

ПРИМЕНЕНИЕ ЭПИДУРАЛЬНО–САКРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ В ПРОКТОЛОГИИ

В.С. Бижко, Н.Г. Полторацкий, В.В. Волошин

Военно-медицинский клинический центр Северного региона, г. Харьков

В отделении за период с 2007 года по 210 год (3 года) в 212 случаях производилась эпидурально-сакральная анестезия (ЭСА). Из них в ургентном порядке 24 (11%). ЭСА производим в положении больного лежа на левом боку горизонтально с приведенными бедрами к животу. Hiatus sacralis отыскиваем между крестцовыми рожками пальпаторно, идя по крестцовому гребню вниз. При выраженной подкожно-жировой клетчатке удобнее пальпировать от копчика вверх к крестцово-копчиковому сочленению. Как бы «раздавливая» подкожную жировую клетчатку пальцем, почти всегда удается прощупать рожки крестца и углубление между ними, соответствующе hiatus sacralis. Инъекционную иглу вкалываем в краниальном направлении под углом 60 градусов к коже до ощущения «проваливания» в сакральный канал. Потягивая поршень шприца на себя, убеждаемся в отсутствии геморрагии, ликвореи, вводим тест-дозу 1% лидокаина 3,0–5,0 мл. Пузырек воздуха в шприце при этом не должен деформироваться, а поверхностные ткани вокруг иглы не должны инфильтрироваться раствором. Чтобы убедиться в отсутствии признаков субарахноидального блока и токсичности анестетика (рвота, судороги, дезориентация, психомоторное возбуждение), ждем 4-5 минут и вводим остальную дозу анестетика (всего вводим 20 мл 1% раствора лидокаина). При появлении крови из иглы, иглу извлекаем на 1-2 мм и начинаем вводить анестетик медленнее обычного. После инъекции всей дозы (20 мл 1% раствора лидокаина) анестетика иглу извлекаем, место вкола закрываем стерильным шариком. Больной ложится на спину. Полная анестезия с хорошей релаксацией мышц запирающего аппарата прямой кишки наступает через 10-15 минут. Эффект правильной анестезии проявляется в ослаблении анального рефлекса, гипалгезии промежности, ощущение тепла в нижних конечностях. Длится обезболивание от 2 до 6 часов.

Во время ЭСА гемодинамические и спирометрические показатели оставались стабильными у всех больных. Наблюдали в 2 (0,9%) осложнения, вызванные общетоксическим действием лидокаина (головокружение, тошнота). После подкожного введения кофеина и внутривенной инфузии хлористого кальция с димедролом состояние больных быстро нормализовалось. Задержка мочи была в 5 (2,3 %) больных, в течение 1-2-х суток самостоятельное мочеиспускание восстанавливалось полностью.

Имели место 6 (2,8 %) неудачных попыток ЭСА, которые связаны с техническими ошибками при идентификации эпидурально-сакрального пространства. Эти ошибки допущены на начальном этапе освоения метода.

ВЫВОДЫ

1) Эпидурально-сакральная анестезия является одним из безопасных методов обезболивания и может широко использоваться при операциях на промежности и анальном канале.

2) Практически не оказывает влияния на физиологические функции организма, и особенно показана пожилым больным с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой и дыхательной системы.

3) ЭСА не требует участия анестезиолога и использования соответствующего оборудования.

4) Обеспечивает послеоперационное обезболивание длительностью от 2 до 6 часов, что позволяет уменьшить суточную дозу анальгетиков, а у части больных и вовсе отказаться от них.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПОВРЕЖДЕНИЙ СПИННОГО МОЗГА

П.И. Богданович

Государственное предприятие Министерства обороны Украины «Сакский центральный военный клинический санаторий имени Н.И.Пирогова»

В настоящее время травматические повреждения спинного мозга являются важной социально-медицинской проблемой, которая нуждается в дальнейшем изучении и усовершенствовании. Главными осложнениями для данного вида травм остаются нарушение проводимости спинного мозга с последующим развитием тяжелых нейродистрофических нарушений во всех органах и тканях.

Наиболее частым осложнением трофического характера у спинальных больных является развитие пролежней, что ограничивает возможности физической и социальной реабилитации, приводит к отсрочке плановых реконструктивных операций, требует продолжительного лечения. В последнее время появились сообщения об эффективном применении озонотерапии в лечении гнойных осложнений в хирургии, ортопедии, больных с открытыми переломами костей, остеомиелитом, трофическими язвами.

анамнез заболеваний. Все больные отметили, что начало заболевания связано с ОУЗ, проведенной, в основном, с целью санации полости рта. Только в 26,6% наблюдений зубы или их корни удалялись в период обострения хронического периапикального воспаления, однако клинических симптомов гайморита перед ОУЗ выявить не удалось, а рентгенологических исследований на этом этапе не проводилось. Сложное удаление констатировано у 15 больных, что составило 11,0%. По групповой принадлежности зубы, удаление которых спровоцировало развитие ХОГ, распределились следующим образом: первые моляры верхней челюсти (МВЧ) - 51,3% наблюдений, вторые МВЧ - 31,7%, премоляры ВЧ - 14,6%, третьи МВЧ - 2,4% наблюдений. Ни у одного больного с ХОГ факт перфорации дна ВЧП не был обнаружен во время ОУЗ. В течение первой недели после ОУЗ у 12% лиц развился острый перфоративный синусит, по поводу которого больные лечились амбулаторно. Обращение к ЛОР-специалисту с проблемами ВЧП отметили в анамнезе 23,8% больных. Подавляющее большинство наблюдаемых обнаружило ороантральное сообщение в сроки от недели до одного месяца после ОУЗ.

Сроки госпитализации больных с одонтогенными синуситами после ОУЗ; 1 мес. - 23 больных (25%), 2 мес. - 8 (9,4%), 3 мес. - 23 (25%) и более 3 мес. - 37 больных (40,6%) - отражают разнообразие клинического течения перфоративных гайморитов, неоднозначность подходов к диагностике, организации и лечению данной категории больных.

Проведенный анализ клинического материала иллюстрирует патогенетическую связь развития ПГ с хроническим воспалением периодонта моляров и премоляров верхней челюсти, по поводу чего проводится их удаление. Своевременная диагностика перфорации дна ВЧП позволяет предотвратить развитие ПГ и дальнейшие объемные операции на синусе, однако цифры свидетельствуют, что повреждение дна ВЧП в основном (78,0%) квитируется в связи с незаконченным удалением зуба и проталкиванием корня в пазуху. Для диагностики перфорации дна ВЧП во время ОУЗ необходимы определенная настороженность врача на возможность, а иногда и неизбежность такого осложнения, расширение показаний для рентгенологического исследования МВЧ перед ОУЗ; щадящая ревизия послеоперационной раны и проведение носо-ротовой пробы при удалении моляров и премоляров верхней челюсти; соблюдение известной тактики лечения обнаруженной перфорации дна ВЧП и профессионального ухода за костной раной вплоть до ее эпителизации.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВАКУУМНОЙ ТРАНСДЕРМАЛЬНОЙ ЛОКАЛЬНОЙ ГЕМЕКСТРАКЦИИ ПРИ МИОФАСЦИАЛЬНЫХ БОЛЯХ

В.А. Валихов

Сакский центральный военный клинический санаторий им.Н.И.Пирогова

Миофасциальными болями различной локализации, по данным различных авторов, страдает 38-59% взрослого населения. Длительно существующая миофасциальная головная, плечевая и поясничная боль является главной первопричиной трудопотерь у трудоспособной части населения. Как пример, лишь одна поясничная боль приводит к трудопотерям, выраженным в денежном эквиваленте для штата Калифорния 200 млн долларов в год.

Под наблюдением и лечением в Центре Восстановительного Лечения санатория за последних два года находилось 57 больных с миофасциальным синдромом. Возраст больных составлял 21-67 лет, мужчин 26, женщин 31. Это были больные с травматической болезнью спинного мозга, распространенным спондилоартрозом деформирующим диспластическим и посттравматическими артрозами плечевых, тазобедренных, коленных и голеностопных суставов. Нами разработан и впервые применяется с 2010 года вакуумная трансдермальная локальная гемекстракция при лечении этого контингента больных.

Суть её состоит в следующем: над эпицентром миофасциальной боли создаётся вакуумное разрежение медицинским оборудованием, в которое через кожные насечки поступает небольшое количество крови (5-10 миллилитров). Этим достигается перераспределение объёма крови в очаге боли.

Предложенный метод применялся у 12 больных с миофасциальными болями, которые не устранялись нестероидными противовоспалительными средствами, миорелаксантами, аппаратной физиотерапией, массажем, иглорефлексотерапией.

Больные лечение переносят хорошо. Результаты лечения (критерием принято считать исчезновение болей): -хорошие-получены у 6 больных, боли устранены;
-удовлетворительные (отнесено уменьшение болей) – у 5 больных;
-неудовлетворительные -интенсивность болей не изменилась - у 1 больного.

Таким образом, предложенный метод является эффективным средством лечения миофасциальных болей и может применяться в комплексном лечении больных в бальнеологических санаторно-курортных учреждениях и поликлиниках.

лікування проводилось не раніше місяця після травми. Під місцевою анестезією брався жировий трансплантат з підшкірної жирової клітковини передньої черевної стінки. Під контролем ендоскопу Хопкінса 0?та 30? ендаурально за допомогою мікроінструментів проводилась деєпідермізація країв перфорації і в перфораційний отвір туго вставлявся жировий трансплантат, який зверху вкривали гумовою латкою вирізаною з хірургічної рукавички розміром, що відповідає розміру барабанної перетинки. В зовнішній слуховий прохід вводилась стерильна марлева турунда зволожена розчином ципрофлоксацину. Результати оцінювали через три тижні після оперативного лікування. Забиралась гумова латка та проводилась отоскопія за допомогою ендоскопу Хопкінса. У всіх пацієнтів відмічено загоєння барабанної перетинки. При отоскопії в них барабанна перетинка рухома, з невеликим рубцем.

Таким чином спосіб лікування перфорації барабанної перетинки жировим трансплантатом дає можливість досягнути хороших морфологічних та функціональних результатів при порівняно нескладній техніці оперативного втручання.

ИСХОДЫ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Д.С. Ивахненко, В.И. Перцов, К.В. Миренков

Запорожский государственный медицинский университет

Лечение травм у больных пожилого старческого возраста направлено в первую очередь на облегчение симптомов и поддержание качества жизни, что более важно, чем восстановление функции до предшествующего уровня.

Цель. Определить результаты лечения, возможности восстановления физического и психического здоровья у больных пожилого и старческого возраста с сочетанной тяжелой ЧМТ.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 84 больных с сочетанной тяжелой ЧМТ. Оценка тяжести травмы и состояния пострадавших проводилась по шкале Injury Severity Score (ISS) и Glasgow Coma Score (GCS). Оценка уровня функционального восстановления на момент выписки из стационара определялась по индексу активности повседневной жизни Бартела (activities of daily living - ADL).

Результаты и их обсуждения. Средний возраст пострадавших - 67,5 лет. Летальность составила 39,3% (33 пациента). Среди погибших тяжесть травмы по ISS составила $52 \pm 4,5$ балла, уровень сознания при поступлении в стационар в среднем был $9 \pm 3,85$ балла по GCS. Снижение уровня сознания ниже 9 баллов (15 пациентов) служило показанием к инвазивному контролю внутричерепного давления (ВЧД). Характерной возрастной особенностью оказалось, что во всех исследованиях уровень ВЧД не превышал 20 мм рт. ст. Пик смертности приходился на 7-10 сутки после травмы. Ухудшения состояния умерших пациентов происходило в следующем порядке: развитие дыхательной недостаточности и гипостатической пневмонии, развитие гипоксической энцефалопатии и угнетение сознания, нарастание сердечно-сосудистой недостаточности, появление периферических отеков и трофических нарушений, пареза кишечника, эндотоксикоза и в конечном итоге - полиорганной недостаточности.

У 51 выживших исследуемых пациентов уровень сознания не снижался ниже 12 баллов по GCS, а оценка по ISS составляла $24 \pm 8,52$ балла. КТ исследование головного мозга во всех случаях указывало на наличие компенсаторных пространств на фоне атрофических изменений даже при наличии обширных внутричерепных гематом. При оперативных вмешательствах у больных пожилого возраста нами соблюдалась тактика минимальной травматизации и сокращения времени операции. Важная роль в интенсивной терапии отводилась адекватной нутритивной поддержке, профилактике дыхательных расстройств и септических осложнений. К моменту выписки из стационара, полное или значительное нарушение повседневной функции (от 0 до 45 баллов по ADL – тяжелая инвалидизация) наблюдалось у 10 пациентов (11,9%), умеренное ограничение функции (от 50 до 70 баллов – умеренная инвалидизация) - у 25 пациентов (29,8%), относительное сохранение функции (от 75 до 100 баллов - минимальное ограничение функции самообслуживания) - у 16 пациентов (19%).

Выводы. Анализ полученных данных показал, что раннее выявление и лечение дыхательной недостаточности, является ключевым прогностическим признаком выживаемости гериатрических пациентов, предупреждением развития повреждающего действия гипоксии и вторичного нарушения мозгового кровообращения. Избранная тактика позволяет уменьшить не только летальность, но и выраженность инвалидизации больных пожилого и старческого возраста.

Интраоперационную холангиографию выполнили 165 (7,2%) больным, у 120 больных (5,2%) был выявлен сопутствующий холедохолитиаз, из них у 32 (26,6%) имела место бессимптомная клиника. Выполняем интраоперационную холангиографию селективно: при расширении холедоха до 9–10 мм и более, наличии мелких конкрементов в желчном пузыре, желтухе, холангите, подозрении на повреждение протока, нечёткости анатомических ориентиров.

Лапароскопическая литоэкстракция с помощью катетера Фогарти и петли Дормиа выполнены в 47 случаях, 36 случаев при хроническом холецистите, 11 – при остром.

Методика баллонной дилатации нами применена у 23 больных. По поводу острого калькулезного холецистита – у 8, в «холодном периоде» - у 15. Большинство пациентов были женщинами (17) в возрасте от 18 до 47 лет. Операцию завершили дренированием холедоха по Холстеду-Пиковскому в 34 случаях, по Керу – у 14 больных. У 6 (6,2%) пациентов в последствии возникла необходимость выполнения ЭПСТ по поводу резидуального ХЛ, стенозирующего папиллита.

Вмешательства на холедохе завершали промыванием последнего теплым раствором 0,25% новокаина. Перед выполнением баллонной дилатации орошали фатеров сосочек раствором адреналина, что, благодаря вазоконстрикции, уменьшало травматическое влияние на поджелудочную железу. Дренирование общего желчного протока является важным этапом операции, однако наличие дренажа в протоке не исключает развитие реактивного панкреатита в раннем послеоперационном периоде. Обязательным является постановка назогастрального зонда с целью декомпрессии и возможного проведения местной гипотермии.

Всем 165 больным, подвергшимся вмешательству на холедохе, проводилась медикаментозная профилактика панкреатита. Интраоперационно вводили 0,6 мл 0,1% раствора атропина, 5 мл спазмалгона, 0,1 мл октрестатина, 40 мг контролока. В течение 1-х суток послеоперационного периода продолжали вышеуказанную схему, добавляя введение контрикала 50 тыс. 2 раза в сутки. 6 пациентам, которым планировалось вторым этапом проведение ЭПСТ вводили соматулин 30 мг. Антибиотикопрофилактику проводили с помощью защищенных цефалоспоринов III поколения (сульбактамкс) 1,5 гр. 2 раза в сутки метронидазол 100 мл 2 раза в сутки.

Из 165 больных у 8 (4,9%) несмотря на проводимую терапию развилась клиническая картина реактивного панкреатита, что заставило продолжить лечение в полном объеме на протяжении 3-5 суток. Транзиторная гиперамилаземия, регрессирующая в течение 1-х суток наблюдалась у 28 (17%) больных. Прогрессирования панкреатита с необходимостью повторной операции и летальных исходов не было.

Наш опыт свидетельствует, что применение интраоперационной холангиографии в ходе лапароскопической холецистэктомии является одним из важнейших методов диагностики холедохолитиаза, особенно при его бессимптомном течении. Выполнять холангиографию в ходе операции необходимо по строгим показаниям. Профилактику острого панкреатита при вмешательстве на холедохе считаем обязательным условием послеоперационного ведения больных. Используемая нами схема профилактики позволила значительно снизить риск развития реактивного панкреатита, не допустить прогрессирования заболевания, избежать повторных операций и летальных исходов.

КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ, ОСЛОЖНЕННОГО ВЫПАДЕНИЕМ УЗЛОВ IV СТ. И КРОВОТЕЧЕНИЕМ

А.В. Костырной, С.П. Гавриленко, А.А. Древетняк, П.С. Трофимов

*ГУ – «Крымский государственный медицинский университет им. С.И.Георгиевского»,
кафедра общей хирургии*

Хирургические заболевания прямой кишки поражают наиболее трудоспособную часть населения. До 35% проктологической патологии приходится на геморрой, для лечения которого предложены сотни методик оперативных вмешательств. Тем не менее часты рецидивы геморроя и послеоперационные осложнения. Это свидетельствует о том, что до сих пор отсутствует единый «золотой стандарт» пригодный для качественного избавления пациента от любых степеней и стадий геморроя. Каждая методика оперативного пособия имеет ряд преимуществ и недостатков. В данной ситуации мы предприняли попытку разработать тактику индивидуального комплексного подхода в лечении этой патологии.

С 2009 по настоящее время нами прооперировано 18 человек с хроническим комбинированным геморроем IV стадии, осложненным острым кровотечением. Из-за степени выраженности внутренних и наружных узлов применялась та или иная методика оперативного вмешательства. При выпадении внутренних узлов за пределы анального кольца и контактной кровоточивости, внутренние узлы удалялись по Милигану-Моргану во II модификации НИИ проктологии аппаратами УО-40, УБ-25. Выбор аппарата диктовался длиной его бранши в зависимости от размера сосудистой ножки узла. При менее значительных размерах внутренних

К этой категории крайней срочности относятся все раненые с острыми нарушениями дыхания независимо от того, находятся ли они в сознании или без сознания. К категории потенциальной срочности относятся все раненые с поражением костей, часто сочетающихся с поражениями мягких тканей, но без нарушения дыхания.

Оказание медицинской помощи. Независимо от того, идёт ли речь о сложном процессе высвобождении пострадавшего из-под обломков или замкнутого пространства или о простом подборе пострадавшего, необходимо соблюдать строгие меры предосторожности, которые должны сопровождаться элементарными мероприятиями по восстановлению проходимости дыхательных путей. При размещении пострадавшего следует учитывать как сами повреждения, так и их влияние на функции дыхания и гемодинамики, а также на состояние: положение, полусидя, если пострадавший находится в сознании и у него нет нарушений гемодинамики; безопасное положение на боку, если он без сознания (на правом или левом боку в зависимости от локализации внутреннего или наружного кровотечения по отношению к полостям рта и носа).

Освобождение и защита дыхательных путей:

— простая деобструкция полости рта с помощью пинцета (изымаются все твердые тела (зубы, протезы) или с помощью аспирации);

— трахеальная интубация, осуществляемая в зависимости от повреждения и от наличия необходимости поддержания проходимости дыхательных путей;

— трахеальная аспирация после интубации;

— интеркрикотиреоидальная пункция при наличии состояния острой асфиксии, вслед за которой проводится трахеотомия;

— фиксация языка с помощью прокалывающей булавки, необходимость, в которой связана с невозможностью поддержания языка (переломы нижней челюсти).

Иммобилизация переломов челюсти осуществляется с помощью временной фиксации (повязка голова-подбородок). ИВЛ показана только в тех случаях, когда нарушения функции дыхания не устраняются с помощью первичных мер, таких как деобструкция дыхательных путей. В ряде случаев бывает она необходима в результате наличия нарушений сознания и поражения функции дыхания, вызванных сопутствующими черепно-мозговыми травмами.

Гемостаз осуществляется в зависимости от типа раны с помощью простого тампонирувания (ранения мягких тканей), скрученных тампонов или путем наложения жжима. Защитная повязка должна накладываться на все раны. Используются для этого широкие стерильные фиксированные бинтом "или другими материалами повязки, осуществляющие одновременно функции защиты от микробного заражения и гемостаза. Венозный доступ и перфузия зачастую необходимы даже при отсутствии гиповолемии, так как эффективно обеспечивают седатацию и анальгезию, антибиотикотерапию и гидратацию, так как нарушения глотания могут препятствовать пероральному поступлению жидкости в организм. Седатация и анальгезия могут быть необходимы при наличии возбуждения, вызванного болью или при необходимости проведения интубации или трахеотомии, которые должны проводиться с учетом состояния дыхания и сознания. Борьба с инфекцией обычно сводится к профилактике анаэробной инфекции и столбняка (противостолбнячная сыворотка). К другим мерам относятся введение желудочного зонда всем раненым с нарушениями глотания и лечение сопутствующих повреждений.

Наблюдение и способы эвакуации. Наблюдению подлежат:

— состояние дыхания существует большой риск обструкции дыхательных путей, которая может развиться либо в ранний период в результате изменения анатомических соотношений, способствующих отеку и геморрагии, либо в более поздний период в результате возникновения нарушений сознания, вызванных сопутствующими черепно-мозговыми повреждениями);

— нейropsychическое состояние (систематически наблюдать и быстро выявлять такие факторы, как возбуждение, сонливость, потеря сознания);

— состояние гемодинамики (наблюдать за артериальным давлением).

Эвакуацию таких пострадавших можно проводить как воздушным, так и наземным транспортом. В ходе эвакуации необходимо постоянно иметь в виду:

— начальную тяжесть повреждения и состояние после оказания первой помощи;

— опасность осложнений (обструкция дыхательных путей, падение артериального давления, потеря сознания);

— мероприятия по приведению в транспортабельное состояние, носящие специфический или неспецифический характер (венозный доступ и перфузия, непрерывная седатация, опорожнение желудка, интубация и ИВЛ, иммобилизация переломов, защитные повязки);

— правильное размещение (положение, полусидя или безопасное положение на боку).

поворотні головки з кутом конуса 10, 20 градусів та нахилені на 15, 25, 40 градусів. Всі імпланти випускаються з діаметрами: 3,5 мм; 4,0 мм; 4,5 мм; 5,0 мм та довжиною 8; 10; 12; 15; 18 мм. Крім того система включає в себе стандартні та обточуючі головки та адаптери. Згідно з наказом Державної служби лікарських засобів і виробів медичного призначення від 18 травня 2007 року № 41 ці імпланти внесені до Державного реєстру медичної техніки та виробів медичного призначення України і дозволені для застосування в медичній практиці. З вересня 2002 року по даний час в клініці щелепно-лицевої хірургії та стоматології Військово-медичного клінічного центру Західного регіону після проведення клінічної апробації, дентальні імплантати системи „Радікс” встановлено 162 хворим в віці від 18 до 68 років. У -54 відновлювалися одиночні дефекти зубних рядів, у-57 відновлювалися включені дефекти зубних рядів, у-26 відновлювалися кінцеві дефекти зубних рядів, у-25 відновлювалася повна адентія верхньої та нижньої щелепи.

Результати та їх обговорення. Застосування різноманітних видів гвинтових та пластинчастих імплантів дозволили нам досягнути позитивних результатів в відновленні одиночних, включених, кінцевих дефектів, а також провести ефективне протезування при повній адентії. Найблищі спостереження функціонування імплантів показали хороші результати – із 643 встановлених імплантів по різних причинах було видалено 30 (що складає 4.67 %) у 24 пацієнтів. Якщо врахувати, що із 162 хворих 156 пацієнтів реабілітовані з допомогою протезування на дентальних імплантатах, то позитивний ефект дентальної імплантації та протезування склали 96,3%. Всі хворі задоволені функціональними та естетичними результатами лікування. Скарги на біль, дискомфорт в області імплантів та протезів пацієнти не пред’являли. Клінічне обстеження показало, що патологічних змін тканин порожнини рота, рухомості протезів та імплантів в даних пацієнтів відсутні.

Висновки. Систему дентальної імплантації ТзОВ „Проекція „Радікс” (РБ, Мінськ), можна вважати адаптованою до міжнародних стоматологічних стандартів. Система мультимодальна- в ній представлені як різноманітні типу розміри гвинтових циліндричних імплантів, так різноманітні по формі пластинчасті імплантати. Це дозволяє використовувати максимально ефективно метод дентальної імплантації в різних клінічних випадках, а також створює комфортні умови при виготовленні ортопедичних конструкцій різноманітних конфігурацій. Враховуючи дані спостереження та факт відносної дешевизни з зарубіжними аналогами, рахуємо можливим і доцільним використовувати систему дентальних імплантів ТзОВ „Проекція „Радікс” (РБ, Мінськ) для реабілітації хворих з дефектами зубощелепової системи.

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИНГАЛЯЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ СЕВОФЛУРАНОМ И ТОТАЛЬНОЙ ВНУТРИВЕННОЙ АНЕСТЕЗИИ

С. Н. Мороз

Центральный госпиталь Военно-медицинского управления Службы безопасности Украины, г. Киев

По данным ВООЗ, ни одна страна мира не имеет достаточных финансовых ресурсов для удовлетворения потребностей национального здравоохранения. Оптимизация расходов средств является всеобщей, мировой проблемой. Во всем мире происходит переоценка старых методов лечения и оценка новых терапевтических средств не только с точки зрения их действенности и безопасности, но и с точки зрения их эффективности и экономичности. С развитием науки «фармакоэкономика» стало возможным определить или обосновать применение той или иной методики анестезии с точки зрения экономической эффективности, безопасности для пациента, клинической целесообразности. Хотя доля анестезии в общей стоимости лечения болезни остается достаточно невысокой (6% – 10% по данным различных авторов), во всем мире отделения анестезиологии и реанимации позиционируются как высокозатратные. Аргументация затрат на анестезиологическое обеспечение, с последующим их анализом и оптимизацией, развивая концепцию «ценообоснованной» анестезии, позволяет добиться более высокого качества анестезиологической помощи.

Цель исследования - определить фармакоэкономическую эффективность анестезиологических пособий применяемых при лапароскопических операциях в абдоминальной хирургии.

Материал и методы: исследования выполнены у 54 больных (II класс по ASA), оперированных на верхнем этаже брюшной полости. Все пациенты были предварительно обследованы амбулаторно. Группы сопоставимы. 30 больным (группа 1) оперативные вмешательства выполнены в условиях тотальной внутривенной анестезии (ТВА) с использованием пропофола (PROPOFOL FRESINIUS), 24 (группа 2) больным – низкопоточной (1,2 - 0,8 л/мин) ингаляционной анестезии на основе севофлурана (SEVORAN).

Методика анестезии. В обеих группах применялась одинаковая стандартная премедикация: седативные на ночь, утром (за 30 минут) промедол, димедрол в/м в стандартных дозировках. Индукция: атропин 0,01 мг/кг, фентанил 3 мкг/кг, пропофол 2,5-2,8 мг/кг; далее вводили эсмерон 0,5 – 0,6 мг/кг, через 2 мин после наступления адекватной миоплегии - интубация трахеи. Поддержание анестезии проводилось согласно об-

ствие костных дефектов в области остеотомии. У оперированных детей исчезли боли в суставах стоп при ходьбе, 14 детей передвигаются самостоятельно с перекатом стоп и без помощи ортопедических средств опоры, 8 больных ходят с полной опорой на всю подошвенную поверхность стопы, 6 оперированных передвигаются с помощью канадских палочек. Все оперированные дети при ходьбе используют ортопедическую обувь. При оценке результатов хирургического лечения использовали метод Фридланда М.О. (определение размера продольного свода стопы и величины таранно-ладьевидного свода). Хорошие результаты получены у 20 оперированных детей, удовлетворительные – у 8.

Применение биоимплантатов Tutoplast в сочетании с внеочаговым методом фиксации по Илизарову способствует стимуляции остеогенеза в зоне остеотомии, более надежной фиксации и может быть рекомендован к практическому применению в лечебных учреждениях.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕЙРОТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ПЕРЕМЕЩЁННЫМИ КРОВΟΣНАБЖАЕМЫМИ ЛОСКУТАМИ

В.И. Перцов, А.В. Сех, Е.В. Пономаренко, М.В. Вирский

Запорожский государственный медицинский университет, кафедра медицины катастроф, нейрохирургии и военной медицины; Запорожский областной ожоговый центр

Нейротрофические язвы являются серьезным осложнением у больных с нарушенным питанием тканей как под воздействием внешнего сдавления, так и в результате различных системных заболеваний. Летальность у больных с нейротрофическими язвами по данным различных авторов, колеблется в широких пределах (21–88,1%).

Цель работы – выбор оперативной тактики и улучшение результатов хирургического лечения хронических нейротрофических язв крестцовой области и области больших вертелов бедренных костей.

Материалы и методы. С 2007 по 2011 годы в ожоговом центре ГКБЭ и СМП г.Запорожья было пролечено 12 больных с хроническими нейротрофическими язвами III - IV степени в области крестца (8) и области больших вертелов бедренной кости (7). У 3 больных одновременно имелось 2 локализации, у 2 пациентов – три локализации. При оценке состояния пролежня использовалась классификация нейротрофических язв, предложенная Международным Комитетом по политике здравоохранения и научным исследованиям (АНСРР) в 1992 году. При локализации нейротрофической язвы в области крестца в двух случаях применяли пластику одним или двумя V-образными кожно-мышечными ротационными лоскутами, в 8 случаях выполнялась пластика кожно-жировым двудольным лоскутом на ножке (Esser, 1918; Zimany, 1953). В 5 случаях нейротрофических язв в области больших вертелов произведена пластика ротационным кожно-жировым двудольным лоскутом. Методика операции включала иссечение некротически измененных тканей, ротацию лоскута с обязательным вакуумным дренированием зоны реконструкции. В послеоперационном периоде выполнялись ежедневные перевязки с аспирацией подлоскутного содержимого. Дренаж удалялся на 5-7 сутки, швы снимались на 14-е сутки.

Оперативному вмешательству предшествовала подготовка нейротрофических язв. Она включала дезинтоксикационную инфузионную терапию, рациональную антибиотикотерапию с учетом чувствительности высеваемой микрофлоры, восстановление электролитного водного и белкового баланса организма.

Результаты и их обсуждение. У всех больных отмечено первичное заживление ран. Случаев отторжения, краевого некроза лоскутов не выявлено. В 2 случаях наблюдали образование подлоскутной серомы, которая была успешно дренирована. В отдаленном периоде (12 месяцев) рецидивов нейротрофических язв не наблюдалось.

Выводы. Хирургический метод лечения с использованием лоскутов на осевом кровоснабжении позволяет в короткие сроки ликвидировать длительно существующие хронические нейротрофические язвенные дефекты и улучшить качество и продолжительность жизни пациентов. Применение пластики ротационным кожно-мышечным лоскутом создает полноценный кожный покров и препятствует рецидивированию.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПОВРЕЖДЕНИЙ СПИННОГО МОЗГА

Плис Игорь Богданович

Государственное предприятие Министерства обороны Украины «Сакский центральный военный клинический санаторий имени Н.И.Пирогова».

В настоящее время травматические повреждения спинного мозга являются важной социально-медицинской проблемой, которая нуждается в дальнейшем изучении и усовершенствовании. Главными осложнениями для данного вида травм остаются нарушение проводимости спинного мозга с последующим развитием тяжелых нейродистрофических нарушений во всех органах и тканях.

терная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование коленного сустава. Всем больным была выполнена артроскопия коленного сустава. В результате проведенного исследования выявлены: повреждения менисков у 108 (74,5%) больных, при этом изолированное повреждение внутреннего мениска выявлено у 81 (55,9%), наружного мениска у 27 (18,6%); разрывы передней крестообразной связки у 15 (10,3%) пациентов; повреждение большеберцовой связки у 11 (7,6%), малоберцовой связки у 2 (1,4%), а сочетание повреждений различных структур коленного сустава у 37 (25,5%); посттравматические дефекты, хондральные переломы нагружаемой поверхности мыщелков большеберцовой, бедренной костей, надколенника диагностированы у 14 (9,6%) больных повреждение жирового тела у 6 (4,1%) больных, внутрисуставные переломы у 2 (1,4%) пациентов.

Во время артроскопических операций была выполнена: парциальная резекция мениска с вапоризацией кровотокающих сосудов у 108 (74,5%) пациентам; дебридмент зоны посттравматической хондромалиции с удалением внутрисуставных хондральных тел у 12 (8,3%), из них у 5 (3,5%) пациентов он был дополнен тунелизацией участков субхондральной кости; артроскопическая аутопластика передней крестообразной связки сухожилием полусухожильной мышцы с фиксацией трансплантата интерферентными винтами у 4 (2,8%) пациентов; дебридмент разорванных концов передней крестообразной связки с вапоризацией кровотокающих сосудов у 11 (7,6%) пациентов; вапоризация кровотокающих сосудов жирового тела у 6 (4,1%) пациентов; реинсерция поврежденной большеберцовой связки с применением анкерной системы у 5 (3,5%) пациентов; реинсерция малоберцовой связки с применением анкерной системы у 1 (0,75%) пациента; закрытая репозиция отломков костей, погружной металлоостеосинтез с артроскопической ассистенцией у 2 (1,4%) пациентов; диагностическая артроскопия с вымыванием крови из коленного сустава у 7 (4,8%) пациентов.

Применение современных артроскопических технологий у пациентов с острыми травмами коленного сустава позволило сократить койко-день в специализированном травматологическом стационаре в 3 раза, уменьшить временную нетрудоспособность в 4 раза.

АКТИВНА ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГОСТРИМ КАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

В.М. Трач, Я.І. Клецко, О.М. Сироїд, Ю.В. Яринич

Військово-медичний клінічний центр Західного регіону, м. Львів

Гострий калькульозний холецистит (ГКХ) є найчастішим ускладненням жовчнокам'яної хвороби. В Україні захворюваність на ГКХ становить 6,27 на 10 тис. населення і має тенденцію до подальшого збільшення. Летальність в окремих групах пацієнтів (особи старечого віку) сягає 5-10%. Широке впровадження малоінвазивних методів лікування і досягнення сучасної анестезіології призвели до зміни лікувальної тактики у хворих на ГКХ. Тепер більшість хірургів надає перевагу активному веденню пацієнтів із ГКХ.

Мета роботи: вивчити безпосередні результати застосування активної хірургічної тактики в осіб із ГКХ.

У період із 1 січня 2007 року до 1 травня 2011 року у клініці торакоабдомінальної хірургії на лікуванні знаходився 91 хворий на ГКХ віком 27-94 (58,1±13,3) років. Чоловіків було 49 (53,8%) пацієнтів, жінок - 42 (46,2%) особи. Діагноз ГКХ встановлювали на підставі результатів клінічного, лабораторного і ультразвукового досліджень. Обстеження хворих проводили згідно клінічного протоколу, затвердженого наказом МОЗ України №271 від 13.06.2005. Загальний аналіз крові виконували з допомогою автоматичного гематологічного аналізатора ABX Micros 60 (ABX Diagnostic, Франція). Біохімічні показники та електроліти сироватки крові визначали апаратом Humastar 300 ("Human", Німеччина), ліпіди - апаратом Cobas Integra ("Roche", Швейцарія). Ультрасонографію органів панкреато-біліарної ділянки здійснювали апаратами MyLab 50 Vision (Італія), Logiq 500 MD ("Sony", Японія) і Fukuda denshi (Японія). Пацієнти надходили у стаціонар через 1-30 (Me=5,0) діб від початку приступу ГКХ. Навколоміхуровий інфільтрат визначено у 67 (73,6%), жовчний перитоніт - у чотирьох (4,4%) осіб. Холедохолітиаз стверджено у 10 (11,0%) хворих. Ішемічну хворобу серця констатовано у 67 (73,6%) пацієнтів, артеріальну гіпертензію - у 64 (70,3%), метаболічний синдром - у 55 (60,4%), ожиріння - у 41 (45,1%), цукровий діабет - у 17 (18,7%) осіб. У хворих на ГКХ дотримувалися активної лікувальної тактики. Операції проводили протягом 48 годин від госпіталізації. Пацієнтів із жовчним перитонітом оперували після стабілізування основних вітальних показників. Час від надходження у стаціонар до втручання використовували для передопераційного приготування. Призначали спазмолітики, антибактерійну, інфузійну та детоксикаційну терапію. Антибактерійні препарати вводили протягом семи діб, використовували фторхінолони або цефалоспорины III-IV генерації у поєднанні із метронідазолом (орнідазолом); карбапенемами. Корекцію супровідної соматичної патології здійснювали відповідно до призначень терапевта. В осіб із холедохолітиазом лікування проводили у два етапи: спочатку виконували ендоскопічне ретроградне транспапільярне втручання з літоекстракцією, а через одну-дві доби - видаляли жовчний міхур. Усі операції здійснено зі застосуванням багатокомпонентного комбінованого ендотрахеального наркозу. Лапароскопічну холецистекто-

стадії. Термін спостереження склав від 3 місяців до 2 років. Рецидивів захворювання та порушення функціональної здатності сфінктерного апарату прямої кишки не відмічали.

Висновки. Висічення хронічної анальної тріщини ультразвуковим скальпелем є безпечним, ефективним та малотравматичним методом хірургічного лікування хворих на хронічну анальну тріщину.

МІСЦЕ ТРАНСАНАЛЬНОЇ ГЕМОРОЇДАЛЬНОЇ ДЕАРТЕРІАЛІЗАЦІЇ (ТНД) В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ГЕМОРОЮ

В.М.Трач, Я.І.Клецко, Б.Д.Волошин, С.В.Трач

Військово-медичний клінічний центр Західного регіону

Геморой – патологічний стан організму, що супроводжується структурними, та як наслідок, функціональними порушеннями кавернозної тканини прямої кишки. Пацієнти з гемороєм складають 4% від усіх хірургічних хворих, а їх питома вага серед колопроктологічних хворих сягає 40%. Лікування більшості хворих на геморой у розвинутих країнах ґрунтується на використанні малоінвазивних методів. Проте проблема лікування геморою остаточно не вирішена, що значно знижує працездатність та якість життя людини. Технологія ТНД полягає в надійному перев'язуванні артерій, які живлять гемороїдальні вузли, під контролем доплерівського зонду.

Мета роботи: порівняти результати лікування хворих з хронічним внутрішнім гемороєм при застосуванні трансанальної гемороїдальної деартеріалізації та гемороїдектомії за Мілліган-Морган.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати лікування пацієнтів з хронічним гемороєм II-III ст., що перебували на стаціонарному лікуванні в період від 1 травня 2008 до 1 грудня 2010 рр. У дослідження увійшли 152 пацієнти (96 (63,2%) чоловіків та 56 (36,8%) жінки). Вік пацієнтів, включених у дослідження, коливався від 19 до 77 років. Хворі були розподілені на дві групи: основну та контрольну. Основну групу склали 76 пацієнтів з хронічним гемороєм, яким виконано трансанальну гемороїдальну деартеріалізацію. Контрольну групу склали 76 пацієнтів, яким була виконана гемороїдектомія за Мілліган-Морган у модифікації НДІ проктології. Групи хворих були співставимі за віком, статтю, стадією, анамнезом захворювання, супутньою патологією. Порівняння результатів лікування здійснювали за наступними критеріями: наявність ранніх післяопераційних ускладнень, післяопераційний ліжкодень, тривалість втрати працездатності, частота рецидивів захворювання.

Результати та обговорення. Кровотеча у післяопераційному періоді в основній групі пацієнтів не спостерігалась. В контрольній групі відмічено 2 (2,6%) випадок кровотечі в ранньому післяопераційному періоді. Біль як ускладнення було зафіксовано у пацієнтів, які потребували застосування ненаркотичних анальгетиків більше двох діб після втручання. В основній групі було 4 (5,3%) таких пацієнтів, в яких був геморой III ст. В контрольній групі 28 (36,8%) пацієнтів потребували застосування ненаркотичних анальгетиків більше двох діб після оперативного втручання (4,2±1,1 дні). Гнійно-септичні ускладнення виникли в 1 (1,3%) пацієнта контрольної групи у вигляді інфікування післяопераційної рани на 4 добу після операції. Затримка сечопускання, що вимагала одноразової катетеризації сечового міхура, спостерігалась у 2 (2,6%) пацієнтів основної та 3 (4,0%) пацієнтів контрольної груп. Слід зазначити, що усі хворі були похилого віку з аденомою передміхурової залози II-III стадії. Тромбозом зовнішніх гемороїдальних вузлів післяопераційний перебіг ускладнився в 1 (1,3%) пацієнта основної та 3 (4,0%) контрольної груп. Одним із найінформативніших показників, які характеризують ефективність лікування, є тривалість госпіталізації, яка у пацієнтів основної групи склала 3,1±0,3 днів та серед пацієнтів контрольної групи 7,4±0,8 відповідно. Виявлено статистично істотну відмінність між зазначеними показниками (p<0,05). Термін втрати працездатності серед пацієнтів основної групи склав 7,2±1,1 днів. Втра-та працездатності серед пацієнтів контрольної групи склала 18,4±2,3 дня. Моніторинг стану пацієнтів проводився через 7, 14 діб та 1, 2 та 6 місяців У 1 (1,3%) пацієнта основної групи з хронічним внутрішнім гемороєм III стадії через 12 діб після трансанальної гемороїдальної деартеріалізації відмічено випадіння слизової внутрішнього гемороїдального вузла на 3-ій годині умовного циферблату, що, на нашу думку, пов'язано з прорізуванням лігатури при пексії слизової анального каналу. Серед пацієнтів контрольної групи рецидиву захворювання не відмічено, проте у 3-х (4,0%) пацієнтів відмічались скарги на часткове нетримання газів.

Аєнііаєє. Іде қаһіһіаііі³ одаіһаіаеуііі ааіідііааеуііі ааадоаа³ае³чао³ііі һаадеһде-іі аіһіа³діі ііаіоо³оуһу і³һеуііаао³еіеє е³аеіаіу да одеаае³һоу деі-аһіаіі іаіһаоаааоііһо³ а ііһ³аіуіі³ ҫ ааіідііааеуііі³ ҫа і³еє³ааі-іідааі. Іадіа одаіһаіаеуііі ааіідііааеуііі ааадоаа³ае³чао³ііі (ТНД) ° аєһіеіааоєеаіеі да іідааііҫааа³аар-еі һііһіаіі е³еоааіу ааіідіі, үеєє ° аеуіааіаоєаііі о³доаа³-іііо е³еоааііі іао³іо³а ҫ ааіідііі^{22,222} һааа³і.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО УДАЛЕНИЮ НОВООБРАЗОВАНИЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

А.В. Тхоревский

Отделение реанимации и интенсивной терапии для хирургических больных Главного военного клинического центра «ГВКГ»

С появлением инфузоматов и современных местных анестетиков нами используется метод непрерывной инфузии местного анестетика. Мы сравнили группу с классическим эпидуральным введением маркаина с группой с продленным введением местного анестетика. Для эпидуральной анестезии использовали 0,5% раствор бупивакаина. Начальная доза бупивакаина составила $0,75 \pm 0,06$ мг/кг, введенного болюсно. В дальнейшем, для поддержания ЭБ вводился 0,25% раствор бупивакаина в виде продленной инфузии со скоростью $0,18 \pm 0,015$ мг/кг/час. Суммарная доза препарата составила $1,38 \pm 0,2$ мг/кг. Качественный состав инфузионно-трансфузионной терапии во 2-й группе не отличался от такового 1-й группы больных. Также как и в 1-й группе, обезболивание в послеоперационном периоде пациентов 2-й группы осуществляли в режиме «по требованию». Оно обеспечивалось эпидуральной анестезией МА, внутримышечным введением промедола и нестероидных противовоспалительных средств (кетопрофен, кеторолак). Появление болей у пациентов второй группы отмечено на $207,4 \pm 9,34$ минуте. Расход промедола в первые 12 часов составил $0,29 \pm 0,06$ мг/кг, кетопрофена - $2,6 \pm 0,07$ мг/кг, анекаина $0,65 \pm 0,07$ мг/кг в комплексе «по требованию». Метод непрерывной инфузии местного анестетика в эпидуральное пространство позволяет существенно сократить его суммарную дозу. В нашем исследовании общую среднюю дозу бупивакаина удалось снизить на 15,9%.

У больных с исходной артериальной гипертензией наблюдалась стабилизация показателей артериального давления в удовлетворительных пределах. Полученные данные свидетельствуют о возможности применения рассматриваемого варианта анестезиологического обеспечения у пациентов с исходной артериальной гипертензией.

Продленная эпидуральная блокада на основе непрерывной инфузии бупивакаина в условиях ИВЛ не вызывает клинически значимой депрессии гемодинамики (снижение среднего артериального давления на 9,7% и урежение частоты сердечных сокращений на 11,2% к концу операции от исходных значений) и не усиливает выраженность непреднамеренной гипотермии во время операции (центральная температура к концу операции снизилась на 3,1% от исходной); при этом не наблюдается превышения допустимого диапазона значений для биохимических маркеров стресса (увеличение гликемии на 10,2% к наиболее травматичному этапу операции от исходного уровня, что соответствует стресс-норме).

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, КЛАССИФИКАЦИЯ, ДИАГНОСТИКА ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ СЕРДЦА ПРИ МИННО-ВЗРЫВНЫХ РАНЕНИЯХ

А.К. Флорикян, В.В. Куринной, А.Л. Бородай, В.А. Беленький, Н.А. Новиков, С.А. Шпилев

Военно-медицинский клинический центр Северного региона.

Харьковская медицинская академия последипломного образования.

Морфологические изменения в мышце сердца при ее закрытой травме, то они разнообразны. У всех погибших после тяжелой сочетанной травмы груди при гистологическом исследовании в зоне ушиба сердца, как и у других авторов, обнаруживались участки мелкоочечных или более обширных кровоизлияний в мышцу, под эпикард, в перегородки. В сосудах микроциркуляции определялись пристеночные тромбы из эритроцитов, явления шока; в волокнах сердечной мышцы – разможнения, вплоть до некротических участков. Даже в отдаленных от зоны ушиба участках у некоторых погибших выявлялись разрывы мелких сосудов с периваскулярными и межмышечными кровоизлияниями. Согласно нашей клинико-морфологической классификации, закрытая травма сердца при минно-взрывных ранениях подразделяется на:

1. Сотрясение сердца, которое наблюдалось у 6 (7,7%) пострадавших с закрытой травмой сердца. Причем у 4 больных взрывное повреждение было получено на открытой местности.

2. Ушиб сердца. Он выявлен нами у 78 (85,7%) раненых из 91 больного с закрытой травмой сердца.

3. «Травматический» инфаркт миокарда. Эта сердечная патология диагностирована у 4 (4,4%) пострадавших с тяжелой сочетанной огнестрельной травмой груди.

4. Разрыв сердца. Редкая патология даже в специализированных отделениях передвижных госпиталей. Такая травма сердца наблюдалась нами у двух (2,2%) раненых, причем минно-взрывное повреждение было получено внутри бронетехники с нарушением целостности отсеков, при кумулятивном действии взрывного устройства.

ушиба сердца. Травматический инфаркт миокарда характеризуется развитием, в большинстве своем, status anginosus и лишь в некоторых случаях- status astmatics. Патогенез развития этого тяжелого осложнения, механизм тромбообразования при минно-взрывной травме до настоящего времени окончательно не решен и остается дискуссионным. Согласно нашей концепции только комплекс факторов приводит к тромбообразованию в сосудах сердца.

Первый путь. Реакция «release reaction», главными звеньями которой являются:

- Повреждение эндотелия сосудов при травме;
- Контакт тромбоцитов с субэндотелиальными коллагеновыми волокнами;
- Высвобождение АДФ и АТФ, которые приводят к агрегации тромбоцитов;
- Тромбин вместе с фосфолипидом, находящимся на мембранах вызывает отложение фибриновых волокон, укрепляющие сгусток, делающие полностью непроходимым артериальный сосуд сердца.

Второй путь.

- Анатомические разрушения в зоне поражения сердца.
- Выраженные метаболические изменения в сердечной мышце.
- Отек стромы, вызывающий нарушение проходимости сосуда и уменьшение скорости кровотока.
- Спазм сосудов при шоке.

Течение «травматического» инфаркта миокарда тяжелое, так как развитие заболевания происходит на фоне сочетанной, а чаще комбинированной огнестрельной политравмы с повреждением других жизнеобеспечивающих систем. Все сказанное приводит к неблагоприятному исходу из-за развития осложнений в виде кардиологического шока, острой левожелудочковой недостаточности, различных нарушений ритма, склонных к рецидивам, изменениям сердечных параметров, малого и большого круга кровообращения.

Что касается данных биохимических исследований, то согласно нашим наблюдениям изучение в динамике активности лактодегидрогеназы может служить показателем степени тяжести заболевания и его прогноза. Наибольшую диагностическую ценность для раннего выявления травматического повреждения сердца нами придается активности МВ-изофермента креатинфосфокиназы. Значительное его повышение к концу первых суток после травмы и изменение его в динамике оказалось весьма специфичным для диагностики «травматического» инфаркта миокарда. Разрыв сердца-особая форма повреждения сердца, сопровождающаяся нарушением целостности его стенки, или перегородок, сухожильных нитей, клапанов, требующая реанимационных хирургических мероприятий. При этой тяжелейшей огнестрельной, большей частью комбинированной политравме, по нашим секционным данным, совпадающим с литературными, в 68% наблюдений повреждаются правые отделы сердца, что можно объяснить слабостью ее мускулатуры. Большинство пострадавших с разрывами левых отделов сердца погибают на месте ранения или при транспортировке[2,6,8,9]. В клинику ВГМГ было доставлено двое раненых с небольшими разрывами правого предсердия в крайне тяжелом состоянии, которым в догоспитальном периоде проводились интенсивные профилактические мероприятия интраперикардиальной тампонадой сердца. С момента травмы до госпитализации прошло 25 минут. У обоих раненых была сочетанная травма (грудь, нижние конечности) с превалированием повреждений внутригрудных органов со средним гемопневмотораксом. Ранение было получено внутри бронетехники при кумулятивном действии взрывного устройства. Несмотря на проведенные реанимационные операции спасти жизнь одному из них не удалось. Согласно секционным и клиническим наблюдениям порой стенка мышцы сердца разрывается не полностью. Поэтому при установлении диагноза считаем целесообразным различать полные и неполные, внешние и внутренние разрывы сердца, так как от этого зависят методы хирургического лечения пострадавших.

Таковы наши концепции клинико-морфологических изменений и классификация закрытой травмы сердца при минно-взрывных повреждениях.

МЕХАНОГЕНЕЗ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ СЕРДЦА ПРИ МИННО-ВЗРЫВНЫХ РАНЕНИЯХ

А.К.Флорикян, В.В. Куринной, А.Л.Бородай, В.А.Беленький, Н.А. Новиков, С.А.Шипилов

Военно-медицинский клинический центр Северного региона.

Харьковская медицинская академия последипломного образования.

Актуальность проблем закрытой травмы сердца при минно-взрывных повреждениях (МВП) определяется не только увеличением таких пострадавших вследствие возрастания локальных войн в различных регионах мира, но и тем, что поражение сердца при тяжелой огнестрельной комбинированной травме существенно влияет на течение и исход травматической болезни. В опубликованных немногочисленных работах, посвященных минно-взрывным ранениям груди практически отсутствуют исследования, посвященные закрытой травме сердца, возникающих морфо-функциональных нарушениях, клинике, диагностике и лечению различных форм этой тяжелой огнестрельной взрывной патологии.

логического синдрома происходит смещение сердца в грудной клетке с последующим ударом об грудину, позвоночник или поверхность диафрагмы. Непосредственное тупое воздействие при травме груди над областью сердца с направлением силы травмирующего агента от груди к позвоночнику приводит к кровоизлиянию в различные его отделы-в миокард, под эндокард или эпикард желудочков, предсердий или в межжелудочковую перегородку, а иногда даже к разрыву его стенки, клапанов, межжелудочковой, межпредсердной перегородки. При большой силе удара нарушения могут произойти и в результате прямого воздействия концов сломанных ребер и грудины на сердце, что мы наблюдали у двух пострадавших, получивших ранение внутри бронетехники с нарушением целостности отсеков, при кумулятивном действии взрывного устройства.

Вторым важным фактором в патогенезе закрытой травмы сердца как и при дорожно-транспортных происшествиях является состояние миокарда, коронарных сосудов, фазы сердечной деятельности в момент минно-взрывной травмы, и возрасте раненого. Немаловажное значение в развитии одной из форм закрытой травмы сердца принадлежит и влиянию центральной нервной системы, на сердечную деятельность, приводящая к разнообразным реакциям, проявляющиеся в развитии синдрома функциональных кардиоваскулярных и церебральных нарушений.

И, наконец, четвертый фактор-различные изменения метаболизма в мышце сердца. Эти метаболические нарушения в миокарде наступают вследствие сочетания таких важных факторов, как гиперкатехоламинемия и перераспределение содержания адреналина, норадреналина в мышце сердца, изменения обмена электролитов-калия, натрия и др., величины и скорости кровопотери, гипоксии, гипотонии, ацидоза и других нарушений систем гомеостаза. При этом, в организме раненого возникают ряд взаимосвязанных, взаимоотягачивающих патологических звеньев, значительно отягачивающих прогноз минно-взрывной травмы. При закрытой травме сердца минно-взрывного генеза происходит сочетанное воздействие всех четырех приведенных факторов, однако решающим, основным пусковым механизмом патологии сердца является один из этих факторов.

Выводы. Таким образом, четыре основных фактора являются основными в механогенезе закрытой травмы сердца при минно-взрывных повреждениях:

1. Непосредственное физическое воздействие на мышцу сердца травмирующего агента.
2. Состояние сердечной мышцы, коронарных сосудов, фазы сердечной деятельности в момент минно-взрывного ранения, возраст пострадавшего.
3. Действие центральной нервной системы на сердечную деятельность с развитием функциональных кардиоваскулярных нарушений.
4. Развитие каскада взаимосвязанных, взаимоотягачивающих патологических нарушений в организме: изменения метаболизма в мышце сердца, биологических активных веществ, других нарушений систем гомеостаза.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ТРОФИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЁННОЙ ТРАВМОЙ ПОЗВОНОЧНИКА

А.В. Хащук, А.М. Ненько

Сакский центральный военный клинический санаторий имени Н.И.Пирогова, г. Саки, Украина

Хирургическое лечение трофических расстройств (ТР) у больных с последствиями травмы позвоночника и спинного мозга является сложной и до сих пор не решённой медико-социальной проблемой. Несмотря на реальную перспективу получения стойкого положительного результата, даже в специализированных центрах, реконструктивные операции выполняются только у 40-50% больных, осложнения со стороны хирургического разреза наблюдаются в 25-40% случаев.

Цель работы: улучшить результаты хирургического лечения больных с ТР за счёт разработки и внедрения системы восстановительного лечения.

В связи с поставленной целью первую группу-54 чел. составили больные, которые проходили восстановительное лечение в условиях Сакского центрального военного клинического санатория имени Н.И.Пирогова за период с 2007 по 2010 годы, контрольную группу - 78 чел. составили больные из Донецкой областной больницы восстановительного лечения, получившие лечение по общепринятым принципам. Средний возраст больных составил $32,4 \pm 0,5$ лет (от 19 до 58 лет). Шейный уровень повреждения наблюдался в 54%, грудной-30%, поясничный-16%. Степень неврологического дефицита оценивалась по шкале ASIA. Преобладали больные с тяжелыми неврологическими расстройствами А и В-83%, легкие нарушения – С и Д имели место у 17%. У 63% больных наблюдались монолокальные формы ТР, у 37% имели место билочкальные и полилокальные формы. Локализация ТР была представлена опорными зонами в области таза: крестцовая, вертельная и седалищная -89%, коленных суставов -6%, голеней и стоп -5%, испытывающими длительные

ЗНАЧЕННЯ СУЧАСНОГО МОНІТОРИНГУ В АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ТА ІНТЕНСИВНІЙ ТЕРАПІЇ

Хитрий Г.П.¹, Мельник В.М.², Бугай О.О.², Левченко Т.М.¹, Говенко А.В.¹, Горошко В.Р.¹

¹ Українська військово-медична академія² Головний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ»

Метою моніторингу в анестезіології та інтенсивній терапії є забезпечення безпеки хворого. При проведенні анестезії та лікуванні хворих, які перебувають у критичному стані це особливо важливо, оскільки проблемами контролю та керування життєво важливими функціями, частково або повністю, вирішуються лікарем. Тому моніторинг повинен забезпечувати безперервну реєстрацію встановлених показників, показання їх у числових або графічних формах у реальному часі і динаміці, первинну інтерпретацію отриманих даних і, нарешті, включення тривожної сигналізації. Природно, що кваліфікована робота лікаря з моніторною апаратурою вимагає не тільки певних технічних навичок і навичок “користувача”, але й знання принципів їх дії, можливих джерел помилок, обмежень і т.п. Переваги і необхідність використання моніторної техніки при проведенні анестезії та в інтенсивній терапії підтверджені в численних клінічних дослідженнях. Аналіз проблеми безпеки хворих показує, що майже половина анестезіологічних смертей могла б бути потенційно попереджена за допомогою широкого використання моніторних приладів спостереження за життєво важливими функціями організму [1, 2]. За даними різних джерел [3, 4], найбільш часті причини анестезіологічних помилок були: повна або часткова розгерметизація дихального контуру; помилкове введення препарату (технологічна або методична помилка); низький FiO_2 (висока фракція закису азоту, ненавмисна зміна газотоку); стравохідна або ендобронхіальна інтубація; випадкова або передчасна екстубація; неправильний вибір методики ШВЛ; несправність ларингоскопу; від’єднання крапельниці від внутрішньовенного катетера; помилки при кровозаміщенні та неадекватна корекція водного балансу. Тобто ускладнення анестезії багато в чому визначаються комбінацією «людського фактору» з технічною і технологічною недосконалістю наркозно-дихального апаратури та моніторингу. В теперішній час у більшості країн прийняті та законодавчо затверджені стандарти медичного моніторингу, що зобов’язують лікаря використовувати цю техніку в щоденній роботі. Серед них заслуговують на увагу наступні варіанти стандартів моніторингу:

- «Гарвардський стандарт», 1986
- Американське товариство анестезіологів (ASA) – 2005
- Асоціація анестезіологів Великобританії та Ірландії (AAGBI) – 2007
- Погоджувальна конференція (Москва, 2008).

Показовими є наслідки впровадження Гарвардського мінімального стандарту інтраопераційного моніторингу, який включає наступне: 1) лікар - анестезіолог і/або медсестра-анестезист постійно повинні перебувати в операційній, поки проводиться загальна або регіонарна анестезія; 2) обов’язкове вимірювання артеріального тиску та частоти пульсу не менше 1 разу за 5 хвилин; 3) постійний ЕКГ-контроль; 4) під час загальної і регіонарної анестезії повинен проводитися моніторинг вентиляції та кровообігу хворого (хоча б один з наступних методів: контроль CO_2 у видихуваному повітрі; плетизмографія та пульсоксиметрія; контроль порушення герметичності дихального контуру – звуковий сигнал при роз’єднанні; контроль O_2 у дихальному контурі). Обов’язкове застосування даного стандарту моніторингу позначилося на безпеці хворих під час анестезії та операції. До його застосування (1976-1985) летальність була з частотою 1:75700 хворих, а за наступні 5 років з обов’язковим стандартом моніторингу склала 1:392000. Страхові компанії знизили в 7 раз виплату страховки за ускладнену анестезію [3]. Однак, не треба забувати, що жоден моніторний комплекс не може дати того цілісного враження про стан хворого, який лікар отримує при огляді. Моніторинг природно не може запобігти розвитку всіх ускладнень і несприятливих подій під час анестезіологічного забезпечення та інтенсивної терапії. Проте, він значно знижує ризик їх розвитку як за рахунок своєчасного виявлення наслідків помилкових дій медичного персоналу, так і за рахунок раннього попередження погіршення стану хворого з якихось причин під час оперативного втручання або інтенсивної терапії критичного стану. Моніторинг під час анестезії та інтенсивної терапії – це не просте приєднання до пацієнта того або іншого механічного або електронного обладнання, оскільки ніякий монітор не може замінити самого анестезіолога, в обов’язки якого входить забезпечення безпеки хворого під час анестезії при безсумнівній її адекватності проведеному хірургічному втручанню. «Пильність» – девіз Американського Товариства Анестезіологів (ASA) і моніторинг під час анестезії, як влучно помітив David Gaba – провідний спеціаліст з проблем безпеки в анестезіології, призначені для того, щоб «години нудьги не перетворилися у хвилини жаху» [Gaba DM, et al, 1994.].

Таким чином, інтраопераційний моніторинг забезпечує адекватність і безпеку анестезії, дозволяє ефективно проводити інтенсивну терапію, знижує витрати людських і матеріальних ресурсів, а також ефективний в організаційному відношенні.

рефрактурами та псевдоартрозами довгих кісток нижніх кінцівок внаслідок ускладнень після первинного зануреного остеосинтезу. Всім постраждалим був виконаний реостеосинтез інтрамедулярними блокованими стержнями. У 10 пацієнтів мала місце рефрактура великогомілкової кістки, у 9 – псевдоартроз великогомілкової кістки, у 4 пацієнтів – рефрактура стегнової кістки та у 2 – псевдоартроз стегнової кістки. Вік пацієнтів склав від 18 до 45 років, чоловіків було 21, жінок – 4. Нестабільність металоконструкції чи її перелом були виявлені клінічно чи рентгенологічно після оперативних втручань через 2 міс у 4, через 4 міс - у 5, в термін до 6 міс – у 6 хворих. Псевдоартроз великогомілкової кістки відмічений в термін від 6 міс до 1 року, стегнової кістки від 1 року до 5 років. В 19 випадках при вивченні анамнезу та аналізі рентгенограм встановлені технічні помилки при застосуванні пластин, а саме – недостатня товщина та довжина пластини, проведення гвинтів через зону перелому, використання компресійної пластини при уламкових переломах, неправильне позиціонування пластини. У 6 випадках мало місце недотримання пацієнтами рекомендацій після проведенного первинного остеосинтезу – раннє навантаження на оперовану кінцівку.

Функціональне навантаження у постраждалих після реостеосинтезу проводилось на 3 - 5 добу після операції. Хода з медичною тростиною дозволялась в залежності від клініко-рентгенологічної картини: після реостеосинтезу великогомілкової кістки в термін від 8 до 10 тижня, після реостеосинтезу стегнової кістки – від 2 до 4 міс. Середній термін зрощення, підтвердженого рентгенологічно, у випадку реостеосинтезу перелому стегнової кістки складає 14.5 ± 2.1 тижнів, реостеосинтезу великогомілкової кістки – 12.3 ± 1.6 тижнів.

Із ускладнень необхідно відмітити міграцію блокуючих гвинтів, їх деформацію та переломи. В одному випадку мав місце перелом інтрамедулярного стержня.

Оцінюючи результати лікування необхідно відмітити, що в термін від 6 міс до 2 років після оперативних втручань консолидація досягнута у всіх клінічних випадках.