.А. _____	260
Анестезиологические аспекты профилактики ТУРП-синдрома Сабиров Д.М., Шарипова В.Х., Резонтова Е.Ю. _____	254	Изофлюран при операциях на работающем сердце Юлдашев Ф.А., Мамадалиева З.А., Палванов А.А. _____	261
Особенности анестезии и обеспечения газообмена при операциях по поводу рубцового сужения трахеи Сабиров Д.М., Шарипова В.Х., Ткачёва М.Б. _____	254	Эффективность раннего наложения трахеостомы при закрытых травмах грудной клетки с множественными переломами ребер Юлдашев Ф.А., Мирахмедов Г.М. _____	262
Опыт применения ларингеальной маски при неудавшейся интубации трахеи Сабиров Д.М., Шарипова В.Х., Фокин И.В. _____	255	Вентиляция легких с двумя уровнями положительного давления при лечении травматических жировых эмболиях Юлдашев Ф.А., Мирахмедов Г.М., Кдырниязова Р.Д. _____	262
Оказание экстренной медицинской помощи больным с ОКС на догоспитальном этапе в условиях Кашкадарьинского региона Турсунова М., Гаффаров Ш., Зайниев Б. _____	256	Эффективность мембранного плазмафереза при закрытых сочетанных травмах груди, осложненных ОРДС Юлдашев Ф.А., Шоабсаров Ш.А. _____	263
Влияние анестезии на риск тромбоэмболических осложнений у пожилых пациентов с			

5. Конкурс молодых ученых

Структура и причины материнской смертности по данным РНЦЭМП Абдикулов Б.С. _____	264	Рискиев У.Р. _____	265
Настой лагохилуса – как местный гемостатик при неотложной аденомэктомии простаты Мансуров У.М. _____	264	Обоснование применения аллофибробластов с целью стимуляции процесса остеорепаляции при переломах Ташпулатов А.А. _____	266
Устройство для лечения остаточных ротационных смещений костных отломков при чрезмышечко- вых переломах плечевой кости у детей Машарипов Ф.А. _____	265	Токсическая энцефалопатия у больных с уремической интоксикацией Хожиев Х.Ш. _____	267
Возможности безгазовой фибролапароскопии в диагностике и лечении ранних послеоперацион- ных внутрибрюшных осложнений		Применение микрокальцита (мраморной муки) для оптимизации процесса репаративной остеорегенерации Шадманов Т.Т. _____	268

Профессор Ғайбуллаев Асилбек Асадович

(таваллудининг 60 йиллигига)

2012 йилнинг апрелида мамлакатимизнинг таниқли урологи, етук олим ва истеъдодли педагог, Тошкент врачлар малакасини ошириш институти Урология ва нефрология кафедрасининг муdiri, тиббиёт фанлари доктори, профессор Ғайбуллаев Асилбек Асадович таваллудига 60 йил тўлди.

Профессор Ғайбуллаев А.А.1952 йилда Тошкент шахрида туғилди. 1975 йили Тошкент тиббиёт институтининг даволаш факультетини имтиёзли диплом билан тугатди. 1985 йили кандидатлик, 1992 йили докторлик диссертациясини химоя қилди. 1991 йилдан ТошВМОИнинг «Урология ва нефрология» кафедраси муdiri, 1976 йилдан Ўзбекистон урологлар илмий жамияти аъзоси. 1989-2001 йилларда шу жамият раиси, 1997 йилдан Тошкент шахар ССББ Бош урологи, 2003 йилдан Европа урологлар ассоциацияси аъзоси, 2009 йилдан Б.У.Жарбусинов номидаги Қозоғистон урология илмий маркази фахрий профессори. Мамлакатимизда ўтказилган барча қўрултойларнинг ташкилотчиси ва актив қатнашчиси.

Профессор А.А.Ғайбуллаев Европа урологлар ассоциацияси анжуманларида мунтазам равишда қатнашиб, кафедрада бажарилаётган илмий ишлар бўйича маърузалар қилади. Жумладан: 2003 йил Истамбулда(Туркия), 2007 йил Роттердам (Голландия), 2008-2011 йиллари Берлин (Германия), 2009 йил Будапешт (Венгрия) ва Прага (Чехия), 2010 йил Барселона (Испания).

Профессор А.А.Ғайбуллаев раҳбарлигида 9 та кандидатлик диссертацияси химоя қилинган, 149 та илмий мақола, 4 та монография, 12 та методик қўлланмалар муаллифи. Унинг раҳбарлиги остида кафедрада замонавий ўқув услублари ва даволаш стандартлари ҳамда пластик ва реконструктив операциялар жорий қилинди. Магистратура дастурига ҳамоҳанг равишда урология соҳасида монотематик цикллار ташкил этилди. Ўқув дастурларида Европа ва Америка урологлари ассоциациялари тавсияномалари қўлланилмоқда.

2000 йилдан бошлаб кафедра ходимлари таркибига нефрологлар (проф. А.К.Зуфаров раҳбарлигида) қўшилди ва «Урология ва нефрология» кафедраси деб номланди.

2004 йилдан бери мамлакатимизда биринчилар қаторида масофадан туриб ўқитиш жорий этилди. Клиника ходимларидан 5 нафари Европа



урологлар ассоциацияси аъзоси, 2 нафар ҳодим ПААР (Профессиональная Ассоциация Андрологов Россия) аъзоси. Мутахассислик бўйича проф. А.А.Ғайбуллаев бир неча ҳодимларини Туркия, Россия, Германия ва Австрияда малакасини оширишни ташкил этди.

2007 йил ТошВМОИ нинг 75 йиллиги муносабати билан ўтказилган танловда «Урология ва нефрология» кафедраси энг илғор кафедра номига сазовор бўлди. 2010 йилдан кафедрада Андрология курси ҳам ташкил этилди. Проф. А.А.Ғайбуллаев раҳбарлигида 2011 йилда клиникада ўқитиш ва даволаш бўлимларидан иборат бўлган ягона компьютер тизими ташкил этилди.

А.А.Ғайбуллаев ўз юбилейини кўтаринки ва шодиёна руҳда, куч-ғайрат ва шижоат, улкан ижодий режалар билан кутиб олмоқда.

Қадрли Асилбек Асадович Ғайбуллаевни муборақ сана билан чин қалбимиздан табриклаймиз, юртимиз равнақи ва беморларимиз соғлиғи йўлида кўрсатаётган тинимсиз саюҳаракатларига улкан муваффақиятлар тилаймиз!

ТошВМОИ раҳбарияти

«Шошилинич тиббиёт ахборотномаси» журнали таҳририяти

Кўп сонли ҳамкасабалари ва шогирдлари

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

К публикации принимаются статьи, касающиеся всех аспектов организации и оказания экстренной медицинской помощи, соответствующие следующим требованиям:

1. Статьи могут быть на узбекском, русском или английском языке.
2. Статьи должны быть набраны в текстовом редакторе, таком как Microsoft Word, с использованием шрифта Times New Roman размером 12 пунктов, с полуторным межстрочным интервалом, с полями по 2 см, с выравниванием по ширине и в ориентации «книжная» («портрет»). Интервалы между абзацами должны отсутствовать. Первая строка абзаца – отступ на 15 мм.
3. Статьи должны быть отпечатаны в 2-х экземплярах на одной стороне листа формата А4 (210 x 297 мм).
4. Объем статьи не должен превышать 8 страниц (одна страница не более 2500 знаков с пробелами), включая таблицы (не более 3), рисунки (не более 5) и список литературы (не более 20 источников для оригинальной статьи и 40 - для обзора литературы).
5. Обязательным является дублирование статьи на любом электронном носителе.
6. Направление в редакцию работ, которые уже посланы в другие издания или напечатаны в них, не допускается.
7. На 1-й странице указывается название, инициалы, фамилия автора, полное название учреждения, из которого выходит статья, звание и ученая степень руководителя учреждения. Если авторы статьи работают в разных организациях, необходимо с помощью меток соотнести каждого автора с его организацией. В конце статьи обязательны подписи всех авторов с координатами того из них, с которым редакция может вести переписку (адрес, эл.почта и телефон).
8. Структура статьи: введение, материал и методы, результаты и обсуждение, выводы или заключение, список литературы. Введение должно быть ясным и сжатым. Особое внимание необходимо уделить разделу «Результаты и обсуждение», в котором необходимо провести анализ результатов собственных исследований. Желательно сравнение полученных результатов с данными других авторов.
9. Библиографические ссылки в тексте статьи следует давать в квадратных скобках в соответствии с нумерацией в списке литературы. Список литературы на опубликованные работы составляется в алфавитном порядке – сначала отечественные, затем зарубежные авторы. За точность приведенных литературных источников и правильность их оформления ответственность несет автор.
10. Таблицы должны иметь заголовки и четко обозначенные графы, удобные для чтения. Данные таблиц должны соответствовать цифрам в тексте. Не следует повторять в тексте все данные из таблиц.
11. При возможности размер рисунка должен соответствовать ширине одной колонки текста (82 мм). В случае необходимости каких-либо обозначений они должны быть сделаны на втором экземпляре рисунка. Рисунки не должны повторять материалов таблиц и должны быть представлены в виде отдельных файлов исключительно в форматах *.jpg, *.gif или *.png с разрешением не менее 600 dpi. Все цветные рисунки необходимо сохранять в CMYK (но не RGB) формате: это является гарантией того, что печатный вариант рисунков будет наиболее точно соответствовать представленному. Имена файлам рисунков присваиваются по аналогии с именами файла текста статьи. Например: Usmanov_2_ris_4.jpg.
12. К рукописи необходимо приложить сопроводительное письмо учреждения, из которого выходит работа с визой руководителя на первой странице.
13. Объем аннотации на русском, английском и узбекском языках не должен превышать 100 слов и отражать наиболее существенные фактические данные без употребления аббревиатур.
14. Все присланные работы подвергаются научному рецензированию. Редакция оставляет за собой право редактирования статей, а также изменения стиля оформления, не оказывающих влияния на содержание, для адаптации их к рубрикам журнала.
15. Представляющую интерес статью редколлегия может вернуть автору с замечаниями для доработки. Кроме того, редакция может потребовать от автора предоставления исходных данных, с использованием которых были получены описываемые в статье результаты, для оценки редактором или рецензентом степени соответствия исходных данных содержанию статьи. Датой поступления статьи считается день получения от автора окончательно подготовленной к печати статьи.
16. В одном номере может быть напечатана только одна статья от первого автора.
17. Статьи, оформленные с нарушением правил, к рассмотрению не принимаются и авторам не возвращаются.

Статьи следует направлять по адресу:

100107, Ташкент, ул. Фарход, 2, РНЦЭМП,
научно-организационный отдел.

МУАЛЛИФЛАР ДИҚҚАТИГА

Қуйидаги талабларга жавоб берувчи, барча ташкилий ва шошилиш тиббий ёрдам кўрсатишга тааллуқли мақолалар нашрга қабул қилинади:

1. Мақола ўзбек, рус ёки инглиз тилида бўлиши мумкин.
2. Мақола компьютер текстида терилган, Microsoft Word да, шрифти Times New Roman, ўлчами 12, хат ораси 1,5 интервалли, энига тўғрилишган ҳолда, варақлар китоб (портрет) кўринишида бўлиши керак. Абзац орасида интервал бўлиши шарт эмас.
3. Мақола 2 нусхада, А4 форматда (210 x 297 мм) тақдим этилиши керак.
4. Мақола ҳжми жадвал, схема, расм ва адабиёт рўйхатини (оригинал мақола учун 20 та ва обзор мақола учун 40 та манба) қўшган ҳолда 8 варақдан (1 бет сўзлар оралиғи билан бирга 2500 белгидан) ошмаслиги керак.
5. Мақоланинг электрон нусхасини ҳам тақдим қилиш шарт.
6. Бошқа журналларда чоп этилган мақолалар қабул қилинмайди.
7. Мақоланинг биринчи бетиде мақола номи, муаллиф исми шарифи, ташкилотнинг тўлиқ номи, ташкилот раҳбарининг унвони ва илмий даражаси кўрсатилиши керак. Агар мақола муаллифлари ҳар хил ташкилотда ишласалар, унда ҳар бир муаллиф қайси ташкилотдан эканлиги махсус белги билан кўрсатилиши керак. Қўл ёзмада муаллифлар имзоси ва улар билан боғлианш йўллари (адрес, электрон почта ва телефон) кўрсатилиши керак.
8. Мақола тузилиши: кириш қисми, материал ва усуллар, натижа ва муҳокама, хулоса ва ният, адабиётлар рўйхати. Кириш қисми аниқ ва қисқа бўлиши керак. Хусусий изланишларнинг натижаси берилган «натижа ва муҳокама» бўлимига кўпроқ аҳамият берилиши лозим. Олинган натижалар бошқа муаллифлар маълумотлари билан солиштирилган бўлгани мақул.
9. Библиографик кўрсаткичлар мақола матнида адабиёт рўйхати бўйича рақамланган тартибда квадрат қавс ичида берилиши керак. Адабиёт рўйхати чоп этиладиган ишда алфавит бўйича тузилади – аввал маҳаллий, кейин чет эл муаллифлар. Берилган адабиётларнинг аниқлиги ва унинг тузилишининг тўғрилигига муаллиф жавобгар.
10. Жадвалнинг сарлавҳаси ва каттаклари аниқ кўрсатилган, ўқиш учун қулай бўлиши керак. Жадвал маълумотлари матндаги рақамларга тўғри келиши керак. Жадвалдаги ҳамма маълумотлар матнда такрорланмаслиги керак.
11. Расмлар алоҳида файлда, *.jpg, *.gif ёки *.png форматида 600 dpi дан кам бўлмаслиги керак – бу расмнинг аниқ кўрсатилишига кафолат беради. Расм файлининг номи мақола матнининг номи билан аталади: масалан Usmanov_2_ris_4.jpg.
12. Қўл ёзмада ташкилотнинг йўлланмаси бўлиши шарт, бунда раҳбарнинг имзоси биринчи бетига қўйилади.
13. Аннотация ҳажми 150 та сўздан ошмаслиги ва аббревиатурасиз аниқ бўлиши, бир абзацда рус, инглиз ва ўзбек тилларида ёзилиши керак.
14. Ҳамма юбориладиган ишлар илмий ва техник рецензиядан ўтади. Редакция мақолаларни таҳрирлаш ҳуқуқини ўзига қолдиради, мақола сарлавҳасига мувофиқ равишда, ҳамда мазмунига таъсир қилмайдиган ҳолда ўзгартириш ҳуқуқига эга.
15. Редколлегия қизиқарли мақолани қайта ишлаш учун танқидий мулоҳазалари билан муаллифга қайтариши мумкин. Бундан ташқари муҳаррир ёки рецензент талабига кўра муаллифдан бирламчи маълумотларни кўрсатишни талаб қилиши мумкин. Мақолани қабул қилиш санаси ушбу мақоланинг охирига ўзгартирилган нусхаси келиб тушган кун ҳисобланади.
16. Бир сонда биринчи муаллифнинг фақат битта мақоласи чоп этилади.
17. Талабларга биноан тузилмаган мақолалар қабул қилинмайди ва муаллифга қайтарилмайди.

Мақолани қуйидаги манзилга юбориш мумкин:

100107, Тошкент ш., Фарход кўчаси 2, РШТЁИМ,
илмий-ташкилий бўлим.

Тел.: (99871) 150-46-01, 150-46-19. Факс: 150-46-01.

uzmedicine@mail.ru

