ISSN 2010-9881

ШОШИЛИНЧ ТИББИЁТ АХБОРОТНОМАСИ

ВЕСТНИК ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

2021, том 14, №2

РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

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

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

Включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ (Ташкент):

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

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

МЕЖДУНАРОДНЫЙ РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

М.М. Акбаров (Ташкент)
Ф.Б. Алиджанов (Ташкент)
А.Л. Аляви (Ташкент)
Ш.К. Атаджанов (Ташкент)
С.Ф. Багненко (С.-Петербург)
С.М. Бегалиев (Нукус)
Д.Г. Бурибаев (Андижан)
Э.Ю. Валиев (Ташкент)
Б.Г. Гафуров (Ташкент)
Б.Т. Даминов (Ташкент)
А.И. Икрамов (Ташкент)
С.А. Кабанова (Москва)
Г.М. Кариев (Ташкент)
М.Л. Кенжаев (Ташкент)
Р.Д. Курбанов (Ташкент)
Б.А. Магрупов (Ташкент)
И.П. Миннуллин (С.-Петербург)
А.Г. Мирошниченко (С.-Петербург)
В.В. Мороз (Москва)
Г.Ф. Муслимов (Баку)
Б.Ф. Мухамедова (Ташкент)
З.М. Низамходжаев (Ташкент)
Ю.С. Полушин (С.-Петербург)
Д.А. Сапаев (Ургенч)
Р.П. Туляков (Карши)
А.Ю. Тухтакулов (Фергана)
А.Д. Фаязов (Ташкент)
А.Ф. Черноусов (Москва)
А.М. Шарипов (Ташкент)
А.Т. Эрметов (Ташкентская обл.)
Juha Hernesniemi (Helsinki, Finland)

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

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

Тираж 3250. Формат 60×84 1/8. Бумага мелованая. Усл. печ. л. 16,74. Уч. изд. 16,91 . Заказ № 21-139.
Отпечатано в издательско-полиграфическом творческом доме «Узбекистан».

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан

Ассоциация врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ СПОНСОР

EVER NEURO PHARMA

ГЛАВНЫЕ СПОНСОРЫ

PHILIPS

STORZ KARL STORZ — ENDOSKOPE

SORRENTO MEDICAL

СПОНСОРЫ

germaniya hamkorligi DEUTSCHE ZUSAMMENARBEIT

ChM®

KDM

ЮРІЯ-ФАРМ

SWANSTON MED

NOBEL

LABORATOIRE INNOTECH INTERNATIONAL

HEINEMANN MEDIZINTECHNIK

dP

Abbott

FUJIFILM

BEROMED GMBH HOSPITAL PRODUCTS®

Healthcare Business

Medyssey

At the Helm of Medical Technology™

ZEUS PHARMA

Inom Health Care

ISSN 2010-9881

THE BULLETIN OF EMERGENCY MEDICINE

Vol.14 2'2021

SCIENTIFIC PRACTICAL JOURNAL UNDER REVIEW

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

Journal is indexed in Russian Science Citation Index (RSCI)

EDITORIAL BOARD (Tashkent):

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

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

INTERNATIONAL EDITORIAL COUNCIL

M.M. Akbarov (Tashkent)
F.B. Alidjanov (Tashkent)
A.L. Alyavi (Tashkent)
Sh.K. Atadjanov (Tashkent)
S.F. Bagnenko (St.-Petersburg)
S.M. Begaliyev (Nukus)
D.G. Buribayev (Andijan)
E.Y. Valiev (Tashkent)
B.G. Gafurov (Tashkent)
B.T. Daminov (Tashkent)
A.I. Ikramov (Tashkent)
S.A. Kabanova (Moscow)
G.M. Kariev (Tashkent)
M.L. Kenjaev (Tashkent)
R.D. Kurbanov (Tashkent)
B.A. Magrupov (Tashkent)
I.P. Minnullin (St.-Petersburg)
A.G. Miroshnichenko (St.-Petersburg)
V.V. Moroz (Moscow)
G.F. Muslimov (Baku)
B.F. Mukhamedova (Tashkent)
Z.M. Nizamkhodjaev (Tashkent)
Yu.S. Polushin (St.-Petersburg)
D.A. Sapaev (Urgench)
R.P. Tulyakov (Karshi)
A.Yu. Tukhtakulov (Fergana)
A.D. Fayazov (Tashkent)
A.F. Chernousov (Moscow)
A.M. Sharipov (Tashkent)
A.T. Ermetov (Tashkent region)
Juha Hernesniemi (Helsinki, Finland)

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

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

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

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

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

«Шошилинч тиббий ёрдамни ташкил қилишнинг долзарб муаммолари: ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМДА МИНИМАЛ ИНВАЗИВ ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИНГ РОЛИ ВА ЎРНИ»

16-Республика илмий-амалий анжуманининг

МАТЕРИАЛЛАРИ

(Самарқанд, 2021 й. 21 май)

МАТЕРИАЛЫ

16-й Республиканской научно-практической конференции

«Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: РОЛЬ И МЕСТО МИНИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЕ»

(Самарканд, 21 мая 2021 г.)

ТАШКЕНТ – 2021

1. МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В УРГЕНТНОЙ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

МЕСТО МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ РАНЕНИЙ

Хаджибаев А.М., Туляганов Д.Б., Шукуров Б.И.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Систематизирован 15-летний опыт головного учреждения службы экстренной медицинской помощи Республики Узбекистан – Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) – по диагностике и хирургическому лечению торакоабдоминальных ранений.

За период с 2005 по 2019 год в РНЦЭМП госпитализированы 271 пострадавший с ранениями диафрагмы, в том числе 242 (89,3%) – с торакоабдоминальными и 29 (10,7%) – абдоминоторакальными ранениями. Одиночное ранение торакоабдоминальной зоны констатировано у 206 (76,0%), множественные ранения – у 65 (24,0%) пациентов. В два раза чаще ранению подвергалась левая половина груди и живота, чем их правая половина – 174 (64,2%) против 87 (32,1%) случаев. У 10 (3,7%) больных имели место множественные ранения грудной клетки с двух сторон, при этом ранение обоих половин диафрагмы диагностировано у 3 пострадавших, повреждение только левой половины – у 4 и только правой половины – у 3.

Мужчин было 231 (85,2%), женщин – 40 (14,8%). Средний возраст пострадавших – 32,0±12,7 лет.

У абсолютного большинства больных (250; 92,3%) обстоятельство получения ранения имело криминальный характер, у 13 (4,8%) повреждение получено в быту, у 6 (2,2%) – на производстве, у 2 (0,7%) – вследствие суицида. Только в одном случае мы имели дело с огнестрельным ранением, у всех остальных пострадавших были колото-резанные ранения.

Как известно, ранения диафрагмы относятся к категории тяжелых сочетанных травм с вовлечением двух смежных областей – грудной клетки и брюшной полости, а иногда – и органов забрюшинного пространства. Общее состояние более половины (153; 56,5%) пострадавших было тяжелым (122), крайне тяжелым (24) и агональным (7), и только у 118 (43,5%) раненых общее состояние при поступлении в клинику было расценено как средней тяжести. В состоянии травматического шока поступили 138 (50,9%) больных, в том числе у 36 (13,3%) констатирован шок III и IV степеней, у которых, как известно, крайне усложнен процесс диагностики и выбора тактики хирургического лечения.

На рентгенограммах грудной клетки, что удалось выполнить у 259 (95,6%) больных, ни в одном случае мы не смогли выявить патогномоничный для повреждений диафрагмы симптом – пролабирование органов брюшной полости в плевральную полость. Достоверные рентгенологические признаки проникающего ранения груди выявлены у 158 (61,0%) обследованных больных, в том числе гемоторакс – у 117 (45,2%), гемопневмоторакс – у 29 (11,2%) и пневмоторакс – у 12 (4,6%). Кроме того, у 18 (6,9%) пострадавших имели место такие косвенные признаки проникновения раневого канала в плевральную полость, как подкожная эмфизема (15; 5,8%) и внутрилегочная гематома (3; 1,2%). Рентгенологический признак проникновения ранения в брюшную полость – свободный газ под куполами диафрагмы в 17 (6,6%) случаях.

Другим методом обязательного инициального обследования больных с ранениями груди и живота является УЗИ, что выполнено у 252 (93,0%) пациентов. Как и при рентгенологическом исследовании, ультразвуковое обследование пострадавших с ранениями диафрагмы также ни в одном случае не смогло выявить прямые признаки ранения – дефект в контуре диафрагмы. Информативность УЗИ в выявлении косвенных признаков ранения диафрагмы также существенно ограничены – только у 103 (40,9%) обследованных из 252 при трансабдоминальной сонографии удалось визуализировать признаки гемоперитонеума, в том числе у 15 (6,0%) они сочетались с УЗ-признаками повреждения печени (6) и селезенки (9), а также у 10 (4,0%) – поджелудочной железы. У остальных 149 (59,1%) больных эхопризнаки повреждений не были выявлены.

УЗИ плевральных полостей также ограничены в своей информативности, как и сонография брюшной полости: только у 122 (48,4%) больных было констатировано наличие гемоторакса (свободной жидкости) в плевральной полости с поврежденной стороны, а сам дефект диафрагмы в таких случаях не выявлялся. Протокол сонографии органов грудной клетки у больных с ранениями груди должен включать обязательный осмотр полости сердечной сорочки – в наших наблюдениях у больных с торакоабдоминальными ранениями мы не обнаружили эхопризнаки гемоперикарда, хотя ранение сердца (6 случаев) и перикарда без повреждения сердца (еще 6 случаев) имели место у 12 больных, но у них в момент поступления в клинику были явные клинико-рентгенологические признаки внутриплеврального кровотечения, в связи с чем экстренная торакотомия была выполнена без предварительного УЗИ.

Клинико-инструментальные признаки повреждений органов грудной клетки и живота у больных с торакоабдоминальными ранениями проявляются в достаточно ограниченном числе случаев. Так, признаки внутреннего кровотечения в виде гемоторакса/гемопневмоторакса (117/29) и гемоперитонеума (103) выявляли в 53,9% и 38,0% случаях соответственно. Значительно реже диагностировали подкожную эмфизему (37; 13,7%), «дышащую рану» (14; 5,2%) и пневмоторакс (12; 4,4%), а со стороны живота – выпадение в рану сальника или кишки (34; 12,5%), пневмоперитонеум (32; 11,8%) и макрогематурию, что считаются признаками проникновения раневого канала в плевральную и/или брюшную и/или забрюшинную клетчатку, но не являются прямыми признаками ранения диафрагмы.

Достаточно низкая частота проявления клинико-инструментальных признаков повреждения органов груди и живота, не превышающая 43,2%, побудила нас к расширению показаний видеоэндоскопическим методом диагностики (видеоторакоскопии и видеолапароскопии). На сегодня у больных с торакоабдоминальными и абдоминоторакальными ранениями показания к видеоторакоскопии достаточно широкие, тогда как видеолапароскопию применяем по более строгим показаниям. В наших наблюдениях видеоторакоскопия всего применена у 225 (83,0%) пациентов, видеолапароскопия – у 106 (39,1%), а первичная широкая торакотомия и лапаротомия в 46 (17,0%) и 163 (60,1%) случаях соответственно.

Видеолапароскопию мы применяли, как правило, вторым этапом после видеоторакоскопии или торакотомии с уже подтвержденным ранением диафрагмы при условии стабильных показателей гемодинамики. Показаниями к эндоскопической ревизии органов брюшной полости у этой категории больных являются отсутствие клинико-инструментальных данных повреждения внутренних органов, одиночные ранения в подреберных областях и по реберному краю, в эпигастрии. В последние годы мы расширили показания к видеолапароскопии у больных с ранениями диафрагмы и верхнего этажа передней брюшной стенки – метод используется в том числе у лиц с гемоперитонеумом объемом до 400 мл. У больных с ранениями диафрагмы при наличии гемоперитонеума большего объема, при наличии признаков повреждения полого органа, при множественных ранениях живота, а также у пострадавших, ранее перенесших лапаротомию, выполняем широкую лапаротомию.

Достаточно строгое соблюдение указанных показаний и противопоказаний позволяет существенно снизить необходимость в выполнении травматичных широких хирургических доступов и заметно ограничить случаи конверсии. У больных с ранениями диафрагмы показатель конверсии при видеоторакоскопии составляет 16,0%, а при видеолапароскопии – 19,8%.

Определяющее значение в выборе тактики хирургического лечения больных с торакоабдоминальными ранениями и очередности торакального и абдоминального этапов вмешательства имеет доминирование повреждения органов грудной клетки или брюшной полости. Так, если превалируют признаки повреждения органов грудной клетки (больший объем гемоторакса по сравнению с объемом гемоперитонеума, наличие признаков ранения сердца, перикарда, напряженного пневмоторакса), вмешательство начинали с торакального этапа. А при преобладании признаков внутрибрюшного кровотечения первым этапом прибегали к широкой лапаротомии. При равных условиях предпочтение отдаем торакальному этапу. У больных с проникающими ранениями живота (абдоминоторакальными ранениями), если при рентгеноскопии грудной клетки и УЗИ отсутствуют признаки гемо- и пневмоторакса, гемоперикарда, вмешательство начинали, естественно, с видеолапароскопии (таковых больных было всего 11 (4,1%), а во всех остальных случаях видеолапароскопию применяли вторым этапом.

В наших наблюдениях у абсолютного большинства больных – у 211 (80,1%) пациентов – вмешательство начинали с торакального этапа, в том числе у 171 (63,1%) с видеоторакоскопии и у 40 (14,8%) с широкой торакотомии. Доминирование повреждения со стороны органов грудной клетки, само по себе, не является противопоказанием к применению первичной видеоторакоскопии. Показатель конверсии в этих условиях составляет всего 20,5% (35 случаев из 171), и, соответственно, в 136 (79,5%) случаях применение видеоторакоскопии первым этапом у больных с доминированием повреждения груди позволило устранить все внутриплевральные осложнения ранения эндохирургическим способом, не прибегая к широкой торакотомии.

Лечебно-диагностические возможности эндовидеохирургической техники еще больше проявляются при применении их вторым этапом в смежной анатомической полости с недоминирующим повреждением, когда показатель конверсии при видеоторакоскопии не превышает 1,9%, а при видеолапароскопии, использованной вторым этапом, – 14,7%. Тем не менее, мы с большой осторожностью относимся к первичному применению видеолапароскопии у больных с доминированием признаков повреждения со стороны органов брюшной полости. Все 11 (4,1%) случаев выполнения видеолапароскопии первым этапом относятся к случаям проникающих ранений живота (абдоминоторакальные ранения) с объемом гемоперитонеума менее 400 мл и при отсутствии признаков повреждения полых органов.

В наших наблюдениях у 55 (20,3%) больных с торакоабдоминальными ранениями нам удалось про-

вести полноценную ревизию и полное устранение внутриполостных осложнений травмы в обеих смежных полостях, в том числе и ушивание дефекта диафрагмы, миниинвазивным видеоэндохирургическим способом. Кроме того, еще у 165 (60,9%) пострадавших применена так называемая гибридная технология, когда в одной полости все вмешательства осуществлены эндоскопическими методами, а в другом – открытым способом. Число открытых операций в обеих смежных полостях удалось снизить до 49 (18,1%).

При торакоскопической ревизии удается отчетливо визуализировать все отделы ипсилатеральной половины диафрагмы, что практически исключает вероятность диагностической ошибки. Рутинная видеоэндохирургическая техника со стандартным набором инструментов позволяет также оценить объем гемоторакса (выявлен у 198 (88,7%) больных) и успешно санировать плевральную полость, в том числе при наличии свернувшегося гемоторакса произвести фрагментацию сгустков крови и их удаление через тубус троакара, а также – осуществлять эндоскопический гемостаз, выявить повреждения легкого (58; 25,8%) и перикарда (13; 1,3%).

Видеолапароскопия использована нами у 106 (39,1%) больных, при которой также хорошо поддается осмотру нижняя поверхность диафрагмы и зона его ранения – удалось визуализировать у 99 (93,4%) обследованных. К эндохирургическому ушиванию диафрагмы со стороны брюшной полости, которое использовано у 4 (2,3%) больных, прибегали при условии, если вмешательство начато с диагностической лапароскопии. Если при этом предполагается торакоскопия вторым этапом, то ушивание раны диафрагмы со стороны брюшной полости не производили, так как технически проще эта процедура выполняется чресплевральным доступом. Во время лапароскопической ревизии органов брюшной полости дефект диафрагмы временно тампонировали прядью сальника с целью прекращения сброса воздуха в плевральную полость. Следует помнить, что на фоне ИВЛ и при наличии плеврального дренажа риск развития напряженного карбокситоракса минимальный.

Гемоперитонеум выявлен у 79 (74,5%) пациентов, повреждения печени – у 42 (39,6%), селезенки – у 21 (19,8%), большого сальника – у 19 (17,9%), полых органов – у 9 (8,5%). Во всех случаях применения видеолапароскопии у больных с абдоминоторакальными ранениями (23; 21,7%) удалось визуализировать внутреннее отверстие раневого канала брюшной стенки.

Из 42 (39,6%) больных с ранениями печени, поверхностные раны органа диагностированы у 27 (25,5%) больных, видеоэндохирургическая техника у них позволила успешно выполнить эндоскопический гемостаз. Глубокие раны печени являются показанием к конверсии. К широкой лапаротомии прибегаем также при выявлении повреждений полых органов (9; 8,5%) распространенного перитонита (7; 6,6%). В 1 (0,9%) случае диагностировано поверхностное ранение поджелудочной железы без повреждения главного панкреатического протока и без продолжающегося кровотечения – выполнено дренирование сальниковой сумки.

При выборе хирургического доступа к ушиванию раны диафрагмы мы учитывали наличие показаний к широкой торакотомии и/или лапаротомии, так как ушивание дефекта диафрагмы технически проще и надежнее осуществлять при открытой операции. Так как соотношение торакотомии и лапаротомии в наших наблюдениях составляет 82/184, мы чаще использовали лапаротомный доступ (124; 45,9%) для ушивания дефекта диафрагмы. При применении эндовидеохирургической техники дефект диафрагмы удобнее ушивать при торакоскопии, что выполнено в 79 (29,3%) случаях.

Частота послеоперационных осложнений прямо коррелирует с тяжестью травмы и объемом выполненных хирургических вмешательств. В тех случаях, когда тяжесть и характер травмы позволяли ограничиться применением эндовидеохирургических вмешательств в обеих смежных полостях, мы не отмечали клинически значимых ранних послеоперационных осложнений и летального исхода. В тех случаях, когда удавалось использовать гибридные вмешательства, частота специфических послеоперационных осложнений была меньше в 2 раза (15,2% против 31,4%), неспецифических почти в 6 раз (7,3% против 41,2%), летальности – в 2,6 раза (6,1% против 15,7%) ниже по сравнению с группой открытых хирургических вмешательств. Общая послеоперационная летальность у больных с ранениями диафрагмы составила 6,6% (умерло 18 пострадавших).

Выводы:

1. При торакоабдоминальных ранениях прямой рентгенографический и ультразвуковой признаки повреждения диафрагмы – пролабирование органов брюшной полости в плевральную полость – выявляется крайне редко, поэтому основным показанием для выполнения хирургического вмешательства должны служить рентгенологические и ультразвуковые признаки проникновения ранения в полость грудной клетки и/или брюшную полость.

2. Определяющее значение в выборе тактики хирургического лечения больных с повреждениями диафрагмы и очередности торакального и абдоминального этапов вмешательства имеет доминирование повреждения органов грудной клетки или брюшной полости. При равных условиях предпочтение необходимо отдавать торакальному этапу.

3. Видеоторакоскопия при ранениях диафрагмы позволяет устранить все внутриплевральные осложнения травмы эндохирургическим способом в 79,5% случаях. Возможности эндовидеохирур-

гической техники еще больше проявляются при применении в смежной анатомической полости с недоминирующим повреждением, когда показатель конверсии при видеоторакоскопии не превышает 1,9%, а при видеолапароскопии – 14,7%. Применение видеоэндохирургической техники на этапах хирургического лечения при торакоабдоминальных ранениях позволяет уменьшить число открытых операций в обеих смежных полостях до 18,1%.

4. При ранениях диафрагмы в тех случаях, когда удается ограничиться применением эндовидеохирургических вмешательств в обеих смежных полостях, не отмечаются клинически значимые послеоперационные осложнения. При использовании гибридных вмешательств частота специфических послеоперационных осложнений снижается в 2 раза, неспецифических почти в 6 раз, летальности – в 2,6 раза по сравнению с группой открытых хирургических вмешательств.

5. При выборе хирургического доступа к ушиванию раны диафрагмы необходимо учитывать наличие показаний к широкой торакотомии и/или лапаротомии, так как ушивание дефекта диафрагмы технически проще и надежнее осуществлять при открытой операции. При применении эндовидеохирургической техники дефект диафрагмы удобнее ушивать при торакоскопии.

РЕЗУЛЬТАТЫ СИМУЛЬТАННЫХ И ЭТАПНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ СТЕНОЗАХ КАРОТИДНЫХ И КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Хаджибаев А.М., Абдурахманов А.А., Машрапов О.А., Обейд М.А., Рахимова Р.А., Абдухалимов И.А., Рахимов Н.М.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Материалы и методы. Данное проспективное когортное исследование, включающее данные 175 пациентов, оперированных в РНЦЭМП за период с 2014 по 2020 год. Больные были разделены на две группы: первая группа симультанная (группа – 1) 75 больных – каротидная эндартерэктомия и аорто-коронарное шунтирование выполнено одномоментно на работающем сердце (off-pump); вторая группа этапная (группа – 2) 100 больных – каротидная эндартерэктомия и аорто-коронарное шунтирование выполнено поэтапно, данная группа разделена на две подгруппы – подгруппа 2 а – выполнено первым этапом АКШ, затем КЭЭ – 58 (58%) и подгруппа 2 б – выполнено первым этапом КЭЭ, затем АКШ на работающем сердце – 42 (42%) в сроки 3–6 месяцев после первого этапа.

Все группы были сопоставимы по полу и возрасту, мужчин 62(82,7%); 42(72%) и 30(71%); средний возраст – 62,9±7,7; 62,5±6,9 и 62,4±6,7 лет в группах соответственно. Все вмешательства на коронарных артериях проводились на работающем сердце, больные, которым вмешательство проводились в условиях искусственного кровообращения из исследования были исключены. Показания к одновременной или поэтапной процедуре основывались на значимости стеноза в бассейнах сонной и коронарной артерий, а также на выраженности симптомов. В послеоперационном периоде оценивали частоту основных кардио-церебральных событий – MACCE (инфаркт миокарда, инсульт, смерть от всех причин) и продолжительность послеоперационного пребывания.

Результаты. Пациентам, включенным в одновременную группу, была проведена каротидная эндартерэктомия с последующим аортокоронарным шунтированием на работающем сердце во время одного наркоза (74/98,7%), в одном случае (1,3%), из-за ухудшения гемодинамики, мы были вынуждены перейти на ИК, общая продолжительность процедуры составила 225±17,3 мин. В этапной группе во всех 100 (100%) случаях этап коронарного шунтирования выполнялся на работающем сердце. Индекс шунтированных сосудов составил 2,7 для одновременной и 2,8 для постановочной группы.

Ведущими осложнениями в обеих подгруппах были сердечная недостаточность и фибрилляция предсердий. Сердечная недостаточность, потребовавшая подключения кардиотоников, наблюдалась у 15(25,9%) и 13(31%) больных 2 а и 2 б групп и была связана с исходным состоянием больных. Фибрилляция предсердий наблюдалась у 11(18,9%) и 9(21%) больных 2 а и 2 б групп соответственно. Раневые осложнения в виде поверхностного инфицирования в каждой из групп наблюдались по 1 случаю. Как видно из вышеприведенной таблицы, так называемые нелетальные осложнения были связаны исключительно с кардиальным этапом, и их частота не отличалась статистически достоверно в группах этапных вмешательств.

К осложнениям из группы главных кардиоцеребральных осложнений (MACCE), которые наблюдались в 8(5,2%) и 9(14,3%) случаях подгрупп 2 а и 2 б соответственно, относились острый инфаркт миокарда и нарушения мозгового кровообращения.

В раннем послеоперационном периоде нарушения мозгового кровообращения наблюдались в обеих группах и отличались статистически незначимо (1 (2%) против 1 (2,8%); p=0,07). В симультанной группе один пациент (2%) умер от легочных осложнений, во второй группе смертности не наблюдалось. Другие сердечно-сосудистые и церебральные осложнения (острый инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, транзиторная ишемическая атака или инсульт) не наблюдались ни в одной группе. Средняя продолжительность послеоперационного госпитального периода составила 8,8±1,2 дня для

пациентов, оперированных симультанно; пациенты этапной группы, находящиеся в стационаре в целом 15,2±1,5 дня, из-за двукратной госпитализации.

Выводы. Симультанный и этапный подходы к хирургической реваскуляризации у пациентов с сочетанным стенозом сонной и коронарной артерий не показал различий в отношении основных сердечно-сосудистых событий или смерти. Смертность, наблюдаемая в симультанной группе, может быть объяснена изначально более сложным состоянием пациента. Этапный подход сопровождается относительно более длительным послеоперационным внутрибольничным периодом.

ТОТАЛЬНОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Абдурахманов А.А., Обейд М.А., Абдухалимов И.А., Машрапов О.А., Рахимов Н.М.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель. Оценка результатов коронарного шунтирования (КШ) у больных ИБС с использованием лучевой артерии.

Материал и методы. В исследование были включены 23 больных, которым была проведена операция коронарного шунтирования. Больные были разделены на 2 группы: первая группа – 14 (60,9%) больных, которым проводилось коронарное шунтирование с использованием левой внутренней грудной артерии и одной или двух аутовенозных графтов, вторая группа – 9(39,1%) больных, перенесших КШ, с использованием обеих внутренних грудных артерий и/или лучевой артерии для реваскуляризации миокарда. Возраст больных колебался от 37 до 59 лет (средняя величина составила 49 лет). В обеих группах все пациенты были мужского пола. В первой группе 9 (39,1%) больных имели стабильную стенокардию ФК-III и IV, остальные 5(21,7%) больных нестабильную стенокардию. Инфаркт в анамнезе выявлен у 6(26,1%) больных, артериальная гипертензия у 8 (34,8%) больных и 2(8,7%) больных имели сахарный диабет II типа.

Во второй группе все больные были со стабильной стенокардией III и IV функционального класса. Инфаркт в анамнезе выявлен у 3(13%) больных, артериальная гипертензия у 4(17,4%) больных. У 2(8,7%) пациентов обнаружили варикозную болезнь обеих нижних конечностей, что явилось противопоказанием к использованию венозного кондуита для операции КШ. 1(4,35%) больной в анамнезе перенес операцию комбинированной флебоэктомии обеих нижних конечностей. У 1(4,35%) пациента обнаружен посттромбофлебитический синдром нижней конечности. Сахарный диабет во 2 группе не был выявлен.

Наличие или отсутствие симптомов стенокардии, смертность, развитие инфаркта миокарда, заживление послеоперационной раны, данные ЭКГ и ЭхоКГ, индекс реваскуляризации явились критериями оценки результатов КШ в этих двух группах.

Результаты. В обеих группах в ближайшем послеоперационном периоде различий по развитию инфаркта миокарда и симптомов стенокардии не отмечено, то есть мы не выявили отрицательных результатов по вышеперечисленным показателям ни у одного больного. Надо отметить, что и в первой и во второй группах заживление послеоперационных ран было первичным.

Улучшение коронарного кровообращения по данным ЭКГ отмечалось у 6 (42,9%) больных первой группы и 4 (44,4%) больных второй группы. У остальных больных отрицательной динамики не наблюдалось. До и после операции фракция выброса по данным ЭхоКГ составила 43% и 49% (1 группа), 46,6% и 47,5% (2 группа). Индекс реваскуляризации составил 2,65 в первой группе больных и 2,04 во второй группе.

Выводы. Сравнительный анализ ближайших результатов артериального коронарного шунтирования с использованием лучевой артерии и обеих внутренних грудных артерий в качестве кондуита показал, что тотальное артериальное коронарное шунтирование является достаточно эффективным и безопасным методом хирургической реваскуляризации миокарда, а лучевая артерия может являться еще одним рутинным трансплантатом для достижения полной артериальной реваскуляризации миокарда.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Абдурахманов М.М., Рузиев У.У.

Бухарский медицинский институт, Бухарский филиал РНЦЭМП

Введение. Хирургическое лечение острого калькулёзного холецистита, осложненного механической желтухой, является одной из актуальных проблем современной хирургии. Задачей первого лечебного этапа является ликвидация холестаза и холемии путем применения эндоскопических и рентгеноэндобилиарных лечебных вмешательств. В задачи второго лечебного этапа входит выполнение отсроченной хирургической операции после разрешения желтухи.

Материал и методы исследования. Клинический материал основан на анализе лечения 153 больных с острым холециститом, осложненным механической желтухой, пролеченных в хирургическом отделении Бухарского фили-

ала РНЦЭМП. В центре экстренной медицинской помощи за период с 2016 по 2020 г. среди наблюдавшихся было 76 больных (49,5%) в возрасте до 60 лет и 77 больных (50,5%) – старше 60 лет. Преобладающее количество больных составили женщины – 105 (68,5%) больных, мужчин – 48 (31,5%). Таким образом, из пациентов, прошедших лечение, более половины (77 – 50,5%) составили лица пожилого и старческого возрастов. Тяжесть состояния больного определялась по сумме баллов факторов операционного риска как при поступлении больного в стационар, так и после корригирующей инфузионно-медикаментозной терапии. Из 153 больных у 132 были определены II и III категории тяжести состояния; у 24 больных – IV и V категории тяжести состояния. Обследование больных начинали с ультразвукового исследования (УЗИ), и после этого решался вопрос о целесообразности выполнения эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ). В особо сложных в диагностическом отношении случаях производили компьютерную томографию (КТ).

Результаты и обсуждение. На основании полученных результатов диагностических исследований были выявлены различные причины, вызвавшие обтурацию желчных протоков. После проведения ЭРПХГ холедохолитиаз диагностирован у 116 (76%) больных, из них: крупный конкремент более 1 см обнаружен у 24 больных; вколоченный камень – в 8 случаях; множественные конкременты холедоха – у 13, рубцовый стеноз большого дуоденального соска (БДС) – у 17 (11%), литиаз желчных протоков в сочетании со стенозом БДС – у 6 (4%), аденома БДС – у 4 (3%), хронический панкреатит с расширением Вирсунгова протока – у 10 (6%). Для устранения гипертензии в билиарном тракте на первом этапе 97 (63%) больным производилась эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ). Эффективность ЭПСТ определялась в виде устранения желтухи или ликвидации препятствия для желчеоттока, что в конечном итоге позволило воздержаться от хирургической операции у 15 (9,8%) больных или значительно сократить объем операций у 47 (30%) больных. Устранение механического препятствия к оттоку желчи ликвидировало желтуху у 37 (32,8%) больных с холедохолитиазом, а также выполнением этой эндоскопической операции устранен стеноз БДС, обусловленный его рубцеванием у 17(100%) больных. Применение ЭРПХГ и ЭПСТ сопровождалось развитием осложнений у 6 (4,7%) больных (кровотечение – у 2, острый панкреатит – у 4). После ЭПСТ у 2 больных отмечалось умеренное кровотечение из папиллотомного разреза, которое было остановлено непосредственно во время эндоскопического вмешательства и проведением гемостатической терапии; у 4 больных имело место развитие отечного панкреатита, купированного консервативными мероприятиями. Летальных исходов после ЭРХПГ и ЭПСТ не было. По результатам оценки состояния до и после разрешения желтухи и проведенной инфузионно-медикаментозной терапии, имеет место значительное изменение тяжести состояния больных с острым холециститом, осложненным механической желтухой, которое у половины больных приводит к снижению операционного риска и у четверти больных – к снижению категории тяжести. Из 153 больных на втором этапе лечения оперированы 121 пациент. 42 больных оперированы традиционным способом, лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) проведена у 68 больных; операция из мини-доступа – у 11 больных. Миниинвазивные методы оперативного лечения проводились только у больных с низкой категорией тяжести состояния. Летальные исходы были в 2 случаях после традиционной лапаротомии у больных с высокой категорией тяжести состояния. После миниинвазивных операций летальных исходов не было.

Выводы.

1. Первый этап лечения, направленный на ликвидацию холестаза и холемии эндоскопическим путем, позволяет уменьшить тяжесть состояния больного, за счет устранения желтухи, других факторов операционного риска и способствовать более благоприятному проведению радикальной операции.

2. Проведение первого лечебного этапа вместе с дезинтоксикационной и корригирующей терапией показано всем больным с острым холециститом, осложненным механической желтухой.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Акилов Х.А., Урманов Н.Т., Ешмурадов А.Б.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкентский институт усовершенствования врачей

Работа основана на анализе результатов лечения 132 больных детей с кровотечениями из острых и хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки, находившихся на стационарном лечении в отделении неотложной хирургии детского возраста РНЦЭМП с 2005 г. по 2020 г. Мальчиков было 86 (65,1%), девочек – 46 (34,9%) в возрасте от 9 месяцев до 18 лет. Из них в 92 (69,6%) случаях выявлены хронические формы заболевания, в остальных 40 (30,4%) случаях – острые формы. Желудочные язвы выявлены у 9 (6,8%) больных, причем у 6 (4,5%) – острые формы заболевания. У 123 (93,1%) больных язвы располагались в двенад-

цатиперстной кишке, из них в 34 (25,7%) – острые формы, в 89 (67,4%) – хронические.

Как и все другие авторы, мы тоже придерживаемся классификации J.A. Forrest et al. (1974).

Больных, поступивших в стационар с изначально продолжающимся струйным артериальным кровотечением из язвы по F-1A, было 8 (6,0%). В подобной ситуации воспользовались комбинированными формами эндогемостаза обкалывание + аргоноплазменная коагуляция, чем достигнут временный гемостаз в 7 (5,3%) случаях, а в одном случае данная комбинация оказалась неэффективной, в связи с чем произведена в экстренном порядке лапаротомия, дуоденотомия с ушиванием кровоточащей язвы двенадцатиперстной кишки. В 2 (2,7%) случаях с активным артериальным кровотечением, причиной кровотечения явилась стрессовая язва ДПК, развившаяся в одном случае на фоне обширного термического ожога тела на 90%, а во втором случае на фоне ОПН. Этим больным так же был применен комбинированный способ эндогемостаза, и тем самым был достигнут временный гемостаз. Несмотря на проведение интенсивной терапии, у этих больных имели место неоднократные эпизоды кровотечения, что явилось причиной вынужденного оперативного вмешательства по жизненным показаниям. Произведена лапаротомия, дуоденготомия с ушиванием язвы. У ребенка с обширным ожогом тела в послеоперационном периоде был летальный исход.

У 10 пациентов (7,5%), поступивших в стационар с признаками продолжающегося диффузного кровотечения, имело место кровотечение из язвы венозного характера (F-1B). С помощью комбинированной формы эндогемостаза обкалывание + электрокоагуляция первичной остановки кровотечения удалось добиться у всех больных. Из них в 3 (3,2%) случаях был рецидив кровотечения в первые 6 часов, что послужило основанием к повторному проведению эндогемостаза. В связи с неоднократным рецидивом кровотечения в 2 (2,7%) случаях с хроническими формами дуоденальных язв дети оперированы, в отсрочено-экстренном порядке. Так как у этих больных имело место сочетание осложнений – кровотечение со стенозированием выхода из желудка, это явилось показанием к операции лапаротомии резекции желудка по Бильрот-I в модификации Л.Г. Хачиева. В остальных 5 (5,4%) случаях дети оперированы после стабилизации состояния, показанием к операции явились частые рецидивы обострения язвенной болезни, неподдающиеся консервативной терапии в течение трех лет. Всем больным произведена резекция желудка по Бильрот-I в модификации Л.Г. Хачиева.

Наличие в язве тромбированного сосуда (F-2A) изначально диагностировано у 28 (21,2%) больных. С целью укрепления гемостаза в язве у всех пациентов применен эндоскопический гемостаз методом спиртового обкалывания и в 100% случаев достигнут полный гемостаз. В данной группе оперировано 5 (3,8%) больных с хроническими формами дуоденальных язв. Показанием к операции явились частые обострения язвенной болезни, не поддающейся консервативной терапии. У этой группы больных также произведена резекция желудка по Б1 в модификации Хачиева Л.Г.

В 42 (31,8%) случаях имело место кровотечение по F-2B. Во всех случаях также проводился эндоскопический гемостаз методом спиртового обкалывания. При контрольной эндоскопии, выполненной через сутки, у всех больных дно язвы покрылось мелкоточечными тромбами F-2C, эти больные были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Наличие в язве мелкоточечных тромбов по F-2C отмечено у 30 (22,7%) пациентов. Эндоскопический гемостаз у них не применяли. На контрольной эндоскопии через трое суток в 100% случаев дно язвы полностью очистилось и покрылось фибрином (F-3).

Шестнадцать больных с Forrest-3 составили 17,3% от общего числа поступивших. При контрольном осмотре через трое суток в 98% случаев чистое дно язвы сохраняется. В 2% наблюдений отмечено появление мелкоточечных тромбов на дне. Признаков рецидива кровотечения не выявлено.

Заключение. Таким образом, опыт показывает, что при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, диагностика должна быть комплексной. Особое значение при этом отводится эндоскопическому методу исследования. В зависимости от локализации источника кровотечения и его интенсивности следует применять дифференцированный подход к выбору метода эндоскопического гемостаза.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА У ДЕТЕЙ

Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Саидметов Ш.М., Базарбаев У.Р., Зуфарханов А.М., Робиддинов Б.С.

Наманганский филиал РНЦЭМП

В Наманганском филиале РНЦЭМП за последние 15 лет находилось 88 ребенка с подозрением на повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства (ЗБП) при закрытой травме живота. Мальчиков было 65 (73,9%), девочек – 23 (26,1%) в возрасте от 3 до 16 лет.

В первые часы от полученной травмы поступило 49 (55,7%) детей, до 3 часов – 30 (34,1%), до 6 часов и более – 9 (10,2%). При изучении характера травмы превалировали травмы, полученные при падении с высоты – 29 (33%), при дорожно-транс-

портном происшествии – 51 (57,9%) и в результате удара тупым предметом – 8 (9,1%).

У всех больных со скрытой клинической картиной травмы органов брюшной полости, с неопределённой ультразвуковой картиной и подозрением на повреждение внутренних органов, органов ЗБП выполнена диагностическая лапароскопия.

У 18 (20,4%) детей на этапах диагностической лапароскопии выявлены: повреждения печени (10), почек с забрюшинной гематомой (5) и повреждения поджелудочной железы (3), которые явились показанием к переходу на лапаротомию.

У трех больных с повреждением поджелудочной железы из-за развития посттравматического панкреатита были выполнены ревизия, гемостаз ушибленной раны поджелудочной железы (ПЖЖ), санация и дренирование сальниковой сумки с формированием оментобурсостомы. Двухкратная программная ревизия, санация, некрсеквестрэктомия ПЖЖ, тампонада мазью левомеколя выполнена у двух детей, трехкратная – у 1, с последующим переходом на закрытый способ лечения. Для фракционного лаважа сальниковой сумки использовали раствор декосана.

У 11 (12,5%) пострадавших во время диагностической лапароскопии обнаружены разрывы селезенки с гемоперитонеумом более 300,0 мл, потребовавшие перехода на лапаротомию. При этом ушивание дефекта селезенки с тампонадой прядью большого сальника выполнены 3 пострадавшим, спленэктомия – 8. Процент конверсии составил – 32,9%

У 38 (43,2%) больных с внутрибрюшным кровотечением до 200 мл выявлены: надрывы капсулы и поверхностные разрывы селезёнки глубиной до 0,5 см фиксированными сгустками крови без продолжающегося кровотечения. Этим больным операция была завершена биполярной диатермокоагуляцией раны, санацией и дренированием брюшной полости.

У 13 (14,8%) отмечены гематома брыжейки тонкой кишки, ненапряженная забрюшинная гематома с сохранением целостности брюшины. У 8 (9,1%) пострадавших при диагностической лапароскопии признаки повреждения органов брюшной полости не выявлены.

В нашем случае у 59 (67,1%) пострадавших лечебно-диагностическая лапароскопия позволила избежать лапаротомию, что дало ограничиться лапароскопической санацией и дренированием брюшной полости.

Таким образом, видеолапароскопия является методом скрининга в комплексной диагностике повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства, и позволяет не только решить весь спектр диагностических и тактических задач, но и производить окончательную остановку кровотечения с эндохирургическим сохранением органа.

ВЫБОР АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ИНФИЦИРОВАННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Базарбаев У.Р., Исхаков Н.Б., Рузиева Т., Ахмадалиев А.

Наманганский филиал РНЦЭМП

Нами анализированы результаты лечения 64 больных с инфицированным панкреонекрозом, оперированных в абдоминальном отделении в возрасте от 8–81 года (средний возраст – 48,5 года). Мужчин было – 34, женщин – 30.

У больных с инфицированным панкреонекрозом открытые операции из «мини-доступа» с программированными санациями выполнены – у 52 больных, операции заключались в проведении оментопанкреатобурсостомии или ретроперитонеостомии + ХЭК + дренирования холедоха + этапных ревизий + переходе на закрытый длительный лаваж, а при панкреатогенном абсцессе применяли преимущественно чрескожно-пункционные малоинвазивные вмешательства под контролем УЗИ у 12 больных.

Микробиологическая характеристика инфицированного панкреонекроза и панкреатогенного абсцесса выглядела следующим образом: инфицированный панкреонекроз (*n*=33), Escherihiacoli – (15,6%), Pseudomonas spp. – 2 (6,2%), Klebsiella spp. – 6 (18,8%), Proteus spp – 4 (12,5%), Citrobakter – 2 (6,2%), Enterococcusfaecalis – 5 (15,6%), Staphylococcusaureus – 3 (9,3%), Streptococcus spp. – 1 (3,1%), Candidaalbicans – 4 (12,5%). Панкреатогенный абсцесс (*n*=15), Escherihiacoli – 4 (28,5%), Pseudomonas spp. – 1 (7,14%), Klebsiella spp. – 3 (21,4%), Proteus spp – 2 (14,2%), Enterococcusfaecalis – 1 (7,14%).

Среди перечисленных групп микроорганизмов кишечные палочки чаще всего были резистентны к следующим антибиотикам: рифампицину (97,2%), канамицину (91,5%) и пенициллину (88,5%), реже – к гентамицину (14,3%), хлорамфениколу (22,9%), ампициллину (30,0%) и тетрациклину (32,9%).

Прочие грамотрицательные палочки были чувствительны к гентамицину. Из них устойчивых к пенициллину оказалось 87%, к ампициллину – 78,7%, к рифампицину – 77%, к канамицину – 50,8%, к тетрациклину – 19,7%, к хлорамфениколу – 13,1%.

Таким образом, микрофлора при гнойных осложнениях ДП представлена в основном грамотрицательными бактериями, среди которых самостоятельно или в сочетании со стафилококками и другими микроорганизмами преобладают кишечные палочки. Самыми эффективными антибиотиками по отношению к вышеуказанным микроорганизмам являются гентамицин и хлорамфеникол.

ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПИЩЕВОДА

Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Робиддинов Б.С.

Наманганский филиал РНЦЭМП

Введение. В настоящее время энтеральное зондовое питание (ЭЗП) считается одним из ведущих и наиболее физиологичных способов коррекции нарушений метаболизма и недостаточности питания, закономерно наблюдаемых у пациентов, требующих интенсивной терапии (ИТ).

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с повреждениями пищевода.

Материал и методы. В Наманганском филиале РНЦЭМП были прооперированы 22 больных с повреждениями пищевода. Мужчин было 18 (82,0%), женщин – 4 (18,0%) в возрасте от 9 до 58 лет. С перфорацией пищевода инородным телом поступило 14 больных, с ятрогенными повреждениями 7, (из них при диагностической эндоскопии 5, остальные при удалении инородного тела, при бужировании пищевода) и 1 больной с проникающей колото-резаной раной шеи. В первые 6 часов поступило – 9 больных, в 7 – 24 часа – 9 и более суток – 4. Всем больным при поступлении кроме общеклинических обследований также были произведены рентгенологические исследования с водорастворимым контрастом. Клиническая симптоматика повреждений пищевода была полиморфной и зависела от срока возникновения гнойного воспаления в околопищеводной клетчатке шеи и средостении. Бурному развитию гнойного медиастинита способствовало повреждение клетчатки средостения и медиастинальной плевры. Подкожная эмфизема шеи и эмфизема средостения имела место у всех, а в двух случаях травма осложнялась с пневмотораксом. Гнойные осложнения развились у 9 больных, при этом у 4 процесс локализовался в клетчаточных пространствах шеи, а у 5 – распространялся на средостение.

При повреждении шейного отдела пищевода у 7 больных была выполнена левосторонняя коллиотомия, ушивание дефекта пищевода с дренированием околопищеводной клетчатки.

У 8 больных с повреждением верхнегрудного отдела пищевода была выполнена шейная медиастинотомия слева с ушиванием дефекта пищевода и активным дренированием средостения по Каншину.

Чрезплевральный доступ применен у 2 больных с повреждением среднегрудного отдела пищевода, медиастинальной плевры с развитием гнойного медиастинита и эмпиемы плевры. Торакотомия выполнена в YI межреберье, справа тщательная санация плевральной полости с широким вскрытием медиастинальной плевры. Дефект среднегрудного отдела пищевода ушит двухрядными швами укреплением линии швов медиастинальной плеврой. Дренирование средостения выполнено двумя силиконовыми дренажными трубками, плевральную полость дренировали отдельно. Чрезбрюшинный доступ по Савиных применен у 4 больных с разрывами нижнегрудного отдела пищевода. Чтобы предотвратить поступление содержимого желудка и пищевода в средостение, у всех пациентов мы старались ушить дефект пищевода с укреплением линии швов лоскутом из диафрагмы, прядью сальника на ножке и активным дренированием зон повреждений.

При построении программы комплексной интенсивной терапии учитывали объем инфузионно-трансфузионных введений (4–5 литров в сутки) с учетом дефицита объема циркулирующей крови (ОЦК). Вводили низкомолекулярные плазмозаменители, коллоидные растворы, белковые препараты. Антибактериальную терапию проводили с учетом чувствительности микрофлоры. Назначали препараты, улучшающие микроциркуляцию и иммунную систему, ингибиторы кининовой системы. Местное лечение медиастинита проводили по принципу лечения гнойных ран (непрерывный лаваж антисептическими растворами с добавлением протеолитических ферментов).

Всем больным установлен силиконовый зонд в пищевод с постоянной аспирацией. Энтеральное зондовое питание (ЭЗП) проводились у всех пациентов и продолжались 12–13 дней, а через гастростому – 8, через энтеростому – у 1. Для ЭЗП использовали различные сбалансированные питательные смеси.

Проведение ЭЗП равномерно в течение всех суток со скоростью введения питательной смеси не более 150 мл/час, под контролем достаточности количества белка и калоража (не менее 3500 килокалорий). Программа нутритивной поддержки должна строиться с учетом характера патологического процесса в средостения, исходного состояния пациента. Дренажи из средостения удаляли на 12–15 сутки после операции.

У 1 пациента сформировался пищеводно-кожный свищ, который впоследствии закрылся самостоятельно. Умерло двое больных от продолжающегося гнойного медиастинита и сепсиса.

Заключение. Раннее энтеральное зондовое питание способствует скорейшей ликвидации гиповолемии, нормализации ОЦК, обеспечивая адекватное энергоснабжение организма и уменьшая интоксикацию у больных с гнойно-септическим осложнением повреждений пищевода.

СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В УРГЕНТНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Базарбаев У.Р.

Наманганский филиал РНЦЭМП

В течение последних 20 лет работы нами было выполнено 6197 лапароскопических холецистэкто-

мий. Мы обладаем опытом выполнения 601 (9,7%) симультанных оперативных вмешательств при сочетанной патологии органов брюшной полости и брюшной стенки. Наиболее распространенными сочетаниями лапароскопических операций являлись холецистэктомия и операции по поводу сопутствующей гинекологической патологии.

У 120 (20,0%) пациентов второе лапароскопическое вмешательство выполнено по поводу кист яичников, которые были размером от 5 до 10 см. Стерилизация маточных труб выполнена у 302 (50,2%) больных, сальпингоовариолизис и сальпингостомия при гидросальпинксе – у 47 (7,8%). У 61 (10,1%) больных лапароскопическая холецистэктомия предшествовала герниопластикой пупочного кольца. При синдроме Кноха рассечение спаек выполнено – у 68 (11,4%). В 3 (0,5%) случаях лапароскопическая холецистэктомия сочеталась с кистэктомией (эхинококкэктомия, фенестрация солитарных кист печени) из печени.

В первую очередь вмешательство производилось на наименее инфицированных органах. Для извлечения желчного пузыря и кисты яичника из брюшной полости мы использовали доступ в параумбликальной точке. В ходе операции не было необходимости введения дополнительного троакара в брюшную полость. Осложнений со стороны брюшной полости не наблюдали. Послеоперационный период у всех больных протекал гладко.

Сравнительный анализ результатов оперативного лечения групп больных, перенесших симультанные лапароскопические вмешательства, показал, что тяжесть течения послеоперационного периода, продолжительность пребывания больных в стационаре и сроки временной нетрудоспособности не претерпевали изменений.

Более активное внедрение симультанных лапароскопических операций в хирургическую практику позволяет оказать больному квалифицированную помощь и уменьшить финансовые затраты, не прибегая к повторной операции, особенно к лапаротомии.

РОЛЬ ЭКСТРЕННОЙ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Аллазов С.А., Гафаров Р.Р., Хамроев Б.О., Латипов А.О.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) – состояние, которое сопровождается симптомами нижних мочевых путей (СНМП), способными значительно снижать качество жизни мужчин. При ДГПЖ возможно появление целого ряда осложнений: воспалительные процессы, острая или хроническая задержка мочи, гематурия, ХПН. Одним из наиболее грозных осложнений является профузная гематурия, которая может привести к тампонаде мочевого пузыря. Источником кровотечения при этом служат варикозно расширенные вены шейки мочевого пузыря. При подобных осложнениях на протяжении длительного времени применялась экстренная аденомэктомия простаты. Однако в последние годы на смену ей приходят эндоурологические пособия, в частности ТУРП.

Цель. Улучшение качества жизни больных с ДГПЖ путем применения малоинвазивных методов оперативного лечения, профилактика постгеморрагических осложнений.

Материал и методы. Были проанализированы результаты лечения 33 пациентов с ДГПЖ, поступивших в Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в период с 2018 по 2020 г. Возраст больных составил 54–82 года (в среднем 68±2,5). Все поступившие доставлялись в экстренном порядке в связи с макрогематурией, обусловленной основным заболеванием. У 23 больных была выполнена ТУРП (1-я группа), оставшимся 10 больным выполнена экстренная чреспузырная аденомэктомия простаты (2-я группа). Всем пациентам проводилось комплексное физикальное и клинико-лабораторное обследование.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов оперативного лечения больных включал изучение интра- и послеоперационных осложнений. Больные обеих групп были прооперированы в экстренном порядке в первые сутки после поступления. Результаты оперативного лечения оценивались по возникновению осложнений, которые были сгруппированы в соответствии со шкалой Clavien-Dindo, большую часть из которых составили постгеморрагические осложнения. Значимых интраоперационных осложнений у пациентов обеих групп отмечено не было.

Послеоперационные осложнения были выявлены в 7 (21,1%) случаях у 5 пациентов. При этом в 1-й группе встречались 2 (6%) случая осложнений у 1 пациента, а во 2-й группе – 5 (15,1%) осложнений у 4 пациентов.

По системе классификации хирургических осложнений Clavien-Dindo в 1-й группе пациентов у одного и того же больного было отмечено 1 (3%) осложнение II степени – кровотечение, потребовавшее выполнения гемотрансфузии и 1 (3%) осложнение IIIb степени – тампонада мочевого пузыря, потребовавшая повторной цистоскопии и отмывания сгустков. Во 2-й группе послеоперационные осложнения распределились следующим образом:

2 (6%) осложнения II степени – из них 1 (3%) кровотечение, потребовавшее выполнения гемотрансфузии и обусловленная инфекцией мочевого тракта лихорадка, развившаяся у 1 (3%) пациента, что послужило поводом для назначения антибиотикотерапии. Кроме того, встречались осложнения степени IIIa – острая задержка мочи у 1 (3%) пациента и степени IIIb – тампонада мочевого пузыря, потребовавшая повторной цистоскопии и отмывания сгустков крови также у 1 (3%) пациента. У пациента с тампонадой мочевого пузыря впоследствии развилось ещё 1 (3%) осложнение степени IVa (наиболее тяжёлое из наблюдаемых) – острая сердечно-сосудистая недостаточность, обусловленная тяжёлой кровопотерей, в связи с чем больной был переведён в отделение интенсивной терапии.

Заключение. Таким образом, при выполнении экстренной ТУРП число послеоперационных осложнений было в 2,5 раза меньше числа осложнений при выполнении экстренной чреспузырной аденомэктомии. Применение малоинвазивных эндоурологических методов, в частности ТУРП, позволяет не только уменьшить количество осложнений, но также сократить число койко-дней в стационаре. Это приводит к снижению материальных затрат, связанных с оперативным лечением ДГПЖ, и обусловливает повышение качества жизни данной категории больных.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Атаджанов Ш.К., Мустафаев А.Л.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Повреждения поджелудочной железы относятся к числу относительно нечастых, но, как правило, сложных для диагностики и тяжело протекающих повреждений. Они встречаются у 1–8% пострадавших с травмой живота (Агаханова К.Т., соавт. 2018 г). Обычно в сочетании с повреждениями других органов. Летальность при изолированной травме поджелудочной железы высокая – от 17,5 до 32,3%, а при сочетанных повреждениях она достигает 40–57% (Степанов Е.В. соавт. 2018 г; O.J. Gardenet.al., 2013). Своевременная диагностика и лечение пострадавших с травмами ПЖ является актуальной проблемой хирургии повреждений (Норкузиев Ф.Н соавт. 2018 г; Kjetil Soreideet.al., 2018; S. Dave 2020).

Цель исследования. Обобщить опыт хирургического лечения травм поджелудочной железы при закрытой травме живота.

Материалы и методы. Нами проанализировано 70 случаев повреждений поджелудочной железы за 2010–2020 гг. в РНЦЭМП и Самаркандском филиале РНЦЭМП. Мужчин было 64 (91,4%), женщин – 6 (8,6%) в возрасте от 18 до 58 лет. Среди причин травм поджелудочной железы первое место занимала автотранспортная травма, второе – падение с высоты, третье – бытовая и спортивная травма. У всех пострадавших травма поджелудочной железы сочеталась с повреждениями других органов и систем (печень, селезенка, желудок, тонкий и толстый кишечник, забрюшинная гематома, травма головного и спинного мозга, повреждение груди и др.). По линии СМП было доставлено 36–51,4%, самотеком 33–47,1%, перевод с другого ЛПУ 1–1,4%. В первые 6 часов с момента получения травмы поступило 58 (83,6%) пострадавших, от 6 до 12 часов – 5 (7,3%), от 12 до 24 часов – 3 (3,6%), позже 24 часов – 4 (5,4%).

Результаты. Всем пострадавшим проводилось экстренное комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование. Было использовано стандартное исследование общего и биохимического анализа крови, общего анализа мочи, обзорная рентгенография грудной и брюшной полостей, ультразвуковое исследование плевральной и брюшной полости и забрюшинного пространства. Большое значение для верификации диагноза имели инструментальные методы исследования (УЗИ, МСКТ, МРТ, лапароскопия).

Тяжесть повреждения ПЖ определялась по шкале органных повреждений Американской ассоциации хирургии травмы (AAST), которая в настоящее время широко распространена и используется практическими хирургами.

По тяжести повреждения у наших больных мы различаем:

I степень – небольшая контузия без повреждения протока или поверхностный разрыв без повреждения протока – у 37 (52,8 %) больных;

II степень – значительная контузия без повреждения протока и утраты ткани или большой разрыв без повреждения протока или утраты ткани – у 28 (40%) пациентов;

III степень – дистальное пересечение или повреждение паренхимы/протока – у 4 (5,8%) пострадавших;

IV степень – проксимальное пересечение или повреждение паренхимы, включая ампулу – у 1 (1,4%) больного;

V степень – массивное разрушение головки поджелудочной железы – не наблюдалось.

Клиническая картина травмы поджелудочной железы характеризуется явлениями травматического шока (у 16), внутреннего кровотечения (у 44) и перитонита (у 10 больных).

В зависимости от характера и локализации повреждения применяли следующие виды оперативного лечения травм ПЖ:

– Шов паренхимы железы – у 7 (15%).

– Вскрытие субкапсулярной гематомы ПЖ – у 2 (2,8%).

– Резекция тела и хвоста ПЖ – у 1 (1,4%).

– Вскрытие сальниковой сумки с дренированием брюшной полости – у 42 (60%).

– Вскрытие сальниковой сумки с дренированием и тампонированием – у 15 (21,4%).

– Дренирование кисты ПЖ – у 3 (4,2%).

Послеоперационные осложнения встречались в 26 случаях (37,2%). Наиболее частым осложнением травм ПЖ явился посттравматический панкреатит – 24,2%, панкреонекроз имел место в 5,7% случаев. Также из гнойно-септических осложнений следует отметить имевшие место абсцессы брюшной полости и сальниковой сумки, а также флегмону забрюшинного пространства (2,8% случаев).

Из 70 пострадавших с повреждением поджелудочной железы умерли 12 (17,1%). Основными причинами летальных исходов у 6 был тяжелый деструктивный посттравматический панкреатит, у 4 пострадавших были травмы с тяжёлым травматическим и гиповолемическим шоком, у 2 – парапанкреатит и перитонит, множественные осложнения сочетанных повреждений, груди, головного мозга.

Необходимо подчеркнуть, что все варианты повреждений поджелудочной железы требуют проведения антисекреторной, антиферментной, антибактериальной и дезинтоксикационной терапии.

Выводы. Улучшение результатов лечения пациентов с травмой поджелудочной железы напрямую связано с современной диагностикой и адекватно проведенным оперативным вмешательством, а также назначением в послеоперационном периоде всем пациентам профилактической патогенетической терапии.

ЭНДОВИЗУАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА

Атаджанов Ш.К., Мустафаев А.Л., Карабаев Х.К.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Появление и внедрение лапароскопических технологий в хирургию ПЖ на первоначальных этапах позволяло надеяться на улучшение результатов лечения пациентов с различной ее патологией. Однако следует признать, что на практике метод не получил быстрого распространения. Даже в ряде крупных специализированных центров до настоящего времени сохраняется избирательный подход к применению миниинвазивного метода. Результаты такого лечения не всегда выглядят обнадеживающими, что нередко обусловлено недостаточно накопленным опытом или попыткой использовать лапароскопические операции в условиях низкопотоковых центров (Ammori B.J. etal., 2006; Briggsetal., 2009; Croome K.R. etal., 2014).

Цель настоящей работы – проанализировать результаты выполнения различных лапароскопических вмешательств при закрытой травме живота с повреждением поджелудочной железы.

Материалы и методы. Нами обследовано и оперировано 22 больных с постравматическим деструктивным панкреатитом. Все больные поступили с клиникой деструктивного панкреатита по экстренным показаниям. Женщин было 8 (36,3%), мужчин – 14 (63,7%). Возраст больных варьировал от 28 до 75 лет. У всех пациентов имела место яркая клиническая картина острого панкреатита, во всех случаях был выявлен травматический генез поражения поджелудочной железы. У 10 (45,5%) пациентов диагностирован геморрагический панкреонекроз, у 8 (36,4%) – смешанный, а у 4 (18,1%) – жировой. У 12 (54,5%) имелись признаки ферментативного перитонита, в 15 (68,2%) случаях зарегистрирована ферментативная парапанкреатическая флегмона.

Результаты. Видеолапароскопические операции включали дренирование брюшной полости и сальниковой сумки у 5 (22,7%) больных, абдоминизацию поджелудочной железы с дренированием парапанкреатической клетчатки у 17 (77,3%). Хорошие результаты достигнуты у 10 (45,4%) пациентов с полным обратным развитием процесса в поджелудочной железе, в то же время, несмотря на проведенную абдоминизацию и интенсивную антибактериальную терапию деструктивный процесс в поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке прогрессировал у 7 (31,8%) больных, что явилось показанием для проведения лапаротомии и широкого дренирования сальниковой сумки и забрюшинного пространства. Одна больная (5,5%) несмотря на проведенную интенсивную терапию и санационные релапаротомии умерла на 21 сутки лечения от сепсиса. В 4 (18,2%) случаях у больных сформировались панкреатогенные абсцессы и инфицированные псевдокисты поджелудочной железы, потребовавшие открытого оперативного вмешательства и дренирования данных полостных образований.

Выводы. Лапароскопические операции в хирургии ПЖ сопровождаются минимальной кровопотерей, отсутствием осложнений со стороны ран, а также более быстрой активизацией и реабилитацией пациентов. Внедрение протокола ускоренного восстановления (fast-track) позволяет сократить продолжительность послеоперационного периода и наметить пути минимизации затрат. Соблюдение необходимых условий внедрения лапароскопических технологий в специализированных клиниках должно улучшить результаты хирургического лечения пациентов с заболеваниями ПЖ.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

Ачилов М.Т., Нарзуллаев С.И., Шоназаров И.Ш., Жаббаров З.И.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Синдром Мириззи (СМ) является одним из наименее изученных понятий в хирургии желчных протоков. Связано это с редкостью данной патологии. Встречается указанное заболевание по данным литературы, от 0,5 до 5% среди всех пациентов, оперированных по поводу желчнокаменной болезни (ЖКБ).

С неуклонным развитием техники миниинвазивной хирургии и приобретением коллективного опыта наблюдается необратимый процесс сужения противопоказаний и расширения возможностей миниивазивных оперативных вмешательств. В последнее время большое внимание уделяется классификации синдрома Мириззи, методам дооперационной диагностики, а также различным методам хирургической коррекции, в том числе с использованием миниинвазивных технологий. Основным фактором, лежащим в их основе, является наличие или отсутствие фистулы между желчным пузырем и желчевыводящими путями. Такая классификация очень важна для хирургов, особенно в современных условиях эпохи лапароскопических холецистэктомий.

Материалы и методы. Нами было пролечено 5077 пациентов с различными формами желчнокаменной болезни. Синдром Мириззи диагностировали у 57 больных. Больные с синдромом Мириззи разделены на 2 группы. Основную группу составили 25 пациентов, у которых холецистэктомия произведена миниинвазивным способом. Оценка результатов УЗИ, которое было выполнено до операции, позволила установить диагноз синдрома Мириззи у 24 пациентов. При оценке эхограмм нами выявлены признаки, позволившие заподозрить синдром Мириззи до операции. При оценке результатов ЭРХПГ патогномоничным для синдрома Мириззи считали характерное сдавление извне общего желчного протока либо наличие холецистохоледохеального свища, что было установлено у 22 больных.

В анамнезе у 18 пациентов с синдромом Мириззи были эпизоды механической желтухи. Всем больным с механической желтухой в анамнезе была произведена ЭРХПГ. Также диагноз верифицировали по результатам ИОХГ, которая выполнялась через надсеченный пузырный проток до проведения холецистэктомии. Основываясь на данных УЗИ и ЭРХПГ, полученных до операции, а также интраоперационных данных, определяли дальнейшую тактику лечения.

Окончательный диагноз был подтвержден интраоперационно, причем окончательным методом диагностики мы считали ИОХГ, эффективность которой в нашем исследовании достигала 100%. При синдроме Мириззи I типа мы выполняли лапароскопическую холецистэктомию. В 19 случаях сформированного холецистохоледохеального свища (II тип синдрома Мириззи) выполнялась минилапаротомная холецистэктомия с интраоперационной холангиографией и санацией холедоха растворами антисептиков. Оперативное вмешательство завершали пластикой холедоха на Т-образном дренаже при наличии дефекта не более чем на 1/3 окружности общего желчного протока (4 случая). В 15 случаях выявления дефекта холедоха более чем на 1/3 окружности производили конверсию на лапаротомию путем расширения минилапаротомной раны. В 2 случаях было произведено наложение холедоходуоденоанастомоза по Юрашу-Виноградову и 13 больным произвели гепатикоеюностомию на выключенной петле тонкой кишки по Ру. Следует отметить, что при оценке отдаленных результатов выполненных оперативных вмешательств наилучшие результаты были получены у пациентов, которым производилось выполнение гепатикоеюностомии с анастомозом по Ру. У пациентов, которым выполнялась лапароскопическая и минилапаротомная холецистэктомия, не отмечалось послеоперационных осложнений. Летальных исходов не было. Перспективным направлением дальнейших исследований является широкое внедрение полностью лапароскопических методик для лечения данной патологии.

Выводы. При наличии воспалительного инфильтрата и невозможности лапароскопического оперативного вмешательства необходима конверсия на минилапаротомную холецистэктомию. При подозрении на синдром Мириззи II типа холецистэктомию рекомендуется начинать из минилапаротомного доступа. В случае выявления дефекта холедоха более чем на 1/3 окружности рекомендуется переход на лапаротомию путем расширения минилапаротомной раны и предпочтение следует отдавать холецистектомии с дренированием холедоха либо гепатикоеюноанастомозу по Ру.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Аюбов Б.М.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Острая кишечная непроходимость считается одним из наиболее грозных осложнений в абдоминальной хирургии, поскольку её возникновение всегда ассоциируется с трудностя-

ми в диагностическом и тактическом плане. Среди них подавляющее большинство (60–70%) приходится на спаечную форму ОКН. При этом состоянии, по данным иностранных и отечественных авторов, летальность колеблется от 1,6 до 43,0%.

Цель работы. Оценка эффективности лечения спаечной кишечной непроходимости лапароскопическим методом в сравнении с лапаротомией.

Материалы и методы. Исследованы результаты лечения 105 больных с острой спаечной кишечной непроходимостью. В основную группу вошли 60 пациентов. Возраст пациентов основной группы составил 47,4±2,5 года (от 22 до 78 лет). В гендерном составе преобладали мужчины – 35 чел. (58,3%). Контрольную группу составили 45 пациентов с равноценной по характеру патологией, которым была выполнена лапаротомия. Возраст пациентов колебался от 18 до 81 года. Средний возраст составил – 49,7±1,2 года (p>0,05). Мужчин было 25 (55,5%), женщин 20 чел. (44,5%). Сравниваемые группы оказались сопоставимыми не только по полу и возрасту, но и тяжести их исходного состояния, оцененного по клиническим критериям, шкале APACHE II (шкала оценки острых и хронических функциональных изменений) и шкале SAPS II (упрощенная шкала оценки острых функциональных изменений).

Результаты исследования и их обсуждение. В основной группе применение лапароскопии позволило сократить время от поступления в стационар до операции, в среднем до 4,2±0,5 ч. Средний койко-день составил 6,9±0,7 дня. В группе сравнения – среднее время от поступления до проведения оперативного вмешательства было почти в 3 раза больше – 12,3±1,0 ч (p<0,05). Среднее количество койко-дней составило 9,5±0,8 дней (p<0,05). Во многом эта разница обусловлена тем, что после традиционных вмешательств частота осложнений в 2 раза выше, чем после применения лапароскопии. Несмотря на то, что различия между группами не достигли уровня статистической значимости, прослеживается явная тенденция к снижению числа осложнений при лапароскопии. При использовании лапароскопии меньше была и летальность пациентов – 1 случай (1,6%) в основной группе против 2(4,4%) в группе контроля (p>0,05). Восстановление функции желудочно-кишечного тракта оценивали по степени угнетения перистальтики в послеоперационном периоде и срокам отхождения стула. Лапароскопия зарекомендовала себя с лучшей стороны, т.к. среди пациентов основной группы у подавляющего числа перистальтика появилась на первые сутки, в то время как в группе сравнения более чем у 50% она стала выслушиваться на вторые сутки и позднее. У большинства пациентов после лапароскопии стул появился уже на 1-е сутки, в то время как после лапаротомии – только на 3-и. Таким образом, применение лапароскопии при ОСКН способствует более быстрому восстановлению функции желудочно-кишечного тракта. При сравнении динамики ЛИИ в группах установлено, что показатели в основной группе и группе сравнения не имели достоверных отличий.

Обсуждение. Известно, что результаты лечения ОКН зависят от сроков оказания лечебного пособия. В нашей работе пациенты основной группы быстрее оказывались на операционном столе от времени поступления в стационар благодаря тому, что у них отсутствовала необходимость следить за пассажем бариевой взвеси. Примечательно, что и общее количество койко-дней при лапароскопии было достоверно меньше по сравнению с лапаротомией. Это было достигнуто и благодаря меньшему числу осложнений и более быстрому восстановлению пациентов. Несмотря на большое количество исследований, свидетельствующих о высоком риске осложнений при применении миниинвазивных методов, в нашей работе ситуация была прямо противоположной. На наш взгляд, во многом вероятность осложнений ассоциирована с недостаточным опытом специалистов при применении лапароскопии. По мере накопления опыта эта операция становится всё более безопасной. В целом, на наш взгляд, лапароскопия при острой спаечной кишечной непроходимости может стать операцией выбора, поскольку менее травматична и способствует более быстрому выздоровлению пациента, что было продемонстрировано и при анализе восстановления функции ЖКТ, оценке динамики ЛИИ.

Вывод. Лапароскопия является весьма перспективным методом на современном этапе развития медицинских технологий. Её применение дает возможность существенно улучшить результаты лечения: снизить частоту осложнений, сократить количество койко-дней, более быстрого восстановления функции ЖКТ, уменьшения эндотоксикоза.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ УРГЕНТНЫХ ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ НА КОЙКАХ КРАТКОСРОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ В СОСТАВЕ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Белаш В.А., Лебедева А.А., Литусова Л.Ю., Челехсаева Д.С., Теплов В.М., Трофимов В.И.

ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Актуальность. Организация коек краткосрочного пребывания в составе стационарного отде-

ления скорой медицинской помощи (СтОСМП_КП) значительно расширяет возможности оказания экстренной помощи пациентам с хирургической патологией, не требующей экстренного оперативного вмешательства. Однако лечение таких пациентов на неспециализированном отделении является относительно новым и недостаточно изученным феноменом в отечественном здравоохранении.

Целью нашего исследования было определение эффективности и безопасности лечения ургентных пациентов хирургического профиля в условиях СтОСМП_КП.

Материалы и методы. Проанализированы все случаи поступления в СтОСМППСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова с 15 сентября 2019 по 15 января 2020 года и за аналогичный период 2018/2019, т.е. до открытия СОСМП_КП (n=5126).

Изучены нозологическая принадлежность пациентов, длительность госпитализации, исходы лечения при заболеваниях хирургического профиля.

Результаты. 56,2% всех ургентных госпитализаций в СтОСМП были обусловлены болью в животе. Из них у 21,4% в итоге была диагностирована и купирована неспецифическая боль в животе («кишечная колика»).

Медиана ([25-й; 75-й квартиль]) длительности госпитализации после открытия СтОСМП_КП значимо снизилась у пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки: с 5 [1,5; 11,5] до 3 [1; 6,5] (p=0,032), – с острым панкреатитом: с 8 [5; 14] до 4 [3; 7] (p=0,005), – с новообразованиями: с 9 [1; 17] до 6,5 [1; 12] (p=0,044).

Это во многом обусловлено увеличением доли больных, пролеченных в условиях СтОСМП_КП. Так доля пациентов, госпитализированных в хирургическое отделение по поводу язвенной болезни уменьшилась с 69 до 33% (p=0,09), а язвенной болезни, осложнённой желудочно-кишечным кровотечением, – с 60 до 40% (p=0,034). Доля госпитализированных в хирургическое отделение по поводу острого панкреатита снизилась с 88 до 64%.

Исходы госпитализации, в том числе смертность, не стали хуже во всех нозологических группах. Частота повторных обращений в СтОСМП по поводу той же патологии в течение месяца после выписки составила 1,25%, что соответствует рекомендуемым нормам.

Заключение. Пилотные данные указывают на то, что СтОСМП_КП может повышать эффективность лечения ургентных хирургических пациентов. Однако требуются дальнейшие, в том числе мультицентровые, наблюдения и разработка унифицированных алгоритмов ведения пациентов данной группы.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ САНАЦИОННОЙ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ПАНКРЕАТОГЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ

Ваккасов М.Х., Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Робиддинов Ж.Б.

Наманганский филиал РНЦЭМП, ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова»

За последние 11 лет нами в комплексном лечении 64 больных с деструктивным панкреатитом (ДП) была включена методика видеолапароскопической санации (ВЛС) брюшной полости + внутриаортальная антибактериальная терапия. У всех больных во время лапароскопии установлен ДП, в том числе у 26 – субтотальное поражение тела и хвостовой части поджелудочной железы (ПЖ) с крупноочаговым геморрагическим некрозом парапанкреальной клетчатки, у 15 – жировой некроз преимущественно головки и тела ПЖ с массивной инфильтрацией и имбибицией гепатодуоденальной связки, паранефральной и параколической клетчаток, у 23 – мелкоочаговый и смешанный некроз тела и хвостовой части ПЖ с инфильтрацией и имбибицией корня брыжейки поперечно-ободочной кишки и парапанкреальной клетчатки.

В процессе ВЛС у 38 больных (первая группа) выполнялся ряд вмешательств: аспирация экссудата и санация антисептиками, подведение дренажных трубок в количестве от 3 до 5 в отлогие места брюшной полости; новокаиновая блокада корня брыжейки поперечно-ободочной кишки, парапанкреальной клетчатки и круглой связки печени, санация и дренирование сальниковой сумки (СС) (18), лапароскопическая холецистостомия при наличии билиарной гипертензии (4), лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) при деструкции желчного пузыря (6), ЛХЭ с наружным дренированием холедоха через культю пузырного протока (2), переход на лапаротомию и удаление некротизированных участков ПЖ (8).

У 26 (вторая группа) во время ВЛС устанавливается распространение панкреонекроза, осуществляется активная аспирация ферментативного выпота, санация и дренирование отлогих мест брюшной полости для проведения перитонеального лаважа и по показаниям холецистостомия или ЛХЭ с декомпрессией билиарных протоков. При этом ни в одном случае не проводились активные вмешательства в зоне патологического процесса (вскрытие, дренирование и тампонирование СС, некроэктомия из ПЖ, забрюшинной клетчатки (ЗБК) и т.д.). Однократная ВЛС выполнена 12 пациентам, двухкратная – 7, трехкратная – 5, четырехкратная – 2.

У больных первой группы (38) ВЛС и внутриаортальная катетерная терапия оказалось эффективной и позволила добиться купирования воспалительного процесса у 27 (71,0%). У 9 (19,0%) – произошло инфицирование зон некроза ПЖ и ЗБК. Этим пациентам выполнялись традиционные «открытые» операции в программируемом режиме. Умерло после операции 6 (9,3%) больных. У пациентов второй группы (26) мы не наблюдали прогрессирования панкреонекроза и забрюшинной секвестрации.

Следует отметить, что такая тактика оказалась эффективной у всех больных второй группы. Осложнений и летального исхода не отмечалось. По нашему мнению, такие результаты у больных второй группы связаны именно с минимальным объемом вмешательств в зоне некротических очагов ПЖ и ЗБК.

Таким образом, полученные результаты позволяют считать, что даже диагностированный при поступлении деструктивный панкреатит не всегда является показанием к неотложной операции. Применение передовой технологии – видеолапароскопической санации и базисной патогенетической терапии приведет к реальному снижению летальности у этой тяжелой категории больных.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ваккасов М.Х., Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Базарбаев У.Р.

Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель. Улучшение результатов лечения кистозных образований поджелудочной железы с применением малоинвазивных методик.

Материалы и методы. В течение 2001–2020 гг. в Наманганском филиале РНЦЭМП находились 62 больных с кистами поджелудочной железы (ПЖЖ) в возрасте от 18 до 82 лет. Мужчин было 40 (64,5%) и женщин – 22 (35,5%). Постнекротическая киста ПЖЖ выявлена у 33 (55,1%) больных, посттравматическая у 25 (41,8%), цистаденома у 1 (1,7%) и цистаденокарцинома – у 1 (1,7%).

Киста располагалась в области головки ПЖЖ у 22 (35,5%) больных, тела у 25 (40,3%), хвоста – у 15 (24,2%). Солитарная киста выявлена у 47 (75,8%), множественные и многокамерные – у 15 (24,2%) больных. Диаметр кист варьировался от 5 до 25 см. Сформированная киста обнаружена у 36 (58,1%) больных, несформированное органическое скопление жидкости без четкой капсулы у 26 (41,9%). Осложнение нагноением кист выявлено у 31, кровоизлиянием в полости кисты у 12, перфорация в брюшную полость – у 5, в желудок – у 1, в двенадцатиперстную кишку (ДПК) – у 1 больного.

Результаты. В целях дифференциальной диагностики у 1 больного при предположении о наличии цистаденомы проведена тонкоигольная аспирационная биопсия, диагноз подтвержден цитологическим исследованием.

С нагноением содержимое кисты ПЖЖ чрескожное пункционное дренирование (ЧПД) под контролем УЗИ выполнено у 42 больных. Рецидив кисты отмечен у 2 больных, по поводу чего повторно произведены ЧПД под контролем УЗИ. При контрастном исследовании на 6–7-е сутки после ЧПД связь кисты с протоком ПЖЖ не обнаружена.

Традиционным методом были оперированы 20 больных. При осложнении кровотечением в полость кисты у 1 пациента выполнено удаление гнойно-некротических масс, секвестров и гематом, перевязка кровоточащего сосуда, наружное проточно-аспирационное дренирование остаточной полости.

При спонтанном прорыве кисты ПЖЖ в просвет желудка (1) проводили активную назогастральную аспирацию и консервативное лечение. У 1 больного при прорыве кисты в брюшную полость произведены санация и наружное дренирование кисты, дренирование брюшной полости.

Одному пациенту с псевдокистой ПЖЖ, вследствие хронического панкреатита и вирсунголитиаза, была выполнена эндоскопическая папиллосфинктеровирсунготомия с последующим наложением цистоеюанастомоза на петле, выключенной по Ру, в сочетании с холецистэктомией и наружным дренированием общего желчного протока.

Цистоеюноанастомоз по Ру произведен у 9 и цистоеюноанастомоз по Брауну – у 3 больных.

Наружный панкреатический свищ закрылся самостоятельно у 2 больных.

После наружного дренирования остаточной полости кисты ПЖЖ рецидив отмечен у 2 больных, стойкий наружный панкреатический свищ образовался у 2 больных. Этим больным в последующем был выполнен фистулоэнтероанастомоз.

Заключение. Методом выбора в лечении несформированной и осложненной кисты ПЖЖ является чрескожное пункционное дренирование под контролем УЗИ и МСКТ. Больным с осложненной кистой ПЖЖ требуется индивидуальный подход при выборе тактики лечения, что определяет исход заболевания. В большинстве наблюдений наружное дренирование и комплексная консервативная терапия, при невозможности выполнения хирургического вмешательства могут стать окончательным способом лечения.

При наличии неосложненной сформированной кисты ПЖЖ предпочтение отдаем выполнению операции внутреннего дренирования (цистоеюанастомоз по Ру или Брауну).

ВОЗМОЖНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО И МИНИМАЛЬНО-ИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ЖИВОТА

Гаврищук Я.В., Тулупов А.Н., Демко А.Е., Колчанов Е.А.

ГБУ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург, Россия

Цель работы. Показать возможности консервативного и минимально-инвазивного лечения пострадавших с повреждением паренхиматозных органов при закрытых травмах живота.

Материалы и методы. Проанализированы результаты применения неоперативных и минимально-инвазавных хирургических методов лечения у 32 пострадавших с закрытой травмой живота в условиях травмоцентра I уровня. Обстоятельства получения травмы: дорожно-транспортное происшествие – 17 (53,1%), падение с высоты – 13 (40,6%), прочие – 2 (6,3%). Мужчин – 17 (53%), женщин – 15 (47%). Средний возраст – 35,1±14,3 лет. Пострадавшие изучаемой группы имели стабильную гемодинамику, среднее систолическое АД при поступлении – 111,2±23,1 мм. рт. ст. Оценку тяжести травмы проводили по шкале ISS, средний балл – 25,1±9,0. При поступлении пострадавшим выполняли ультразвуковое исследование брюшной полости (УЗИ БП). Для верификации источника кровотечения применяли спиральную компьютерную томографию (СКТ) с контрастным усилением, ангиографию, лапароскопию. Тяжесть повреждения органов брюшной полости оценивали по классификации Американской ассоциации хирургов-травматологов (AAST). На всем протяжении лечения пострадавшим выполняли контрольные УЗИ БП.

Полученные результаты и выводы. По данным УЗИ БП при поступлении у всех пострадавших выявлен небольшой объем (<500 мл) свободной жидкости. Диагностированы повреждения печени у 17, селезенки – 13, почек – 5 пострадавших. Наиболее часто диагностировали повреждения селезенки и печени I–III степени (по AAST). У двоих пострадавших было отмечено повреждение нескольких паренхиматозных органов.

Показаниями к консервативному лечению 18 пострадавших были: отсутствие признаков повреждения сосудов при СКТ-исследовании с контрастным усилением и перитониальных симптомах. Ангиография с эмболизацией выполнена 6 пострадавшим, у которых по результатам СКТ выявлены признаки экстравазации контрастного вещества. Показанием к лапароскопии у 11 пациентов было отсутствие экстравазации контраста при СКТ-исследовании живота и подозрение на повреждение полых органов и диафрагмы.

В одном случае в связи с увеличением объема подкапсульной гематомы по данным УЗИ органов брюшной полости и болевого синдрома в левом подреберье выполнена лапароскопическая спленэктомия. У другого пострадавшего в связи с неэффективным гемостазом после проведенной эндоваскулярной эмболизации и увеличением объема гемоперитонеума на контрольном УЗИ выполнена лапаротомия, спленэктомия.

Выводы. Консервативное и минимально-инвазивное лечение пострадавших с сочетанной закрытой травмой живота позволяет избежать выполнения более травматичных оперативных вмешательств. На сегодняшний день не существует четких критериев отбора пациентов для применения консервативного и минимально-инвазивного лечения пострадавших с закрытой травмой живота, что требует дальнейшего изучения и обсуждения.

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА

Ганжиев Ф.Х., Холиков Ф.Й., Хайдаров Ф.Н., Абдурахманов Ш.М.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Диагностика закрытых повреждений живота представляет большие трудности. Диагностические трудности значительно возрастают, когда травма живота сочетается с черепно-мозговой травмой, повреждениями опорно-двигательного аппарата, а также у больных, находящихся в состоянии алкогольного опьянения. При этом у 20–30% больных возможны диагностические ошибки. Позднее распознавание повреждений является одной из основных причин высокой летальности больных, которая колеблется от 10 до 56%.

В Бухарском филиале РНЦЭМП под наблюдением находились 21 пациент, из них 15 (71,4%) мужчин и 6 (28,6%) женщин, в возрасте от 17 до 70 лет с диагнозом закрытая травма живота. У 13 (61,9%) пациентов закрытая травма живота была сочетанной. Среди сопутствующих повреждений преобладала черепно-мозговая травма, переломы костей скелета, внутригрудные осложнения и т.д. Большинство травм – 14 (66,7%) пострадавших было получено при дорожно-транспортных происшествиях. В течение 2 часов с момента травмы в стационар доставлены 17 (81%) пострадавших, 6 (28,6%) пациентов поступили в состоянии алкогольного опьянения. Шок при поступлении констатирован у 15 (71,4%) больных: I степени – у 3 (14,3%), II степени – у 8 (38,1%), III степени – у 4 (19%) пациентов.

При рентгенологическом исследовании произведен нами у 15 (71,4%) больных, лишь у 3 пациентов с наличием повреждения полого органа обна-

ружен такой важный рентгенологический признак, как наличие пневмоперитониума.

У остальных на рентгенологическом исследовании со стороны органов брюшной полости патологии не выявлено.

Ультразвуковое обследование выполнено всем больным, поступившим с закрытыми травмами. Лишь у 11 пациентов удалось выявить наличие свободной жидкости или нарушение целостности поврежденного органа.

Диагностическая лапароскопия производилось всем больным, из них у 14(66,7%) выявлены повреждения внутренних органов. В последующем этим пациентом произведена лапаротомия. У 13 (61,9%) пострадавших обнаружен гемоперитонеум, причиной которого у 7 был разрыв селезенки, у 4 разрывы печени, у 2 – другие причины. У 1 (4,8%) больного обнаружен перитонит, возникший в результате повреждения кишечника. У 5 (23,8%) пациентов выявлена забрюшинная гематома. У 6 (28,6%) обследованных диагностическая лапароскопия позволила избежать напрасной лапаротомии.

Послеоперационных осложнений и летальных исходов у пациентов с применением лапароскопической техники не было.

Таким образом, следует отметить высокую информативность метода лапароскопии в диагностике интраабдоминальных повреждений при закрытой травме брюшной полости. С внедрением в клиническую практику эндохирургических вмешательств уменьшилась частота раневых гнойных осложнений и почти у трети пациентов удалось избежать выполнения напрасной лапаротомии.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОВЫХ ЯЗВ У ОБОЖЖЕННЫХ С СЕПСИСОМ

Даминов Ф.А., Карабаев Х.К., Хакимов Э.А., Тагаев К.Р., Карабаев Н.Б.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Обострившиеся или остро возникшие язвы желудка и 12-перстной кишки на фоне ожоговой болезни, имеющие нехарактерную клиническую картину и приводящие к тяжелым осложнениям (перфорации, кровотечения) представляют собой серьезную угрозу для жизни больного.

Цель исследования. Изучить течение и лечение стрессовых язв у тяжелообожженных с сепсисом.

Материалы и методы. В течение последних пяти лет в ожоговом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП находились на лечении 3554 больных. Среди пострадавших с глубокими ожогами 70% имели площадь поражения более 20% поверхности тела. Из данной группы, насчитывающей 119 больных, 12 имели в анамнезе язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки. Пять больных были в возрасте до 40 лет, остальные старше (60–85 лет). Причем десять из них были старше 80 лет. Отмечено преобладание мужчин (10 против 2).

Результаты. Всем этим больным с первых дней стационарного лечения среди прочих лечебных мероприятий была назначена противоязвенная терапия после произведенной предварительно эндоскопии. Несмотря на это у двух больных на фоне ожоговой болезни произошла перфорация язвы, потребовавшая экстренного оперативного вмешательства. Причем у одного из них, больного 38 лет, с площадью глубоких ожогов более 40% поверхности тела и с сепсисом, перфорация язвы 12-перстной кишки произошла на 4 сутки после ожоговой травмы. Была произведена экстренная лапаротомия с ушиванием перфорации и дренированием брюшной полости. Однако процесс протекал весьма неблагоприятно. Развившийся в послеоперационном периоде поддиафрагмальный абсцесс потребовал повторного вмешательства на 8 сутки.

Летальный исход наступил на 13 сутки на фоне тяжелой интоксикации и прогрессирующего септического шока и полиорганной недостаточности.

За описываемый период времени у 6 пострадавших от ожоговой травмы развились острые стрессовые язвы, которые были диагностированы в связи с клиническими признаками перфорации или кровотечения и подтверждены эндоскопически. У больных отсутствовал язвенный и вообще какой-либо желудочный анамнез. Площадь глубокого ожога у них составила более 40%, осложнения наступили в септико-токсическом периоде ожоговой болезни и сепсиса. При этом у 2 больных имела место перфорация язвы, что потребовало экстренной операции по ушиванию перфоративной язвы после предварительно проведенной лапароскопии. Одна больная погибла через сутки после операции от тяжелого сепсиса и полиорганной недостаточности. В 4 случаях констатировано остро наступившее гастродуоденальное кровотечение, остановленное с помощью эндоскопии у 3 больных. В одном случае (больной 65 лет) потребовалось оперативное лечение. Летальных исходов не было.

Профилактика образования стресс-язв желудочно-кишечного тракта – это направление играет существенную роль в благоприятном исходе при ведении больных с тяжелым сепсисом и септическим шоком, так как летальность у больных с кровотечениями из стресс-язв ЖКТ колеблется от 64 до 81%. Частота возникновения стресс-язв без проведения их профилактики у больных в критическом состоянии может достигать 52,8%. Профилактическое применение блокаторов Н2-рецепторов и ингибиторов протонной помпы в два и более раза снижает риск осложнений. Основное направление профи-

лактики и лечения – поддержание pH выше 3,5 (до 6,0). При этом эффективность ингибиторов протонной помпы выше, чем применение H2-блокаторов.

Следует подчеркнуть, что помимо вышеуказанных препаратов важную роль в профилактике образования стресс-язв играет энтеральное питание.

Выводы. Наблюдения показывают, что стрессовые язвенные поражения вероятны при больших площадях ожога и способствует этому массивная инфекция ожоговых ран осложненных сепсисом. В связи с возможностью развития данной патологии при ожоговой болезни следует проявлять соответствующую настороженность и проводить необходимые диагностические и лечебные профилактические мероприятия не только в случаях отягощенного анамнеза, но и, как правило, при обширных ожоговых поражениях, особенно в пределах первых 2–4 недель после ожоговой травмы.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛИМФОТРОПНОГО РЕЖИМА СЕЛЕКТИВНОЙ ДЕКОНТАМИНАЦИИ КИШЕЧНИКА ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Джумабаев Э.С., Асронов Ш.Я., Джалалов А.С.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Актуальность проблемы. Известно, что одной из самых сложных и тяжелых форм абдоминального сепсиса является панкреатогенный. Смертность при этой категории больных доходит до 90%. В программе комплексного лечения больных панкреонекрозом (АПТ) антибактериальная профилактика и терапия занимает одно из ведущих мест (Савельев В.С. 2008 г). Среди составляющих АПТ у больных панкреонекрозом особое место занимает режим селективной деконтаминации кишечника (СДК), направленный на элиминацию условно патогенных бактерий из просвета желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), являющихся основным источником эндогенного инфицирования при панкреонекрозе (Luiten E I2005 г). Существующие формы СДК предполагают пероральный прием энтеральных антибиотиков (амфотерецина, норфлоксацина и др.) в сочетании с парентеральным введением цефотаксима. Но на практике настоятельная необходимость тотальной декомпрессии ЖКТ с активной и постоянной аспирацией содержимого кишечника делает проблематичным эффективное применение СДК с первых суток послеоперационного периода. Поэтому мы предлагаем применение лимфотропного режима СДК через забрюшинную клетчатку, который обеспечивает оптимальное поступление антибактериального препарата в потенциальный источник эндогенного инфицирования – ЖКТ.

Материалы и методы. В 1 хирургическом отделении АФРНЦЭМП в течение 2018–2019 годов находились 28 больных с различными формами панкреонекрозов. Диагноз верифицирован на основании клинических, лабораторных, инструментальных и интраоперационных данных. Тяжесть состояния больных панкреонекрозом оценивали по шкале APACHE-2. Всем больным в условиях отделения интенсивной терапии проводили инфузионную, детоксикационную и специфическую терапию (сандостатин, цитостатики, антиферменты), направленную на подавление экзокринной функции поджелудочной железы. Системная антибактериальная терапия проводилась парентеральным введением метронидазола (метрогил 100 в/в каждые 8 часов), фторхинолона (ципринол 100 в/в каждые 12 часов). Для осуществления лимфотропного режима СДК всем больным в процессе оперативного пособия устанавливался микроирригатор в забрюшинной клетчатке. В послеоперационном периоде проводилось лимфотропное введение левомицетина сукцината в дозе 1 гр и флюконазола 100 мл однократно. В качестве лимфостимулятора применялся фуросемид в объеме 1 мл, растворенный в 100 мл 0,5% раствора новокаина. Все 28 больных, которым применялся лимфотропный режим СДК, составили основную группу. Контрольную группу составили аналогичное количество больных, выбранных ретроспективно за предыдущие 2 года. Результаты применения СДК показали значительное снижение частоты инфицированных внутрибрюшных осложнений. Так, в контрольной группе в 8 случаях понадобилась релапаротомия, где была констатирована деструкция поджелудочной железы с развитием абсцесса сальниковой сумки. В 6 случаях отмечена повторная госпитализация больных с диагнозом хронического абсцесса сальниковой сумки с развитием наружного гнойного свища. Частота раневой инфекции в условиях оптимизированной СДК существенно не менялась. Наиболее значимое различие отмечено в снижении летальности до 34% в основной группе в сравнении с контрольной, где она составила 58%.

Выводы. Селективная деконтаминация кишечника является обоснованным и эффективным режимом антибактериальной терапии при инфицированных формах панкреонекроза. Оптимизация СДК с включением лимфотропного режима существенно повышает эффективность лечения и является перспективным в плане широких возможностей изменения режимов СДК с применением нового поколения антибиотиков широкого спектра действия.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА

Джураев Ж.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Актуальность. К большому сожалению, несмотря на современные достижения диагностических

технологий, развитие хирургической техники, анестезиологии и интенсивной терапии, фармакологии, до настоящего времени однозначного решения проблемы диагностики и лечения сочетанной абдоминальной травмы не существует. Это обусловлено как с большой частотой числа осложнений, так и сохраняющейся высокой летальностью и инвалидностью при сочетанной абдоминальной травме без тенденции к снижению.

Цель. Совершенствование диагностики и лечения повреждений органов брюшной полости с помощью малоинвазивной хирургии при сочетанных травмах живота.

Материалы и методы. Проанализированы результаты диагностики и лечения 254 пострадавших в 2011–2020 г. с сочетанными повреждениями органов живота, поступивших в хирургическое и неотложное хирургическое отделения Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в возрасте от 1 года до 83 лет, средний возраст 22,8±17,45. Из них 193 (76,0%) составили мужчины и 61 (24,0%) – женщины.

Результаты. У всех пациентов было проведено комплексное обследование, включавшее рентгенологические исследования, КТ, эндовизуальные и эндохирургические вмешательства. Диагностическая ценность рентгенологических исследований в зависимости от количества поврежденных анатомических областей и характера их сочетаний колебалась от 41,2 до 66,4%, при этом наиболее эффективной оказалась диагностика переломов костей конечностей. КТ оказалась высокоинформативным диагностическим методом, так как достоверность полученной информации составила 65±4,6%. При этом наиболее эффективной была диагностика ЧМТ, переломов костей таза и позвоночника, а также повреждений органов грудной клетки. УЗИ у всех пострадавших с травмой живота показало высокую информативность, которая составила 91,6±5,3%. Миниинвазивные методы исследования занимали центральное место в диагностике повреждений органов живота и определении лечебной тактики. Информативность диагностической лапароскопии при сочетанной травме составила 94,9±4,1%.

Среди больных с повреждениями органов живота сочетанные травмы выявлены у 91,0%. Травма живота чаще сочеталась с травмой головы – 207 случаев, грудной клетки – 118, конечностей – 119, позвоночника – 15 и таза – 31.

Повреждения органов брюшной полости были весьма многообразными. В основном отмечались множественные повреждения: разрывы селезенки (38,0%), повреждения печени (33,0%), разрывы полых органов – тонкой и толстой кишки (13,1%). У 49,5% пострадавших отмечался ушиб или гематома передней брюшной стенки.

Повреждения печени были выявлены у 84 больных, среди которых в 56 случаях были устранены лапароскопическим способом; селезенки – 97 больных, лапароскопическим путем устранены в 20 случаях, тонкой и толстой кишки – 45, среди которых у 21 пострадавшего было выполнено лапароскопическое ушивание поврежденного органа.

Летальность среди пострадавших с сочетанными повреждениями органов живота составила 18,1%.

Выводы. Миниинвазивные методы исследования занимают центральное место в диагностике повреждений органов живота и определении лечебной тактики. Информативность диагностической лапароскопии составила 94,9±4,1% и позволила устранить повреждения печени в 54,8%, селезенки в 20,6% и полых органов в 46,7%.

РШТЁИМ ҚАШҚАДАРЁ ФИЛИАЛИ КИТОБ ТУМАН СУБФИЛИАЛИНИНГ 2020 ЙИЛДАГИ БАЖАРИЛГАН ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТИ КЎРСАТКИЧЛАРИ ТАҲЛИЛИ

Дурсунов А.М., Саидов Х.С., Ҳасанов А.Қ., Шарипов З.Н., Ҳамдамов П.С.

РИТОИАТМ, РШТЁИМҚФ
Китоб туман субфилиали

Мақсад. 2020 йилдаги бажарилган барча жарроҳлик амалиётларининг касалликлар кесими бўйича таҳлил қилиш.

Китоб туман Тиббиёт Бирлашмаси Шошилинч Тиббий ёрдам бўлимида 2020 йилда жами 2933 та бемор даволанган. Бу беморлар касалликлар кесимида таҳлил қилинганда, хирургик касалликлар 1402 та (47,8%), терапевтик касалликлар 1168 та (39,8%), гинекологик касалликлар 79 та (2,7%)ни ташкил этади. 2020 йилда жами 554 та жарроҳлик амалиёти бажарилган бўлиб, жами касалликларнинг 18,8%, хирургик касалликларнинг эса 39,5% ни ташкил қилади.

Барча жарроҳлик амалиёти шошилинч равишда ўтказилган бўлиб, касалликлар кесимида кўрилганда ўткир аппендицит касаллиги туфайли амалга оширилган аппендэктомия амалиёти биринчи ўринни эгаллайди. Бир йил давомида 314 та аппендэктомия амалиёти бажарилган бўлиб, туман аҳолисининг 0,1%, барча жарроҳлик амалиётининг 56,7% ни ташкил қилади. Операциядан кейинги ташхис таҳлил қилинганда ўткир флегмоноз аппендицит 158 та (82,16%), ўткир гангреноз аппендицит 46 та (14,65%), катарал аппендицит 9 та (2,85%)ни ташкил қилади. Ўтказилган жами аппендэктомия амалиётининг 272 таси (86,6%) оддий анъанавий усулда, 42 таси (13,3%) ретроград усулда бажарилди.

Иккинчи ўринда ўткир гинекологик касалликлар туфайли амалга оширилган жарроҳлик амалиётлари бўлиб, жами 69 та жарроҳлик амалиёти бажарилган. Бу жами жарроҳлик амалиётларининг 12,4%ни ташкил қилади, шундан 38 таси (55%) тухумдонлар аппоплексияси ва ўз ўқи атрофида бураліб қолиши (пе-

рекут) сабабли, 31 таси (45%) бачадондан ташқари ҳомиладорлик сабабли амалга оширилган.

Учинчи ўринда қисилган чурралар сабабли амалга оширилган жарроҳлик амалиётлари бўлиб, жами 46 та (8,3%) жарроҳлик амалиёти бажарилган. Шулардан чов чурралари 31 та (67,3%), киндик чурралари 7 та (15,2), қорин олд девори чурралари 4 та (8,7%), операциядан кейинги қисилган чурралар 3 та (6,5%), сон чурралари 1 та (2,1%) беморда анъанавий усулда амалга оширилган.

Ўткир тошли холецистит касаллиги сабабли жами 20 та (3,6%) жарроҳлик амалиёти бажарилган бўлиб, барчаси анъанавий лапаротомия усулида амалга оширилган. Ўт қопи ўзгаришларига кўра 13 та (65%) флегмоноз, 7 та (35%) гангреноз ўзгарган холецистит аниқланди.

Тўғри ичакнинг ўткир касалликлари сабабли жами 24 та (4,3%) жарроҳлик амалиёти бажарилган бўлиб, жами жарроҳлик амалиётининг 4,3% ни ташкил қилади. Ўткир ичак тутилиши сабабли жами 13 та жарроҳлик амалиёти бажарилган бўлиб, жами жарроҳлик амалиётининг 2,3% ни ташкил қилади.

Ошқозон ва 12 бармоқли ичак ярасининг тешилиши (перфорацияси) сабабли 8 та жарроҳлик амалиёти бажарилган бўлиб, жами жарроҳлик амалиётларининг 1,44%ни ташкил қилади. Қорин жароҳатлари сабабли жами 12 та жарроҳлик амалиёти бажарилган бўлиб, жами жарроҳлик амалиётларининг 2,1% ни ташкил қилади, шундан 6 таси (50%) қорин очиқ жароҳати, 6 таси (50%) қорин ёпиқ жароҳатлари сабабли амалга оширилган.

Кўкрак қафаси жароҳатлари сабабли 3 та (0,5%) торакотомия жарроҳлик амалиёти бажарилган.

Тана суяклари жароҳатлари сабабли 43 та жарроҳлик амалиёти бажарилган бўлиб, жами жарроҳлик амалиётларининг 7,8% ни ташкил қилади.

Хулоса. Бир йиллик жарроҳлик амалиётлари таҳлили шуни кўрсатадики, йил давомида энг кўп бажарилган жарроҳлик амалиёти ўткир аппендицит (56,7%) ва гинекологик касалликлар (12,5%) бўлди. Ҳамма жарроҳлик амалиётлари ўтказилган беморларда ижобий натижалар қайд этилди.

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА

Жалилов Э.Т., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Худойбердиев Б.А.

Наманганский филиал РНЦЭМП

В последние 5 лет по данной работе проведен анализ результатов эндовидеохирургического лечения 68 больных со спонтанным пневмотораксом. Мужчин было 47 (69,1%), женщин – 21 (30,9%). Средний возраст больных составил 37,8 года. Правосторонний спонтанный пневмоторакс диагностирован у 39 (57,3%) больных, левосторонний – у 28 (40,9%) и двухсторонний – у 1 (1,6%).

С целью уточнения диагноза и выбора тактики лечения больным была выполнена видеоторакоскопия с использованием набора инструментов фирмы «KarlStorz» (Германия).

В результате диагностической торакоскопии выявлены; буллезная эмфизема без осложнений у 34 (50,0%), с воспалительными проявлениями у 9 (13,2%), надрывы спаек у 10 (14,7%), туберкулез легких у 6 (8,8%) и видимой патологии не обнаружено – у 9 (13,2%) больных.

Торакоскопическое иссечение и электрокоагуляция булл выполнены у 28 (41,1%) больных, наложение эндошва на буллы – у 12 (18,4%) больных. Во всех случаях вмешательство дополнено диатермическим плевродезом с целью профилактики рецидивов пневмоторакса.

Конверсионная торакотомия в связи с большими размерами разорванных булл осуществлена у 8 (11,7%) больных, операция завершена атипической резекцией легких и дренированием плевральной полости.

У 19 (29,5%) больных при торакоскопии отсутствовали показания для эндохирургических вмешательств.

У 15 (24,5%) больных наблюдались рецидивы пневмоторакса, которые ликвидированы наложением дополнительных швов при реторакоскопии.

Интраоперационное осложнение в виде подкожной эмфиземы отмечалось у одного пациента, которое не требовало дополнительных лечебных вмешательств.

Послеоперационный период осложнился эмпиемой плевры у 2 (2,9%) больных, которая ликвидирована путем установления непрерывного плеврального диализа. Среднее пребывание больных на койке составил 4,5 дня. Летальных исходов не наблюдалось.

Таким образом, применение видеоторакоскопии в ургентной торакальной хирургии имеет большое значение в определении дальнейшего тактического плана ведения больных, уменьшает количество диагностических ошибок и во многих случаях предотвращает необоснованные торакотомии.

МЕСТО ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ ГРУДИ

Жалилов Э.Т., Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Худойбердиев Б.

Наманганский филиал РНЦЭМП

Нами за период с 2002 по 2019 г. выполнена лечебно-диагностическая видеоторакоскопия 440 пострадавшим с травмами груди, из них 327 (74,4%) мужчин и 113 (25,2%) женщин в возрасте от 14 до 67 лет. Все пострадавшие с травмой грудной клетки обследованы рентгенологически. Показанием к экстренной видеоторакоскопии явилось наличие малых

и средних гемопневмотораксов. Использовалось торакоскопическое оборудование фирмы «KarlStorz».

Изолированное повреждение грудной клетки выявлено у 128 пострадавших, у 151 больного закрытая травма груди сочеталась с черепно-мозговой травмой различной степени, у 45 с повреждением органов брюшной полости, у 64 – с переломами костей конечностей и с осложненный переломом грудопоясничных позвонков – у 12.

У 73 (16,7%) больных с множественными переломами ребер, осложненными кровотечением из межреберных сосудов, гемостаз достигнут клипированием межреберных сосудов и биполярной диатермокоагуляцией. У 55 (12,5%) больных с повреждением висцеральной плевры и небольшими разрывами паренхимы легких гемостаз достигнут наложением эндошвов. Поверхностный разрыв плевры без признаков активного кровотечения наблюдался у 85 (19,5%) больных. Переломы ребер без повреждения плевры диагностированы у 44 (10,0%) пострадавших. Ушиб и гематома легких отмечены у 76 (17,4%), органов средостения у 26 (5,8%) больных. Во всех случаях плевральная полость дренирована. Причиной конверсии (переход к торакотомии) у 22 (5,1%) пострадавших явился разрыв легких с продолжающимся кровотечением.

Интраоперационное осложнение в виде кровотечения из межреберных вен в месте введения торакопорта наблюдалось у 3 пациентов, у которых гемостаз достигнут биполярной диатермокоагуляцией.

Умерло 14 (3,1%) больных от причин, не связанных с торакоскопией (открытая черепно-мозговая травма + переломы ребер и тяжелая сочетанная травма, ушиб легкого и органов средостения + перелом грудопоясничного отдела позвоночника).

Таким образом, применение видеоторакоскопии в ургентной торакальной хирургии позволило уменьшить процент диагностических ошибок и сократить время установления диагноза. Использование видеоторакоскопии при политравмах меняет тактику лечения пациентов и в большинстве случаев является альтернативой торакотомии.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА

Жамилов У.Р., Баймаков С.Р., Рахманов Р.О., Хусанходжаев Ж.У., Саметдинов Н.Ю.

Ташкентский государственный стоматологический институт, частный многопрофильный медицинский центр «SHIFO NUR», частный многопрофильный медицинский центр «AKFA Medline»

Спонтанный пневмоторакс (СП) составляет 4,6–5,9% от всех заболеваний бронхолегочной системы, среди неотложных заболеваний органов грудной полости – 10–12%. В современной торакальной хирургии в диагностике СП широко применяются лучевые методы исследования в виде рентгенографии, компьютерной и магнитно-резонансной томографии. Одним из наиболее информативных миниинвазивных методов диагностики и хирургического лечения СП считается видеоторакоскопия (ВТС). Несмотря на современные достижения медицины, имеется ряд нерешенных вопросов, касающихся непосредственно диагностики и хирургического лечения данной патологии.

Цель работы. Оптимизировать различные методы диагностики и лечения больных со спонтанным пневмотораксом.

Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования и хирургического лечения 315 больных со СП, поступивших в отдел экстренной хирургии РНЦЭМП за 12 лет. Средний возраст составил 37,4 года, при этом 267 (84,8%) больных были лица трудоспособного возраста. Мужчин было 264 (83,8%), женщин – 51 (16,2%). СП возник среди полного благополучия без физического напряжения или во время повседневной работы у 273 (86,7%) больных, после физической нагрузки – у 24 (7,6%), легочный анамнез удалось проследить только у 18 (5,7%). С рецидивом пневмоторакса поступили 19 (6,0%) больных, у всех из них ранее выполнено дренирование плевральной полости в различных медицинских учреждениях в сроки от одного месяца до одного года. Больным произведено рентгенологическое исследование грудной клетки, компьютерная томография и ВТС.

Результаты. Во время диагностической ВТС были выявлены множественные буллы у 194 (61,6%) пациентов с СП, одиночные у 100 (31,7%). У 161 (51,0%) больного – буллезные изменения локализовались изолированно в верхней доле, у 101 (32,1%) наблюдалось поражение всех долей, у 32 (10,2%) имелось изолированное поражение средней и нижней долей, у 21 (6,7%) пациента причина пневмоторакса эндоскопией не установлена. При наличии единичных булл легкого диметром до 2 см у 39 (12,4%) больных ВТС закончено коагуляцией буллезно-измененного участка с помощью электрокоагуляции, с применением аргона – у 5 (1,6%). При выявлении множественных булл диаметром больше 2 см у 20 (6,3%) больных произведена атипичная резекция буллезно-измененного участка с помощью эндостеплеров. Если причина пневмоторакса не выявлена или имеется поражение всей легочной ткани без бронхоальвеолярного свища, то выполнялся термический плевродез париетальной плевры у 83 (26,3%) больных для профилактики рецидива пневмоторакса. В 1 (0,3%) случае при пневмотораксе месячной давности на ВТС обнаружено ригидное легкое, произведена торакоскопическая декортикация легкого. Видеоассистированные вмешательства с миниторакото-

мией до 5 см выполнены у 167 (53,0%), из них у 9 больных 5 (30,2%) – иссечение и ушивание множественных и крупных булл более 2 см, у 67 (21,3%) – атипичная резекция легкого, у 3 (1,0%) – декортикация легкого по поводу спаечного процесса и ригидного легкого и у 2 (0,6%) – перевязка буллы. Всем больным для профилактики рецидива пневмоторакса, независимо от наличия, размеров и локализации булл выполняли термический и химический плевродез. Резецированный буллезно изменённый участок легкого подвергался гистологическому исследованию в 87 (27,6%) случаях, где на микроскопии выявлены буллы во фрагменте легочной ткани.

Выводы. При диагностике и хирургическом лечении СП должны применяться современные высокоинформативные методы исследования, такие как полипозиционное рентгенологическое исследование, КТ грудной клетки и ВТС. ВТС дает возможность ликвидации причин пневмоторакса, взятием патологически измененной легочной ткани для гистологического исследования, при этом решить задачи хирургической профилактики его рецидива.

РОЛЬ ЛУЧЕВЫХ И ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ТРАВМЕ ТАЗА

Икрамов А.И.[1], Халибаева Г.Б.[1,2]

[1]Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, [1,2]Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи[2]

Актуальность. Переломы костей таза часто осложняются кровотечением, что является актуальной проблемой в травматологии. Массивное кровотечение является основной причиной смерти пострадавших с тяжёлыми нестабильными повреждениями костей таза в первые минуты и часы после получения травмы. Часто драматическая ситуация складывается в случаях, когда кровотечение остаётся не обнаруженным. По одним только клиническим данным диагностировать забрюшинное кровотечение очень трудно, особенно при сочетанных повреждениях органов брюшной полости и малого таза и наличия внутрибрюшного кровотечения.

Цель работы. Определить возможности лучевых и интервенционных методов диагностики и лечения кровотечений при травме таза.

Материалы и методы. В отделении лучевой диагностики РНЦЭМП (г. Ташкент) и СПб НИИ института скорой помощи им. И.И. Джанелидзе (г. Санкт-Петербург) за период 2011–2019 гг. были обследованы 23 пострадавших с сочетанной травмой таза, осложнившихся внутритазовым кровотечением. Большинство пострадавших пациентов имели II–III степень тяжести травматического шока. Тяжесть повреждения по шкале ISS – 28,5±9,6 балла, т.е повреждения относились к тяжёлым. Для выявления источника кровотечения проводили контрастное исследование внутритазовых сосудов, из них МСКТ-ангиографию 17 пациентам и дигитальную субтракционную ангиографию (ДСА) – 10 пациентам.

Результаты. В наших исследованиях КТ-признаки повреждения сосудов были выявлены в 7(41%) случаях: экстравазацию контрастного вещества в 5 случаях, обрыв и «стоп-контраст» на уровне запирательной артерии – в 1, посттравматическая ложная аневризма в проекции ramuspubisa. obturatoria – в 1. При наличии выраженной внутритазовой гематомы, чаще односторонней, отмечалось смещение и сдавление сосудистого пучка – в 7 наблюдениях. Экстравазация контрастного вещества являлась показанием к проведению диагностической ангиографии для выявления поврежденного сосуда с последующей его селективной и неселективной эмболизацией. Следует отметить, что в 1 случае КТ-признаков повреждения сосудов не наблюдалось, однако при проведении в дальнейшем селективной ангиографии был выявлен источник артериального кровотечения.

ДСА проводили у 10 пострадавших, из них после МСКТ-ангиографии в 4-х случаях. В 6 случаях селективная ангиография была применена как первичный метод диагностики артериального кровотечения в связи с прогрессированием травматического шока и нестабильной гемодинамики пострадавших и, следовательно, с необходимостью стабилизации костей таза с помощью аппарата внешней фиксации. Были выявлены ангиографические признаки повреждения сосудов в 7 случаях: экстравазация контрастного вещества – 3, ангиоспазм – 2 и окклюзия – 2 наблюдения. Данные ангиографии были сопоставлены с типом повреждения таза: тип B-5, тип C-2. При выявлении повреждений проводили эмболизацию в 5 наблюдениях с помощью спиралей и клея.

МСКТ-ангиография являлась достаточно информативным методом диагностики в выявлении сосудистых повреждений при переломах костей таза. Тем не менее, в 10% наших наблюдений отсутствие КТ-признаков экстравазации контрастного вещества и повреждения сосудов не позволяет окончательно исключить кровотечение сосудистого генеза, прибегая к выполнению последующей диагностической ангиографии для поиска источника внутритазового кровотечения. ДСА выступала «золотым стандартом» в распознавании повреждений внутритазовых сосудов с возможностью проведения последующей их неселективной или селективной эмболизации. У пострадавших со стабильной гемодинамикой ДСА использовалась как уточняющий метод диагностики, у пострадавших с нестабильной гемодинамикой – как основной метод диагностики и лечения повреждений внутритазовых сосудов. Повреждения внутритазовых сосудов, вы-

являемых ангиографически, наблюдались преимущественно при нестабильных повреждениях таза, сопровождающиеся значительными забрюшинными тазовыми кровоизлияниями.

Выводы. В результате использования малоинвазивных методов лучевой диагностики нами были выявлены различные повреждения сосудов, признаки артериального и венозного кровотечения. Применение методов лучевой и рентгенэндоваскулярной диагностики, с последующим интервенционным методом лечения при травматических тазовых кровотечениях играет важную роль в планировании оптимальной дальнейшей лечебной тактики, что способствует улучшению результатов лечения в посттравматическом периоде, снижения летальности и инвалидизации.

ВЕГЕТАТИВ ДИСБАЛАНС КОРРЕКЦИЯСИНИНГ ЛАПАРОСКОПИК ХОЛЕЦИСТОЭКТОМИЯ АМАЛИЁТИНИ ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШДАГИ АҲАМИЯТИ

Искандарова Д.Э., Эшбоев А.Т., Искандаров Э.Р., Дусалов Ж.И.

РШТЁИМ Сурхондарё филиали

Вегетатив тонус ва реактивлик организмнинг гомеостатик имкониятларини белгиловчи ва таъминловчи асосий кўрсаткичлардандир. Жарроҳлик амалиётини ўтказган беморларни даволаш ва амалиётдан кейинги реабилитацияда вегетатив бошқарувнинг оптимал ҳолатини таъминлаш юқори самара олишда муҳим аҳамиятга эгадир.

Мақсад. Лапароскопик холецистоэктомия амалиётини ўтказган беморларда вегетатив нерв тизимидаги ўзгаришларни динамикада баҳолаш ва коррекциялаш орқали даволаш самарадорлигини ошириш.

Материал ва методлар. Илмий марказга сўнги 3 йил – 2018–2020 йиллар давомида филиалда 256 та лапароскопик холецистоэктомия амалиётини ўтказган беморларнинг 150 тасида вегетатив нерв тизими ўрганилди. Вегетатив нерв тизими Кердо вегетатив индексини баҳолаш, қоннинг минутли ҳажмини Лилье-Штрандер ва Цандер усулида билвосита текшириш, юрак-қон томир ва нафас тизими орасидаги нисбатни Хильдебрант коэффициентини ҳисоблаш ва таҳлил қилиш асосида баҳоланди.

Натижа ва муҳокама. Беморлар тахминий танлаш усули билан ажратиб олинган бўлиб, уларнинг 47% и аёллар, 53% и эркакларни ташкил қилган. Кердо вегетатив индексига кўра беморларнинг 21 тасида эйтония, 88 тасида симпатик нерв тизимининг устунлиги, 41 тасида парасимпатик нерв тизими устунлиги аниқланган. Шунингдек, қоннинг минутли ҳажмини Лилье-Штрандер ва Цандер усулида билвосита текширишда эйтоникларда қоннинг минутли ҳажми ўртача 4,4 л ни ташкил қилиб, симпатикотоникларда қоннинг минутли ҳажми ошгани, парасимпатикотоникларда камайгани аниқланган. Тизимлар орасидаги нисбат Хильдебрант коэффициенти 20 та эйтоникда ўртача 2,8–4,9 ни ташкил қилган бўлиб, вегетатив дисбаланс қайд этилган беморларда бу коэффициент у ёки бу даражада оғишган. Беморлар тенг (ҳар бир гуруҳда 75 тадан) 2 гуруҳга ажратилиб, 1-гуруҳга клиникадаги индивидуал хусусиятларидан келиб чиқиб, фақат жарроҳлик амалиётига қаратилган муолажалар қилинган. 2-гуруҳнинг интенсив даво режасига вегетатив дисбаланс ҳолатини стабиллаштиришга қаратилган препаратлар қўшилди (индивидуал ёндошган ҳолда кофеин, валокормид, корвалол, валидол, резерпин; адаптоген, тинчлантирувчи таъсирга эга фитотерапия ва б.). 2-гуруҳда даволаш эффекти нисбатан ўртача 2–3 кун эртароқ кузатилган.

Хулоса. Юқоридаги текширишлар натижасига кўра хулоса қилиш мумкинки, лапароскопик холецистоэктомия амалиётида вегетатив дисбаланс ҳолатини стабиллаштириш касалликни даволаш ва асоратларини камайтиришда яна бир муҳим омил ҳисобланади.

СПОСОБ САНАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИТОНИТЕ

Исхаков Б.Р., Алижанов А.А., Бозарбаев У.Р., Исхаков Н.Б., Собитханов С.

Наманганский филиал РНЦЭМП

Неоднократное выполнение лапароскопии по общепринятой методике у одного и того же больного связано с необходимостью повторных проколов передней брюшной стенки, что может привести к серьезным осложнениям (повреждения органов), особенно если лапароскопия предпринимается в раннем периоде после хирургических вмешательств на органах живота. В связи с этим, для выполнения программируемых лапароскопических санаций у больных с послеоперационным перитонитом нами предложен способ, позволяющий проводить исследование в любые сроки и многократно.

Для этой цели использовали специально изготовленные полихлорвиниловые трубки в форме «С» с внутренним диаметром 7 и 10 мм, длиной 12–15 см и с герметичными заглушками к ним.

Методика. После первичного лапароскопического осмотра или во время лапаротомной операции в передней брюшной стенке устанавливаем «С» образную трубку. После этого трубку фиксируем к коже двумя швами. Благодаря эластичности трубки, исключаются травмирование подлежащих органов и послеоперационные боли.

Для выполнения программируемой видеолапароскопической санации заглушку с трубки снима-

ем, на трубку навинчиваем посредством переходника стандартный клапан, через вентиль которого накладываем пневмоперитонеум, а затем в брюшную полость вводим лапароскоп. После завершения очередной ВЛС трубку закрываем заглушкой. Трубку удаляем после снятия швов, фиксирующих ее к коже, а на рану передней брюшной стенки накладываем один шов.

Описанный способ лапароскопии в программируемом режиме для санации брюшной полости при послеоперационном перитоните применен нами у 24 больных. У детей в возрасте до 10 лет нами применена «С»-образная трубка с внутренним диаметром 7 мм. У взрослых 10 мм трубку устанавливали супра- и (или) инфраумбликально. ВЛС проводили двухкратно у 4 больных, трехкратно у 3, четырехкратно – 2 пациентам. После удаления «С»-образной трубки накладывали один мышечно-апоневротический шов. Нагноение послеоперационной раны отмечено у одного больного.

Таким образом, предложенная методика позволяет проводить ВЛС в любые сроки и многократно у одного и того же больного с послеоперационным перитонитом.

ГИДРОПРЕССИВНАЯ ИРРИГОАСПИРАЦИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ САНАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Исхаков Б.Р., Алижанов А.А., Исхаков Н.Б., Исламов Д.

Наманганский филиал РНЦЭМП

В течение последних десятилетий в хирургической практике сформировалось принципиально новое направление в проведении малоинвазивных оперативных пособий с использованием видеолапароскопической техники. Послеоперационная лапароскопия, кроме диагностики послеоперационного перитонита (ПОП), дает возможность воздействовать на течение воспалительного процесса в брюшной полости (Булынин В И., Глухов А.А., 1999, Константин Франтзайдес, 2000).

Нами в практике для улучшения результатов лечения больных послеоперационным перитонитом применен способ видеолапароскопической санации (ВЛС) брюшной полости с использованием аппарата «PULSAVAC» производства США. Гидропрессивные технологии основаны на местном использовании высоконапорных антисептических растворов для обработки брюшной полости.

Для проведения послеоперационной лапароскопии нами была использована лапароскопическая стойка фирмы «KarlStorz». Исследование проводили внутривенным, реже интубационным наркозом, и во всех случаях достигалась достаточная для выполнения санации брюшной полости анестезия.

Методика. Предварительно накладывали зажимы на дренажные трубки, оставленные при первой операции и герметизирующие швы вокруг дренажных трубок. Троакар для лапароскопа вводили супраумбликально, снимая один кожно-апоневротеский шов с помощью 10 мм металлического проводника. Величина карбоксиперитонеума составила 8–10 мм рт.ст. Последовательно аспирировали патологический экссудат и удаляли фибринозные наложения. При распространенном перитоните, чтобы облегчить удаление экссудата, операционному столу придавали максимальные отклонения в головном, ножном и боковых направлениях. Для санации брюшной полости ирригоаспиратор подсоединяется стерильными шлангами к аппарату «PULSAVAC».

ВЛС с применением гидропрессивная технологии по поводу ПОП выполнена 72 (из 85) пациентам. Переход на релапаротомию (лапаротомию после лапароскопических операций) осуществлен у 10 (7,2%) больных. Причинами конверсии явились массивные висцеро-висцеральные сращения, распространенный гнойный перитонит, некроз стенки полого органа, необходимость назоинтестинальной интубации кишечника.

Кратность проведения лапароскопических санаций определялась динамикой течения перитонита в послеоперационном периоде. Однократную ВЛС проводили 59 больным. Программируемая ВЛС проведена 13 пациентам: двукратно – 8 больным, трехкратно – 4, четырехкратно – 1. Всего у 72 больных была выполнена 91 ВЛС.

Осложнений в виде подкожной эмфиземы и нагноение троакарной раны наблюдали у 5 больных.

Преимущество аппарата «PULSAVAC» заключается в том, что он подает антисептический раствор в пульсирующем режиме под большим давлением (2–4 кг/см^2). Нужное давление подачи раствора регулируется ручкой на передней панели прибора. При направлении пульсирующей струи жидкости в межпетлевые пространства, карманы в брюшной полости оказывает разъединяющее действие на рыхлые висцеро-висцеральные сращения, снимает фибринозные наложения и фиксированные сгустки крови с поверхности брюшины. На один сеанс лапаросанации израсходовано в среднем от 5 до 12 литров антисептической жидкости.

Таким образом, видеолапароскопическая санация брюшной полости с применением гидропрессивной технологии позволяет провести направленное нетравматичное полноценное удаление патологического экссудата из брюшной полости, что исключает необходимость широкой лапаротомии. Эта методика является альтернативой таким травматичным методам лечения больных с ПОП, как релапаротомии, программной релапаротомии.

МЕСТО ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА

Исхаков Б.Р., Жалилов Э.Т., Исхаков Н.Б., Худойбердиев Б.А., Робиддинов Б.С.

Наманганский филиал РНЦЭМП

За последние 20 лет по данной работе проведен анализ результатов эндовидеохирургического лечения 226 больных со спонтанным пневмотораксом. Мужчин было 162 (71,7%), женщин – 64 (28,3%). Средний возраст больных составил 35,4 года. Правосторонний спонтанный пневмоторакс диагностирован у 132 (58,4%) больных, левосторонний – у 92 (40,7%) и двухсторонний – у 2 (0,9%).

С целью уточнения диагноза и выбора тактики лечения больным была выполнена видеоторакоскопия с использованием набора инструментов фирмы «KarlStorz» (Германия).

В результате диагностической торакоскопии выявлены; буллезная эмфизема без осложнений у 113 (50,0%), с воспалительными проявлениями 33 (14,6%), надрывы спаек у 36 (16,0%), туберкулез легких у 24 (10,6%) и видимой патологии не обнаружено – у 20 (8,8%) больных.

Торакоскопическое иссечение и электрокоагуляция булл выполнены у 52 (46,1%) больных, наложение эндошва на буллы – у 27 (20,2%) больных. Во всех случаях вмешательство дополнено диатермическим плевродезом с целью профилактики рецидивов пневмоторакса.

Конверсионная торакотомия в связи с большими размерами разорванных булл осуществлена у 14 (12,8%) больных, операция завершена атипической резекцией легких и дренированием плевральной полости.

У 49 (21,2%) больных при торакоскопии отсутствовали показания для эндохирургических вмешательств.

У 84 (37,1%) больных наблюдались рецидивы пневмоторакса, которые ликвидированы наложением дополнительных швов при реторакоскопии.

Интраоперационное осложнение в виде подкожной эмфиземы отмечалось у одного пациента, которое не требовало дополнительных лечебных вмешательств.

Послеоперационный период осложнился эмпиемой плевры у 4 (1,8%) больных, которая ликвидирована путем установления непрерывного плеврального диализа. Среднее пребывание больных на койке составил 4,2 дня. Летальных исходов не наблюдалось.

Таким образом, применение видеоторакоскопии в ургентной торакальной хирургии имеет большое значение в определении дальнейшего тактического плана ведения больных, уменьшает количество диагностических ошибок и во многих случаях предотвращает необоснованные торакотомии.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ АДГЕЗИОЛИЗИС У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Исхаков Н.Б., Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Рузматов А.Э., Исманов А.А.

Наманганский филиал РНЦЭМП

В последнее время большое внимание привлекает проблема лапароскопических операций у больных со спаечным процессом в брюшной полости. За последние 11 лет в Наманганском филиале РНЦЭМП находились 1379 пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН). Пациентов женского пола было 785 (56,9%), мужчин – 594 (43,1%).

Диагностика основывалась на клинических данных, результатах ультразвукового и рентгенологического исследований, лапароскопии. Консервативная терапия оказалась эффективной у 568 (41,2%) больных, оперировано 811 (58,8%).

С клинико-рентгенологическими признаками острой спаечной кишечной непроходимости традиционная лапаротомия выполнена у 690 (85,1%) больных.

Лапароскопический способ применен у 121 (14,9%) больного. Возраст больных – от 10 до 72 лет. В анамнезе больные перенесли аппендэктомию разрезом по Волковичу – Дъяконову (52), доступом Ленандера (5), нижнесрединную лапаротомию по поводу гинекологической патологии (41). По две и три операций на верхних и нижних этажах брюшной полости перенесли – 23 больных.

Наиболее ответственным этапом лапароскопии у этой категории больных являлось введение первого троакара и наложение карбоксиперитонеума. У больных ранее оперированных средне-срединным лапаротомным доступом, с высокой вероятностью спаечного процесса введение первого троакара проводилось методом открытой лапароскопии (методика Хассана), при его использовании повреждений органов брюшной полости не отмечено.

Лапароскопический адгезиолизис успешно был выполнен 89 (73,5%) больным. На диагностическом этапе лапароскопии были выявлены: 1–2 висцеро-висцеральные и висцеро-париетальные шнуровидные тяжи, ущемляющие кишечную петлю у 44 пациентов, ущемление кишечной петли фиксированным сальником – у 21, заворот петли тонкого кишечника фиксированной спайкой у 17, конгломерат, состоящий из спаянных между собой кишечных петель у 7.

Лапароскопический адгезиолизис заключался в рассечении и иссечении спаек биполярным электродом или ножницами. После устранения причин кишечной непроходимости провели ревизию тонкого кишечника, перебирая каждую петлю двумя мягкими зажимами. В большинстве случаев опера-

цию завершили промыванием брюшной полости дистиллированной водой и оставлением контрольной трубки в малом тазу.

Причиной конверсии у 33 (28%) пациентов явился: некроз петли кишечника (9), кровотечение из рассеченных спаек (1), сомнение в жизнеспособности ущемленной петли (7), подозрение на обтурационную толстокишечную непроходимость кишечника (2) и массивный спаечный конгломерат петли кишок (13), чего лапароскопически расправить не представилось возможным.

Интраоперационное осложнение отмечено у одного пациента и своевременно выполнена конверсионная лапаротомия, ушивание дефекта тонкого кишечника.

Релапароскопия по поводу внутрибрюшных осложнений в ближайшем послеоперационном периоде была проведена у 5 больных (вялотекущий послеоперационный перитонит – 3, воспалительный инфильтрат – 2). Этим больным выполнена видеолапароскопическая санация и дренирование брюшной полости.

Нагноение троакарной раны было отмечено у 4 больных, эмфизема предбрюшинной клетчатки – 3. Из числа больных, подвергнутых конверсионной лапаротомии, резекцией некротизированной части тонкого кишечника умерли 5 (0,66%) больных от тромбоэмболии легочных артерий (3), прогрессирующей полиорганной недостаточности на почве сахарного диабета, цирроза печени и ишемической болезни сердца. Средний койко-день составил 4,1 дня.

Таким образом, широкое применение видеолапароскопии при острой спаечной кишечной непроходимости позволяет уменьшить количество послеоперационных осложнений, сократить сроки пребывания больного в стационаре, обеспечить раннее восстановление физической активности и трудоспособности. Тем самым, является эффективным методом профилактики рецидива спайкообразований в брюшной полости. Наиболее безопасным эндохирургическим доступом в этом случае остается открытая лапароскопия.

РЕЗУЛЬТАТЫ В БЛИЖАЙШЕМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Кадиров Р.Н.[1], Хаджибаев Ф.А.[2]

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

Актуальность. Гастроэзофагеальные кровотечения (ГЭК) из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПиЖ) являются наиболее грозными и наиболее частыми осложнениями портальной гипертензии (ПГ), регистрируемыми, по данным многих авторов, не менее, чем у ⅓ пациентов с ПГ и наличием ВРВПиЖ, и становящимися для этих лиц причиной смерти в 14,5–90% случаев.

Цель настоящего исследования. Сравнительная оценка в раннем периоде после экстренного эндоскопического гемостаза и посредством операции азиго-портального разобщения по методу М.Д. Пациоры при активных кровотечениях из ВРВПиЖ.

Материалы и методы исследования. Работа выполнялась на базах хирургических и реанимационных отделений Самаркандского филиала республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (СФРНЦЭМП) и Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) в период с января 2014 г. по ноябрь 2018 г. В исследовании приняли добровольное участие 338 человек (265 мужчин и 73 женщины) в возрасте от 20 до 50 лет, впервые в жизни перенесших кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, возникшее в условиях синдрома портальной гипертензии и цирроза печени. В зависимости от характера лечебных мероприятий все участники были разделены на основную группу №1 (n=162) и группу сравнения №2 (n=176).

Результаты. В целом, применение технологий эндоскопического лигирования и/или склеротерапии в целях купирования впервые возникших ГЭК из ВРВПиЖ у пациентов-мужчин в возрасте 20–25 лет обеспечивало более высокое качество жизни в раннем послеоперационном периоде, чем в случаях с хирургическим лечением рассматриваемых состояний по методу М.Д. Пациора. Участники исследования из группы №1 чувствовали себя спокойнее, увереннее, бодрее, чем пациенты из группы сравнения, активнее взаимодействовали с соседями по палате и отделению, родственниками и друзьями, живее интересовались различными событиями в собственной семье, в окружающем обществе, в мире. Напротив, пациенты, перенесшие хирургическое вмешательство, менее охотно общались с другими людьми, чаще ощущали усталость и подавленность, чаще оценивали свое здоровье как «посредственное» или «плохое» и ожидали его ухудшения в дальнейшем. Аналогичные результаты были получены для 20–25-летних женщин из основной группы №1 и из группы сравнения №2, а также для 26–30-летних пациентов мужского и женского пола из групп №1 и №2.

Заключение. При купировании гастроэзофагеальных кровотечений, ассоциированных с портальной гипертензией и варикозным расширением вен пищевода и желудка, одним из преимуществ эндоскопического гемостаза перед хирургическим лечением по методу М.Д. Пациоры является более высокое качество жизни пациентов в раннем периоде после вмешательства.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ АЛГОРИТМЕ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Калмурзаев Е.К., Утениязов А.Б., Тлеумуратов Б.Д., Медетбеков М.Н.

Каракалпакский филиал РНЦЭМП

Введение. Острый деструктивный панкреатит в настоящее время является одной из наиболее актуальных задач экстренной хирургии. Несмотря на достигнутые успехи в совершенствовании консервативной терапии и методов хирургического лечения, общая летальность при деструктивном панкреатите остается на высоком уровне от 21% до 85% (по данным разных 210 авторов). Задача диагностики и лечения острого панкреатита остается одной из актуальных в неотложной хирургии. Одной из наиболее частых находок, обнаруживаемых в брюшной полости при деструктивном панкреатите, является ферментативный перитонит. До настоящего времени нет единой точки зрения о тактике при его обнаружении, так как нередко происходит его рассасывание, но чаще инфицирование и нагноение, что значительно отягощает прогноз заболевания. Удаление жидкостных скоплений является важной задачей. Еще несколько десятилетий назад единственным вариантом являлась открытая дренирующая операция (лапаротомия). В настоящее время большинство хирургов считают ее опасной из-за возможного развития инфицированного панкреонекроза, приводящего к высокой летальности. С внедрением видеолапароскопии все больше авторов считают целесообразным проведение малоинвазивного дренирования с целью эвакуации экссудата. Вместе с тем нет достаточно четких представлений о эффективности данного воздействия, как местного, так и общего.

Материалы и методы. Основу исследования составили результаты лечения у 399 больных с острым панкреатитом за 2015–2019 гг., поступивших в отделение хирургии Каракалпакского филиала РНЦЭМП. Диагноз устанавливался на основании клинико-лабораторных данных и инструментальных методов исследования (УЗИ, КТ, лапароскопия – по показаниям). Все больные получали многокомпонентную консервативную терапию. Малоинвазивные вмешательства заключались в лапароскопическом дренировании брюшной полости, а также по показаниям в ряде случаев проводилось дренирование сальниковой сумки и холецистэктомия + наружное дренирование холедоха. Результаты и обсуждение. Из 399 больных – отечная форма острого панкреатита выявлена у 370 (92,7%), деструктивная у 29 (7,3%) пациентов.

При отечной форме, лапароскопии подвергнуто 2 пациента (0,54%). Лапаротомии – 1 (0,27%). Основными показаниями были: дифференциальная диагностика с экстренной хирургической патологией, наличие перитонеальных признаков, жидкость в брюшной полости по данным УЗИ и т.д.

У 29 больных выявлены признаки деструктивного панкреатита. Наиболее частой находкой являлся ферментативный перитонит. Количество жидкости в брюшной полости варьировало от небольшого до значительного во всех отделах брюшной полости. По характеру – от прозрачного до насыщенного геморрагического. Общая летальность составила – 27,5% (8 чел.). Первичные малоинвазивные вмешательства выполнены у 17 пациентов (58,6%). Операции проведены в течение первых трех суток с момента поступления. Из них, повторным операциям подвергнуты 5 (29,4%). При этом открытое (лапаротомное) дренирование выполнено у 2 (11,8%). Малоинвазивное – у 3 (17,6%). Летальность в данной группе – 2 (11,7%).

Число больных, которым произведена лапаротомия, в качестве первичной операции составило – 12 пациентов (41,4%). Вмешательства проводились в сроки от 6 часов с момента поступления до 3 суток. Некоторые пациенты подвергались неоднократным вмешательствам (от 1 до 4). Умерло 6 пациентов (50%). Таким образом, в группе пациентов, которым в качестве первичного вмешательства выполнена малоинвазивная операция, показатели летальности были значительно ниже (11,7%), чем у больных после первичной лапаротомии (50%).

Выводы. Малоинвазивное вмешательство в сочетании с консервативной терапией является оптимальным вариантом лечебной тактики при ферментативном перитоните.

РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Калмурзаев Е.К., Жуманова Р.О., Нысанбаев. А.К.

Каракалпакский филиал РНЦЭМП

В тезис приведена сравнительная оценка информативности методов диагностики внематочной беременности, результатов лечения 239 пациенток с прогрессирующей трубной беременностью, трубным абортом и разрывом маточной трубы при использовании лапароскопии (25 больных) и лапаротомии (214 больных).

Проблема выбора способа лечения внематочной беременности обусловлена распространенностью заболевания и внедрением современных медицинских технологий в хирургическую практику. Рост внематочной беременности связан с эпидемией воспалительных заболеваний половых органов, их длительным и рецидивирующим течением, с увеличением количества больных, подвергшихся ре-

конструктивным операциям на маточных трубах, с расширением использования вспомогательных репродуктивных технологий при бесплодии. Обоснованием применения малоинвазивной хирургии в лечении больных с внематочной беременностью является минимизировать операционную травму, сохранить органы половой системы, повысить репродуктивный потенциал, снизить материальные затраты на хирургическое лечение и послеоперационную медикаментозную терапию.

Целью исследования явилась оценка возможностей эндохирургического подхода в лечении больных с ВБ в неотложной гинекологической практике.

Методы. Проведено изучение 239 случаев хирургического лечения больных с внематочной беременностью, госпитализированных в отделении неотложной гинекологии Каракалпакского филиала РНЦЭМП. Возраст пациенток составил 25–35 лет. I группу составили 25 пациенток, подвергшихся хирургической лапароскопии, II – 214 пациенток, прооперированных путем лапаротомии. Прогрессирующая трубная беременность была выявлена у 10 (40% – 4,2%) пациенток I группы и 15 (7+6,3%) II, трубный аборт – у 8 (32+3,34%) и 75(35+31,4%), разрыв трубы – у 7 (28+2,93%) и 124 (58+52%) соответственно.

Для выявления патологии, кроме диагностической лапароскопии, при поступлении в стационар у больных использовали клинико-лабораторное обследование, экспресс-тест для качественного определения содержания в-субъединицы хориогонического гонадотропина (ХГ) в моче (156 случаев), ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза (239), пункция заднего свода (198). Хирургическое вмешательство методом лапароскопии выполняли с использованием аппаратуры и набора инструментов фирмы «KarlStorz» (Германия).

Обследование проводилось согласно указанной в протоколах клинической рекомендации по оказанию экстренной медицинской помощи.

Результаты. При использовании экспресс-теста на наличие в-субъединицы ХГ в моче положительный результат наблюдали у 100 % (156) пациенток I и II группы. При УЗИ органов малого таза признаки, характерные для ВБ (отсутствие плодного яйца в полости матки в сочетании с наличием свободной жидкости в малом тазу и/или образованием неоднородной эхо структуры в проекции придатков матки), выявили у 94% (225) больных I и II группы. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища оказалась положительной у 80% (158) больных. Локализация плодного яйца в ампулярном отделе маточной трубы имела место у 6 (24%) больных I группы и у 77 (36%) – II, в истмическом – у 11 (44%) и 72 (33,6%), в интерстициальном – у 8 (32%) и 65 (30,4%) соответственно. Вид лапароскопического вмешательства у пациенток I группы заключался в 25 случаях в удалении маточной трубы.

СПОСОБ ОЦЕНКИ ВЫРАЖЕННОСТИ СИНДРОМА КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Каримов Ш.И., Асраров А.А., Баймаков С.Р., Юнусов С.Ш.

Ташкентская медицинская академия, Ташкентский государственный стоматологический институт

Синдром кишечной недостаточности (СКН) является одной из ведущих причин смерти больных при острой кишечной непроходимости (ОКН). СКН в основном определяется в поздней стадии, когда инфекция и токсины, проникая через стенку кишечника, попадают в брюшину или в кровь. В ранней стадии его выявлению препятствуют многообразие и малая определенность клинической картины и этиологических причин, а также значительные индивидуальные различия реактивности организма, которая хорошо отражается при иммунологических, биохимических, цитологических и др. исследованиях, особенно, когда они выполняются комплексно.

Цель. Изучить эффективность способа определения выраженности СКН для определения тактики лечения у больных с ОКН.

Материалы и методы. Был проведен анализ результатов диагностики и лечения 113 больных (52 мужчин и 61 женщины) с СКН при ОКН на базе Многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии за период 2016–2020 гг. Возраст больных был от 18 до 83 лет. Острая спаечная кишечная непроходимость была у 57 больных, обтурационная кишечная непроходимость 44 (из них 37 опухолевой этиологии и 7 фитобезоары), в 9 случаях был заворот сигмовидной кишки и в 3 случаях наблюдалась инвагинационная кишечная непроходимость. В предоперационном периоде всем больным проводилась оценка выраженности признаков СКН по предложенному нами методу для определения тактики лечения больного – продолжать консервативно или выполнять экстренное оперативное лечение. Результаты исследования суммировали в баллах и при получении суммы меньше 12 проводили консервативное лечение с повторным исследованием и определением суммы баллов в динамике, при достижении суммы выше 12 проводили оперативное вмешательство. Результаты сравнивались с результатами лечения больных с традиционным методом определения тактики лечения больных с ОКН (клинические признаки, данные рентгенологических методов исследования).

Результаты. Выраженность признаков СКН при ОКН оценивалось в баллах на основе данных УЗИ, объективных и лабораторных исследований. Признаки, которые определялись на УЗИ следующие: диаметр тонкого кишечника (в 23 случаях до 4,9 см, в 31 случае до 7 см и в 15 случаях болеее 7 см, у

остальных больных петли тонкого кишечника не были расширены), толщина стенки тонкого кишечника (до 4 мм у 37 пациентов, до 6 мм у 21 пациента и более 6 мм у 7 пациентов), перистальтика кишечника (в 49 случаях отмечались пропульсивные движения включения в приводящих петлях, в 32 случаях маятникообразные движения и в 11 случаях перистальтика отсутствовала), дозированная компрессия датчиком в наиболее болезненной точке (в 26 случаях отмечалось несмещаемость неравномерно расширенных петель кишечника, в 32 случаях утолщение стенки кишки с сужением просвета в виде мишени, в 17 случаях акинетические движения петель кишечника), наличие выпота в брюшной полости (в 45 случаях жидкость в межпетлевом пространстве, в 32 случаях накопление жидкости в правом и левом боковом канале, в 17 случаях жидкость по всей брюшной полости). Данные лабораторных показателей ЛИИ (до 4 было у 58 пациентов, до 5,9 у 31 пациента, более 6 у 12 пациентов), индекс аутолиза – вкДНК (до 50 наблюдалось у 23 пациентов, до 150 у 39 пациентов, более 150 у 51 пациентов). В зависимости от отделяемого по назогастральному зонду за сутки – до 500 мл у 22 пациентов, до 1000 мл у 35 пацинетов, более 1000 мл у 58 пациентов. В соответствии с набранными баллами 76 пациентам ОКН была разрешена экстренным оперативным вмешательства, а 37 пациентам – разрешена консервативным путем.

Выводы. Определение степени выраженности СКН при ОКН различной этиологии в предоперационном периоде позволяет улучшить тактику лечения путем выбора продолжения консервативного метода или выполнения экстренной операции. Это позволило снизить количество послеоперационных осложнений с 25,5% (в группе с традиционной тактикой лечения) до 15,6% (в группе с предложенным способом определения тактики по выраженности СКН), а послеоперационную летальность – с 12,5% до 7,5%.

РОЛЬ И МЕСТО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Каримов Ш.И., Асраров А.А., Баймаков С.Р., Юнусов С.Ш.

Ташкентская медицинская академия, Ташкентский Государственный стоматологический институт

Образование спаечного процесса в послеоперационном периоде в абдоминальной хирургиии остается одной из актуальных проблем. Встречаемость составляет 70–93% больных. Такой высокий показатель сохраняется в связи с увеличением числа и объема оперативных вмешательств на органах брюшной полости. Острая спаечная кишечная непроходимость занимает ведущее место по отношению к другим формам кишечной непроходимости.

Цель. Улучшение результатов миниинвазивного лечения пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Многопрофильной клиники Ташкентской медциинской академии в отделении хирургии за период 2015–2020 гг. Количество больных составило 156 (74 мужчин и 82 женщины). Возраст пациентов составил от 19 до 78 лет. Средний возраст составил 36,2 года, в котором преобладали пациенты трудоспособного возраста. Среди всех больных, 61 больному был выполнен лапароскопический адгезиолизис в экстренном порядке. У остальных 95 пациентов острая спаечная кишечная непроходимость была разрешена консервативным путем, из которых в 9 случаях был выполнен лапароскопический адгезиолизис в плановом порядке.

Результаты. Всем больным, которым выполнена операция, проведена обзорная рентгенография органов брюшной полости, с выявлением вздутости петель тонкого кишечника, чаш Клойбера, наличия поперечной исчерченности, сглаженности складок. Также всем больным выполнено УЗИ для выявления акустических окон. Ценность УЗИ перед обзорной рентгенографией органов брюшной полости состоит в том, что возможно наиболее точное определение висцеро-париетальных сращений, оценка состояния моторной функции кишечника, наличие свободной жидкости в брюшной полости. Характерными признаками острой спаечной кишечной непроходимости на УЗИ является определения симптома внутрипросветного депонирования жидкости (выявлено у 46 пациентов), антиперистальтика (23 пациента), утолщение стенок тонкой кишки более чем на 6 мм (41 пациент). Сроки от начала заболевания до 6 часов было у 37 пациентов, от 6 до 12 часов у 16 пациентов и от 12 до 24 часов 8 пациентов. Причиной острой спаечной кишечной непроходимости в 17 случаях ущемление штрангом, в 11 случаях ущемление в окне брыжейки тонкой кишки, 12 случаях заворот кишечника вокруг спайки, 7 случаях ущемление фиксированным сальником, 9 случаях образование двустволки, 5 случаях ущемление стенки кишки спайками. Всем больным были проведены соответственно операции: рассечение штрангов, устранение ущемления, адгезиолизис, устранение и рассечение висцеро-париетальных и висцеро-висцеральных сращений. В 11 случаях была выполнена конверсия, в связи с массивным спаечными процессов в ходе рассечения которого отмечалось массивное кровотечение – 5 случаев, в связи с перфорацией кишечника в ходе адгезиолизиса и технических трудностей в восстановлении дефекта, 2 случая из-за ятрогенных повреждении целостности стенки кишечника. Летальных исходов не было. Послеоперационные

осложнения наблюдались в 13 случаях (7 случаев нагноение послеоперационной раны, в 2 случаях паралитическая кишечная непроходимость, в 4 случаях несостоятельность наложенных швов на дефекты стенки кишечника). Количество койко-дней у больных после лапароскопических операций составило 7±1,1 дня, после традиционных вмешательств 11±1,3 дня.

Выводы. Выполнение лапароскопических вмешательств при острой спаечной кишечной непроходимости является менее травматичным и позволяет более раннему восстановлению больных в послеопераицонном периоде, что способствует сокращению койко-дней (до 7,0+1,1). Лапроскопические вмешательства сокращают риск повторного массивного спайкообразования.

БАЧАДОН БЎШЛИҒИДАГИ ЁТ ТАНА – ЛИГАТУРАНИ АНИҚЛАШ ВА ОЛИБ ТАШЛАШДА ГИСТЕРОСКОПИЯНИ РОЛИ

Кузибоева М.М., Туранова Н.М., Юсупова Р.Т.

РШТЁИМ Фарғона филиали

Кириш. Гистероскопия кам инвазив эндоскопик текшириш ва даволаш усули бўлиб, бачадон бўшлиғини, эндометрийни, бачадон най бошланиш қисмини кўриш, текшириш ва даволаш имконини беради. Гистероскоп ёрдамида қуйидаги операцияларни бажариш мумкин: эндометрийдаги ва бачадон бўйнидаги полипларни олиш, ҳомила ва плацента қолдиқларини олиш, субмукоз миомаларни олиш, бачадон ичи битишмаларини кесиш, бачадон ичи ёт таналарни олиш, бачадон най интерстициал қисм окклюзияларини очиш, эндометрий гиперплазиясида эндометрий аблацияси, ички жинсий аъзолар аномалияларини аниқлаш ва даволаш. Кесар кесиш операцияси вақтида қон кетишининг олдини олиш мақсадида қон томирлар синтетик ип – лигатура билан боғланади. Агар шифокор жароҳатнинг биринчи қаторини зич чоклар билан тикса, вақт ўтиши билан у ерда яллиғланиш ривожланади, бу эса қорин пастида оғриқ, тана ҳароратини кўтарилиши, ҳайз циклини бузилиши, бепуштликка олиб келади.

Материаллар. «Биотест Медикл» хусусий клиникасида 2019 йилда жами 119 та бемор «Бачадон бўшлиғи лигатура»си ташхиси билан даволанган. Шундан 21–25 ёшдаги аёллар 25 та (21%), 26–30 ёшлилар 52 нафар (43,6%), 31–35 ёшлилар 31 нафар (26%), 36–40 ёшлилар 11 нафар (9,2%)ни ташкил этади. Бу беморлар асосан иккиламчи бепуштликка шикоят қилиб келишган. Шунингдек, айримлари сурункали бачадон яллиғланиш касаллигига, ҳайз цикли бузилишига ҳам шикоят қилишган. Беморларнинг ҳаммаси қуйидаги текширувлардан ўтказилган: ички жинсий органларни УЗИ текшируви, умумий қон, сийдик таҳлили, қин микрофлораси таҳлили, Гепатит В, С, ВИЧ инфекция, қон группаси, коагулограмма, қон биохимик анализи, ЭКГ.

Текширув натижалари. Бачадон бўшлиғи лигатурасини гистероскопик ташхислаш натижаси 98–100% ни ташкил қилади. Юқоридаги беморларни гистероскопик текширилганда бачадон бўшлиғида ҳар хил миқдорда лигатура аниқланган ва эндоскопик асбоблар ёрдамида олиб ташланган. Гистероскопик бачадон бўшлиғидан лигатура олиш операциясидан сўнг беморлар фақат бир кунга госпитализация қилинган. Операция ўтказган аёлларнинг 90% да операциядан сўнг ҳомиладорлик кузатилган, қолган 10% аёлларда бошқа сабаблар билан ҳомиладорлик кузатилмаган. Сурункали бачадон яллиғланиши касаллиги билан даволаниб юрган аёлларда рецидив кузатилмаган.

Хулоса:

1. Бачадон бўшлиғидаги лигатураларни гистероскопик усулда олиб ташлаш кам инвазив, кам травматик операция ҳисобланади.
2. Бачадон бўшлиғини визуал кўриш давомида лигатурани аниқлаш билан бир вақтда бачадон ичи бошқа патологияларини аниқлаш, бачадон най интерстициал қисми ҳолатини кўриш ва касаллик аниқланганда уларни ҳам даволаш амалга оширилади.
3. Бачадон бўшлиғи лигатурасини диагностикаси ва даволашда гистероскопик операция қисқа вақт давом этади (15–20 мин).
4. Операциядан кейин беморлар даволаниш муддати 2 маротаба қисқаради.

БАЧАДОНДАН ТАШҚАРИ ҲОМИЛАДОРЛИКНИ ЛАПАРОСКОПИК УСУЛДА ДАВОЛАШНИНГ АФЗАЛЛИКЛАРИ

Кузибоева М.М., Махмудов Н.И., Туранова Н.М.

РШТЁИМ Фарғона филиали

Кириш. Бачадондан ташқари ҳомиладорлик кейинги вақтларда энг актуал муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Энг кўп БТҲ 20–35 ёшларда учрайди. Барча гинекологик касалликлар ичида БТҲ 1–6% ни ташкил этади. Бу касалликнинг актуаллиги шундаки, у оналар ўлимига сабаб бўлади. Бу касалликдан сўнг 60–80% ҳолларда иккиламчи бепуштлик келиб чиқади, 20–30% ҳолларда қайта БТҲ учрайди. БТҲ ҳомилани жойлашган жойига қараб бачадон най ҳомиладорлиги, тухумдон ҳомиладорлиги, бачадон бўйни ҳомиладорлиги, рудиментар шох ҳомиладорлиги ва қорин бўшлиғи ҳомиладорлигига фарқланади.

Материаллар. РШТЁИМ Фарғона филиалида 2019 йилда жами 212 нафар беморлар БТҲ ташхиси билан даволанган. Шундан 18–24 ёшдаги аёллар 72 нафар, 25–34 ёшлилар 100 нафар, 35–40 ёшлилар 40 нафарни ташкил этган. БТҲ жойлашган жойига қараб най ҳомиладорлиги 197 нафар, ту-

хумдон ҳомиладорлиги 4 нафар, иккиламчи қорин бўшлиғи ҳомиладорлиги 9 нафар, рудиментар шох ҳомиладорлиги 2 нафар беморларда аниқланган.

Беморларнинг ҳаммаси стандарт бўйича текширувлардан ўтказилган, яъни УТТ текшируви, ХГТ ни мониторинг текшируви. Бу беморларнинг 80 нафарида бачадон найидаги ҳомила УТТ да аниқ юрак уриши билан аниқлаб берилган. Қолган беморларда УТТда бачадон ортиқлари соҳасида ҳосила ва қорин бўшлиғида эркин суюқлик аниқланган.

Текширув натижалари. Бачадондан ташқари ҳомиладорликни аниқлаш ва даволашда лапароскопия усулининг аҳамияти жуда катта. БТҲ ни лапароскопия усулида аниқ ташхислашда натижа 97–100% ни ташкил қилади. Юқоридаги беморларнинг 116 нафарида лапароскопик усулда, 96 нафарида лапаротомик усулда операция амалга оширилган. Лапароскопияга олинган беморларнинг ҳаммасида 100% БТҲ аниқланган ва 96% беморда сальпингэктомия операцияси, 4% беморда сальпингтомия операцияси бажарилган. Лапаротомия усулида фақат қорин бўшлиғига 500 мл. дан кўп қон кетган беморларда, қорин олд деворида катта чандиғи бор беморларда, рудиментар шох ҳомиладорлигида операция бажарилган.

Хулоса. Бачадондан ташқари ҳомиладорликни даволашда лапароскопия усулидан фойдаланиш операциядан кейин беморларни эрта реабилитацияси, операциядан сўнг қорин олд деворида катта чандиқ қолмаслиги, операциядан кейинги асоратларни жуда кам кузатилиши билан катта аҳамиятга эга.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Маматкулов А.Г., Махмудов Н.И., Усманов Б.С., Уринов Б.А.

Ферганский филиал РНЦЭМП

На сегодняшний день ТЭЛА становится третьей по частоте причиной смерти, уступая только сердечно-сосудистым заболеваниям и злокачественным новообразованиям. Этим объясняется значимость данной проблемы для практического здравоохранения. С другой стороны, мы столкнулись с ситуацией, когда многие врачи поздно диагностировали ТЭЛА, а в 50–80% случаев ТЭЛА не диагностируется вообще. Причина в том, что клинические признаки некоторых заболеваний перекрыты симптомами фоновой патологии (Подильничак М.Д. и Огновский В.К. 1990 г.). По данным Фрамингемского исследования (США) ТЭЛА составляет 15,6% от всей внутригоспитальной летальности, среди них на хирургических больных приходится 18%, а 82% – составляют больные с терапевтической патологией.

Источником тромба в большинстве случаев ТЭЛА служит тромбоз в системе нижней полой вены (83,6%), тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей и илео-кавального сегмента. В малом числе локализация венозного тромбоза отмечается в бассейне верхней полой вены, и реже формирование тромбов в полостях правого сердца.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургической профилактики тромбоэмболии легочной артерии путем совершенствования лечебно-диагностической тактики.

Факторами риска возникновения ТГВ и ТЭЛА являются пожилой и старческий возраст, гиподинамия, иммобилизация, хирургические операции, злокачественные новообразования, хроническая сердечная недостаточность, варикозное расширение вен ног, ТГВ, беременность и роды, травмы, ожирение, наследственные факторы. Обычно ТЭЛА возникает при флотирующих тромбах, которые свободно располагаются в просвете сосуда и имеют единственную точку фиксации в дистальном отделе.

Материалы и методы. В период с 2013–2019 гг. в отделении экстренной сосудистой хирургии и микрохирургии ФФРНЦЭМП лечение получили 1206 больных с ТГВНК. Из них мужчин 588 (48,8%), женщин – 618 (51,2%). Из них у 84 (6,9%) пациентов были обнаружены флотирующие эмболоопасные тромбы. Средний возраст составил 44 года.

Методы исследования больных. Тщательно собранный анамнез и проведенные физикальные обследования, лабораторно-инструментальные исследования, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, ЭхоКГ, ультразвуковая допплерография вен нижних конечностей и нижней полой вены.

В задачи лечения ТЭЛА входили: нормализация гемодинамики, восстановление проходимости легочных артерий, предотвращение рецидива заболевания. Существует 2 метода лечения и профилактики ТЭЛА: консервативный и хирургический.

Лечебные мероприятия при подозрении на ТЭЛА включали: соблюдение строгого постельного режима, возвышенное положение конечности, эластичное бинтование конечности, катетеризация вены, внутривенное болюсное введение 10 000 ЕД гепарина, ингаляция кислорода через носовой катетер, тромболитическая терапия, препараты, улучшающие реологию крови.

При наличии флотирующего тромбоза глубоких вен нижних конечностей и НПВ, а также эпизодах ТЭЛА выполнены следующие виды оперативных вмешательств: пликация поверхностной бедренной вены под устьем глубокой, лигирование поверхностной бедренной вены, тромбэктомия из общей бедренной вены с последующей пликацией, пликация нижней полой вены, клиппирование нижней полой вены и установление кава-фильтра нижней полой вены. Показаниями к имплантации кава-фильтра входит: эмболоопасное (флотирующие) тромбы в НПВ, подвздошных и бедренных ве-

нах, любая подтвержденная массивная, субмассивная острая ТЭЛА при наличии противопоказаний к антикоагулянтной терапии или с наличием кровотечения, рецидивирующая острая ТЭЛА, несмотря на антикоагулянтную терапию.

Профилактические мероприятия должны проводиться у больных с наличием следующих факторов риска развития флеботромбозов ног и ТЭЛА: возраст старше 40 лет, ожирение, выраженные проявления сердечной недостаточности, инфаркт миокарда, инсульт, оперативные вмешательства на органах брюшной полости, малого таза, грудной клетки и на нижних конечностях, ранее перенесенный ТГВ.

Все оперированные пациенты выписаны с улучшением. При своевременном лечении и хирургической профилактики летального исхода не зарегистрировано. Послеоперационные осложнения наблюдались – в 2 случаях: 1) образование тромба над кава-фильтром в нижней полой вене; 2) образование тромба над лигированной поверхностной бедренной вены. При выписке назначали: ношение компрессионного трикотажа, ранняя активизация больного, венотонизирующие препараты, непрямые антикоагулянты, раз в 3 месяца ультразвуковую допплерографию магистральных вен.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ВНЕДРЕНИЕ НАУЧНЫХ РАЗРАБОТОК В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

Маматов К.С.

Навоийский филиал РНЦЭМП

Современную медицину невозможно представить без малоинвазивной технологии. Бурно развивающаяся современная хирургия активно оснащается эндохирургическим оборудованием, отвечающим всем требованиям мировых стандартов. При применении высокотехнологичного эндохирургического оборудования в разы увеличивается диапазон диагностических возможностей, выбор тактики лечения, малотравматичность проводимых операций, уменьшение послеоперационных осложнений, ранней активации больных и уменьшении пребывания больных в стационаре.

В данной работе проанализированы сроки использования и доступность широко применяемых эндохирургических режущих инструментов. Из литературных данных и из практики известно, что основные режущие инструменты, применяемые в эндохирургии, это эндохирургические ножницы и высокочастотный электрический ток, которые в ходе практики могут привести к различным техническим трудностям и осложнениям. Эндохирургические ножницы через определенное время их применения и количества операций (примерно 500 применений) затупятся. Появляются большие трудности интракорпоральной резки мягких тканей и шовного материала. Точить их из-за малого размера и нежной конструкции невозможно. Инструмент становится непригодным к применению в краткий срок. Заменить их можно только новой дорогостоящей комплектацией, которые производятся за рубежом, и цена одних эндохирургических ножниц стоит в пределах 800 долларов США. Второй применяемый фактор для разъединения тканей – это высокочастотный электрический ток. Однако при резки анатомических структур, из-за высокой температуры часто приводит к ожогам тканей и различным осложнениям. Поэтому его применение резко ограничено.

Учитывая вышеизложенные проблемы, нередко касающиеся финансовой стороны, в Навоийском филиале РНЦЭМП разработали полезную модель «эндохирургический режущий инструмент (патент № FAP 01283, 21.02.2018 г. Узбекистан)» для использования резки анатомических структур и интракорпорального шовного материала.

Предлагаемая модель «эндохирургического режущего инструмента», состоящая из рукоятки в виде стержня, круглого сечения длиной 400 мм и диаметром 5 мм, позволяет успешно использовать в эндохирургии, в частности при лапароскопических и торакоскопических операциях.

Для предложенного инструмента могут быть использованы стандартные одноразовые стерильные хирургические лезвия, размером 11, 13, 15 и шириной не более 6 мм. Данная модель не требует специальной стерилизации, стерилизуется как общехирургические инструменты. Стерильность и острота режущей части инструмента ввиду его одноразового применения гарантирована и резко ограничивает распространение внутрибольничной инфекции. С экономической точки зрения обходится намного дешевле и доступнее во всех регионах. Единственно, что требует от хирурга при применении эндохирургического режущего инструмента, высокая бдительность и точность, во избежание повреждения соседних тканей острым концом лезвия.

В экстренном хирургическом отделении Навоийского филиала РНЦЭМП в период 2017–2019 годы выполнены 2899 экстренных эндохирургических операций. Из них в 2250 (77,6%) случаях использована данная разработанная модель. В том числе, лапароскопическая аппендэктомия 819 (28,2%), лапароскопическая холецистэктомия 1421 (49%), другие операции 10 (0,3%). Осложнений и технических трудностей не наблюдалось.

Таким образом, данную разработанную полезную модель можно успешно применять при различных эндохирургических операциях. «Эндохирургический режущий инструмент» может заменить эндохирургические ножницы в 90–95% случаях. Доступность во всех регионах республики способ-

ствует широкому их применению. Удобство и легкость применения данной модели уменьшает сроки выполнения различных эндохирургических манипуляций и облегчает работу хирурга. Кроме того, способствует уменьшению финансовых затрат в области медицины.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Мансуров А.Б., Хайдаров А.А., Абдуллаев Н.С.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Ранняя диагностика и своевременное удаление инородных тел из пищевода остаётся одной из серьёзных проблем хирургии детского возраста. Исход лечения во многих случаях зависит от своевременного обращения больных в стационар и правильной тактики обследования и эндоскопического удаления инородных тел из пищевода. Относительно длительное пребывание инородных тел в пищеводе может привести к различным осложнениям, непосредственно угрожающие здоровью больного.

Целью данного исследования является определить роль ранней диагностики больных детей с инородными телами пищевода.

Материалы и методы. За последние 3 года в отделении хирургии повреждения детского возраста Бухарского филиала РНЦЭМП с диагнозом: «Инородное тело пищевода» находились 18 детей в возрасте от 6 месяцев до 14 лет, из них мальчиков – 11 (61,1%), девочек – 7 (38,9%).

Результаты. При анализе характера проглоченных предметов, органические предметы составляли 8 (44%) случаев (семечка подсолнуха, арбуза, стебель пшеницы, лекарственные капсулы и т.п.), неорганические предметы составили 10 (56%) (части металлических и пластмассовых предметов, наконечники ручек, иголки от шприца и т.п.). Необходимо отметить, что наибольшее число наблюдавшихся больных было в возрасте от 1-го года до 4-х лет 14 (77,8%). Диагноз «Инородное тело пищевода» во всех случаях установлен в первые сутки от начала заболевания на основании жалоб больных и анамнеза. У этих детей в анамнезе имелось указание на проглатывание инородного тела, после которого появлялись гиперсаливация, у некоторых больных отмечалась рвота, жалобы на боли за грудиной. При объективном осмотре характерен симптом «гиперсаливации», затруднение проглатывания жидкости. Если инородное тело рентген негативное, тогда на снимке четко прослеживаются форма и место нахождения. В остальных 4 (22,2%) случаях диагноз «Инородное тело пищевода» установлен на основании жалоб, анамнеза и данных объективного обследования. При нахождении инородного тела в первом физиологическом сужении пищевода, инородные тела старались удалить с помощью ларингоскопии. А в других случаях приходилось удалять инородное тело сэзофагоскопом. Необходимо отметить, что при нахождении инородного тела в кардиальной части пищевода приходилось протолкнуть их в желудок. У этих больных инородное тело отходило естественным путем в течение последующих суток. После удаления инородного тела из пищевода все больные находились под наблюдением, в зависимости от общего и местного статуса получали комплекс интенсивной антибактериальной, противовоспалительной и симптоматической терапии, на фоне которого наблюдалось выздоровление больных.

Заключение. Таким образом, своевременное обращение больных в стационар, тщательный сбор анамнеза, правильное определение диагностической и лечебной тактики предотвращает развитие осложнений со стороны органов пищеварительного тракта и средостения.

ВЛИЯНИЕ КВАНТОВОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ НИТЕЙ ИЗ ВИКРИЛА И ПРОЛЕНА С МИНИИНВАЗИВНЫМИ РАНАМИ ТКАНЕЙ

Мардонов Ж.Н.

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

Появление и внедрение различных типов синтетического шовного материала во многом определили успехи современной хирургии.

В настоящее время существует достаточно большое количество разнообразных хирургических нитей различных фирм-производителей. Эта продукция пользуется неодинаковой популярностью у хирургов разных специализаций, что продиктовано рядом условий, предъявляемых к тому или иному типу шовного материала. И, в первую очередь, позволяет ли выбранный материал адекватно выполнить поставленные хирургические задачи в ближайшие и отдаленные сроки. Безусловно, на этот процесс влияет множество факторов. Однако физическая и химическая структура самой нити при этом играет ведущую роль.

Реакция тканей на синтетический или натуральный шовный материал и его интеграция в ткани реципиента изучены довольно хорошо. Однако достаточно объективно оценить трехмерную пространственную структуру нитей, их поверхность; взаимодействие друг с другом или с синтетическими или биологическими тканями позволяет морфологические исследования, в том числе сканирующую электронную микроскопию (СЭМ). Таких работ мы в доступной нам литературе не встретили. На самом деле, выявление и изучение достоинств и недостатков существующих хирургических нитей

является важным этапом при создании новых типов шовного материала.

Целью настоящего раздела работы явилось сравнительное изучение с помощью СЭМ пространственной структуры и микрорельефа поверхности шовного материала, наиболее часто используемого в хирургии, а именно викрила и пролена, а также их взаимодействия с биологическими тканями в процессе функционирования в эксперименте.

Материалы и методы. Изучалось заживление линейных ран кожи спины крыс, ушитых с помощью полифиламентных и монофиламентных викриловых нитей и монофиламентных проленовых нитей, и влияние на взаимодействие нитей с тканями ран их облучения инфракрасными лазерами «Матрикс-ВЛОК» и «МИЛТА» с использованием комплекса морфологических методик.

Для сканирующей электронной микроскопии (СЭМ) препараты исследовали в микроскопе JEOLJSM-6010LV. Нити изучались также в световом стереоскопическом микроскопе (МСП-1 ЛОМО).

Облучение проводили ежедневно по 3 мин. в течение 10 дней. Контрольная группа не подвергалась фотовоздействию. Раны изучали на 3-й, 5-й и 7-й день после нанесения.

Результаты. Сравнительное исследование моно- и полифиламентных нитей викрила с помощью СЭМ показало, что последние отличаются довольно рыхлым расположением филамент, особенно значительными пространствами между их пучками. Использование стереоскопического микроскопа (МСП-1 ЛОМО). Для изучения структуры нитей и игл метод также даёт существенную информацию, позволяет оценить структуру нити и иглу. Он позволяет также оценить их относительные размеры. Этот метод, помимо информативности, отличает отсутствие необходимости использования дорогостоящей электронной микроскопии.

Монофиламентные проленовые и викриловые нити характеризуются более гладкой поверхностью. Изучение как викриловых, так и проленовых нитей и игл с помощью СЭМ и световой микроскопии показало, что относительный диаметр игл и самих нитей существенно различаются. Поперечник игл в 2,5–3 раза больше поперечника нитей, что способствует увеличению размеров «прокольного» (по Пирогову) канала. Это во многом обусловливает наличие «бесструктурных» зон в ложе нити. Особенно это ярко проявляется в ранние сроки раневого процесса. Положительное воздействие лазерного облучения на экспериментальные раны сильнее выражено в более отдалённые сроки наблюдения. Это проявляется в существеннном снижении воспалительной инфильтрации и отёка тканей.

Заключение. Взаимодействия тканей ран с моно- и полифиламетными нитями викрила и мононитями пролена существенно отличается. Мононити вызывают меньшие воспалительные изменения тканей ран. Наличие «бесструктурных зон вокруг нитей обусловлены несоответствием поперечника и игл, и нитей. Действие НИЛИ на раны, ушитые нитями викрила и пролена, морфологически проявляется в снижении воспалительных реакций, в том числе и обусловленных контактом нитей с биотканями. Это приводит к ускорению заживления экспериментальных ран. Учитывая высокую проникающую способность НИЛИ инфракрасного диапазона (до 15 см), этот вид фотовоздействия целесообразно применять и в миниинвазивной хирургии.

ТУЗИЛИШ СТРУКТУРАСИ БЎЙИЧА ФАРҚЛАНУВЧИ МОНО- ВА ПОЛИФИЛАМЕНТ КАПРОН ЖАРРОҲЛИК ИПЛАРИНИНГ МИНИИНВАЗИВ ТЕРИ ЖАРОҲАТЛАРДАГИ ТЎҚИМА БИЛАН ЎЗАРО ТАЪСИРЛАШУВИДАГИ ЎЗГАРИШЛАРГА ЛАЗЕР ВА ЁРУҒЛИК ДИОДЛИ НУРЛАНТИРИШЛАРНИНГ ТАЪСИРИ

Мардонов Ж.Н.

Академик В. Воҳидов номидаги республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази

Амалиётда деярли ҳар қандай тикув материали биотўқималарда яллиғланишли жавоб реакциясини чақирувчи ёт жисм ҳисобланади. Маълумки, паст интенсив лазер нурлантиришлар (ПИЛН) ва ёруғлик диодли (LED) нурлантиришлар яллиғланиш реакциялари жадаллигини камайтириш ва репаратив жараёнларни тезлаштириш хусусиятларига эгадир. Аммо, кенг қўлланиладиган кимёвий таркиби бир хил, лекин тузилиш структураси бўйича фарқланувчи моно- ва поли-(мульти-) филамент тикув материалларининг таъсирида жароҳат тўқималарида бўладиган ўзгаришларга ПИЛН ва LED таъсири қиёсий ўрганилмаганлиги қуйидаги ишнинг мақсадини белгилади.

Ишнинг мақсади. Биологик тўқималар миниинвазив жароҳатнинг кимёвий таркиби бўйича бир хил, лекин тузилиш структураси турлича бўлган моно- ва поли-(мульти-)филамент жарроҳлик ипларини капрон жарроҳлик ипи мисолида ўзаро таъсирлашувида ҳамда жароҳат битишида ПИЛН ва LED ни уларга кўрсатадиган таъсирини қиёсий ўрганиш.

Материаллар ва методлар. Каламушлар елка терисида ҳосил қилинган ва моно- ва поли- (мульти-) филамент капрон иплари билан тикилган чизиқли миниинвазив жароҳатларнинг битишига, инфрақизил лазерлар («Матрикс-ВЛОК», «Милта») ҳамда ёруғлик диодли (LED матрицали кўк ва инфрақизил) нурлатгич («Барва-Флекс/СИК») билан нурлантириш аҳамияти комплекс морфологик усуллар ёрдамида ўрганилди. Нурлатиш ҳар куни 3 дақиқадан 10 кун мобайнида амалга оширилди. Назорат гуруҳи ҳайвонларида фототаъсир ўтказилмади. Тери жароҳатларининг микроцир-

куляцияси «ЛАКК-01» ва «АЛТ-Восток ЛДФ-01» қурилмалари ёрдамида баҳоланди. Экспериментал яралар, уларнинг ҳосил қилинишидан бошлаб 3, 7, 10, 15 ва 30 кун ўтган муддатларда ўрганилди.

Натижалар. СЭМ (сканерловчи электрон микроскоп) ёрдамида моно- ва полифиламент капрон ипларини ўрганиш шуни кўрсатдики, уларнинг сиртида турли камчиликлар тез-тез учрайди. Унинг тери тўқималари билан таъсири оқибатида юзага келадиган ўзгаришлар морфологиясини кузатиш шуни маълум қилдики, тўқималарда жиддий яллиғланиш реакцияси жуда эрта босқичларида, айниқса полифиламентли капрон иплари мавжуд жароҳатларда пайдо бўлади. Бу ўзгаришлар нуқсонлар бор жойларда, толалар юзасида фибрин қопламаларининг пайдо бўлиши, тўқима шиши ва жароҳат атрофидаги терида бўладиган полиморф ҳужайрали инфильтрация кўринишида намоён бўлди. Монофиламент капрон ипларда бу ўзгаришлар кам учради. Яллиғланишли ўзгаришлар кўпинча иплар атрофида, «кирувчи канал» атрофида кузатилиб, бириктирувчи тўқима ўсган зоналар пайдо бўлиши, полиморф ҳужайрали инфильтрация шаклида намоён бўлади. ПИЛН ва LED ни 2–3 сеансларидан сўнг яллиғланиш белгиларини сезиларли камайишига олиб келди. Бу, шунингдек, микроциркуляция жадаллашувидан дарак берувчи томирларнинг структур ўзгаришлари билан намоён бўлиб, буни лазер допплер флоуметрияси (ЛДФ) ёрдамида бажариладиган функционал тадқиқотлар ҳам тасдиқлади. Фототерапия курслари яралар битишини сезиларли жадалланишига олиб келади. ПИЛН ва LED нурлатгичнинг кўк ва инфрақизил нур таратувчи («Барва-Флекс/СИК») матрицаси, жиҳатлари қиёс қилинганида, улар ўзаро ўхшаш таъсирга эга эканлиги маълум бўлди.

Хулоса. Монофиламент капронли иплар полифиламентлиларга қараганда тўқимада кам яллиғланиш чақиради ва асоратланади. Ёруғлик диодли (LED) ва лазер нурлари тўқималарда капрон иплари билан ўзаро таъсирлашувидан келиб чиқадиган тери яралардаги яллиғланиш реакциясини камайтириш, микроциркуляцияни жадаллаштириши натижасида яра битишини тезлаштиришга олиб келади.

РОЛЬ ЭКСТРЕННОЙ ЭНДОСКОПИИ ПРИ ОСТРОМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Махмудов А.Х., Мухтаров Х.А., Райимов Б.С., Самиев М.Б.

Термезский филиал ТМА, Шурчинский субфилиал РНЦЭМП, Братская городская больница, Иркутск, Россия

Экстренная гастродуоденоскопия за последние 3 года нами проведена у 110 больных язвенной болезнью, осложненной острым желудочно-кишечным кровотечением. У 70 (63,6%) причиной кровотечения была язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК), у 38 (34,5%) – была язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) и у 2 (1,8%) пептическая язва анастомоза.

При обследовании больных с дуоденальной локализацией язвенного субстрата язвы передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки (ДПК) была выявлена у 30 (27,2%). Язва задней стенки луковицы ДПК обнаружена у 35 (31,8%) больных. Постбульбарные и «низкие» язвы обнаружены у 5 (4,5%) больных. При локализации кровоточащей язвы в желудке у 12 больных она находилась на малой кривизне, у 25 в антральном отделе желудка и у 1 в кардиальном. Эндоскопические признаки гастродуоденального кровотечения оценивали по классификации Фореста.

По нашему опыту, признаками устойчивого гемостаза следует считать отсутствие свежей крови в полости желудка или в просвете ДПК, наличие плотно фиксированного тромба белого цвета, отсутствие видимой пульсации сосудов в области источника кровотечения.

К эндоскопическим признакам неустойчивого гемостаза относили: наличие свежей крови со сгустками в полости желудка или ДПК, наличие в язвенном кратере пульсирующего сосуда, в просвете которого виден тромб красного или желто-коричневого цвета, а также наличие язвы с черным дном, прикрытым сгустками крови. Оценки характера содержимого в полости желудка (жидкая кровь, сгустки, гематин) позволяли косвенно судить о времени, прошедшем от начала кровотечения. Из 80 (72,7%) больных, отнесенных к группе пациентов с признаками устойчивого гемостаза, только у трех развился рецидив кровотечения, что составило расхождение между эндоскопическими признаками устойчивого гемостаза и окончательным исходом. У 20 больных одновременно с эндоскопическим установлением источника кровотечения производили гемостатические воздействия при продолжающемся кровотечении. В результате у 36 был достигнут временный гемостаз: путем субсерозной инъекции медикаментозных средств (Сангера или Триним по 5 мл) и орошения раствором 5% аминокапроновой кислоты.

Важное значение имеют повторные эндоскопические исследования. Если через 12–24 ч после эндоскопического гемостаза на дне язвы обнаруживаются красные тромбы или сгустки, это свидетельствует о высокой вероятности возникновения повторного кровотечения, если же дно язвы покрыто черными сгустками или тромбами, рецидив кровотечения маловероятен.

В ходе наблюдения на фоне рецидивного кровотечения оперировано 25 больных: произведены резекции желудка по Бильрот-1 с модификацией по Л.Г. Хачиеву (6), резекции желудка по Бильрот-2

с наложением ГЭА на длинной петле с Браунским соустьем (4). Пилоропластика с иссечением язвы по Джадде, Гейнека-Микуличу (12), ушивание кровоточащей язвы задней стенки ДПК (3). Всем больным проведена инфузионная терапия (включая аминол, инфезол, контролок, кваматель,) переливания эритроцитарной массы, СЗП, гемостатики (транексомовая кислота по 10 мл×2 раза в сутки) и др. Умерших не было.

Широкое внедрение экстренной эндоскопии при желудочно-кишечных кровотечениях язвенной этиологии позволяет оптимизировать хирургическую тактику при них и улучшить результаты лечения данной категории больных.

ЭРХПГ И ЭПСТ ПРИ СИНДРОМЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Махмудов Н.И., Тухтакулов А.Ю., Сирожитдинов У.К., Мирзакаримов А.Н.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Желтуха является одним из главных симптомов различных заболеваний печени и желчевыводящих протоков. Своевременное определение генеза желтухи способствует правильному решению ряда вопросов, связанных прежде всего с лечебной тактикой, выбором метода оперативного вмешательства. Улучшение результатов хирургического лечения возможно при своевременной диагностике и выборе оптимального способа оперативного вмешательства в каждой конкретной ситуации.

С 2017 г. по 2019 г. мы с целью установления генеза желтухи у 197 больных проводили комбинированную эндоскопию с рентгенконтрастным исследованием желчных путей (эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография) ЭРХПГ. Возраст больных от 21 до 70 лет. Из них мужчин – 61 (31%), женщин – 136 (69%).

В результате ЭРПХГ у больных выявлены следующие причины механической желтухи: конкременты общего желчного протока – 87 (44,2%), стриктура терминального отдела общего желчного протока – 4 (2%), рак вороты печени – 9 (4,6%), рак желчного пузыря – 3 (1,52%), рак фатерова соска – 4 (4,6%), состояние после холецистэктомии, холедохолитиаз – 19 (9,6%), синдром Мирризи – 2 (1,1%), паппилит – 8 (4,06%), облетерирующий холангит – 1 (0,5%).

Всего произведена ЭПСТ (эндоскопическая папиллоспинктротомия) у 164 больных. Наш небольшой опыт показывает, что ЭПСС является высокоэффективным методом лечения холедохолитиаза. Абсолютных противопоказаний к ЭПСТ мы не ставили, за исключением редких случаев, когда стриктура терминального отдела холедоха распространяется более 3-х см в вышеинтермуальной части общего желчного протока.

Хорошие результаты получены у 154 больных и определялись главным образом адекватным рассечением БДС, для создания условий отхождения всех конкрементов.

Однако одним из недостатков ЭПСТ является рефлюкс дуоденального содержимого в желчные и панкреатические протоки с последующим развитием холангита и панкреатита. Острый декструктивный панкреатит в нашем случае развился у 3 (1,8%) больных после ЭПСТ и завершился лапаротомией, санацией, дренированием сальниковой сумки и брюшной полости с холецистостомией. Исход – выздоровление. У 11 (6,7%) больных наблюдались явления холангита и клиника острого отека поджелудочной железы, которые купированы назначением консервативных мероприятий: ингибиторов протеаз, спазмолитиков, антибиотиков и дезинтокциокационной терапией.

Выводы. Несомненные преимущества ЭПСТ, позволяющие использовать ее у наиболее тяжелых больных, особенно пожилого возраста, и хорошие при этом ближайшие результаты указывают на целесообразность применения этой операции у каждого больного с холедохолитиазом, стриктурой БДС, осложненных механической желтухой. ЭПСТ является наиболее легким и быстрым способом восстановления проходимости терминального отдела холедоха в экстренной хирургии острого холецистита, осложненного механической желтухой.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ТРАНЗИТИРУЮЩЕЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Машрапов О.А., Абдурахманов А.А., Обейд М.А., Муминов Ш.М., Рахимов Н.М., Абдухалимов И.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Тромбы магистральных вен нижних конечностей являются основной причиной тромбоэмболии легочных артерий (ТЭЛА). Тромбоэмболия легочной артерии регистрируется в 2–15% вскрытий. Летальность от ТЭЛА превышает таковую от инфаркта миокарда. Смертность при тромбоэмболии легочных артерий достигает 30%, однако адекватная тактика ведения пациента с точной диагностикой и своевременным назначением оптимального лечения позволяет снизить этот показатель до 2–8% (Bergqvist D. et al.). Плавающие тромбы, находящиеся в пути от ног до легочных артерий, представляют собой тяжелую форму венозной тромбоэмболии с высокой ранней смертностью. Развитие экстракорпоральных технологий и кардиохирургических методик сделали возможным и безопасным выполнение операций в условиях полной остановки кровообращения. Это является одним из условий радикального хирургического лечения в результате

развивающейся транзитирующей тромбоэмболии легочной артерии.

Цель. Анализ хирургического лечения и профилактики транзитирующей тромбоэмболии легочной артерии.

Материал и методы. За период с 2016 по 2021 годы в РНЦЭМП оперировано 12 пациентов с транзитирующей тромбоэмболией легочной артерии. Все пациенты были женского пола. Средний возраст больных составил 56,2±3,4 года. Все больные поступили к нам на раннем этапе с тромбозами глубоких вен, в основном после удаления миомы матки и не адекватной гормонотерапии. У всех больных при обследовании ЦДС нижней конечности отмечались гипоэхогенные рыхлые тромбы, а на ЭХОКГ были визуализированы флотирующие тромбы правого предсердия. В комплекс профилактики ТЭЛА входили: динамическая оценка эмболоопасности тромба, адекватная антикоагулянтная терапия для предотвращения пролонгации тромбоза, тромбэктомия из правого предсердия и каваклипирование нижней полой вены. Все операции проводились в условиях искусственного кровообращения стернотомным доступом. После подключения аппарата ИК как правило, операция заканчивалась тромбоэмболэктомией из правого предсердия, далее следующим этапом через ретроперитонеальный доступ производили каваклипирование нижней полой вены (использовали оригинальную клипсу).

Результаты. На госпитальном этапе летальных исходов не было. В отдаленном периоде 18 месяцев летальность также не отмечалась. У 2 больных развился синдром нижней полой вены. У 6 больных в отдаленном периоде диагностирован посттромбофлебитический синдром.

Выводы. Тромбоэмболэктомия из правого предсердия и каваклипирование нижней полой вены позволяет предотвратить массивную ТЭЛА и продлевает жизнь пациента, но может усугубить развитие и течение хронической венозной недостаточности.

КЎКРАК ҚАФАСИ ГИРДОБСИМОН ДЕФОРМАЦИЯСИ БИЛАН ОҒРИГАН БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАРНИ КАМ ИНВАЗИВ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШ

Мирдадаев Ж.Ф.

Республика болалар ортопедия маркази

Кўкрак қафаси туғма нуқсонлари билан касалланган беморлар аҳоли орасида 1–4% учрайди. Улардан 90 фоизини кўкрак қафаси гирдобсимон деформацияси ташкил қилади. Кўкрак қафаси гирдобсимон деформацияси билан оғриган беморларни илк бор жарроҳлик усулида даволаш 1911 йилдан бошланган. Ҳозирги кунга келиб мазкур касалликни даволашнинг 100 дан ортиқ жарроҳлик усули ва унинг модификациялари мавжуд. Охирги ўн беш йилликда кўкрак қафаси гирдобсимон деформациясини жарроҳлик усулида даволаш тубдан ўзгарган. Буларнинг барчаси ички аъзолар функциясини тиклаш, кам инвазив ва косметик нуқсонни бартараф қилишга қаратилган. Шунга қарамасдан, кўкрак қафаси гирдобсимон деформациясини жарроҳлик усулида даволаш камчилик ва асоратлардан холи эмас. Кўкрак қафаси гирдобсимон деформацияси билан касалланган беморларда жарроҳлик тактикасини танлаш, самарали натижаларга эришиш ва асоратларни олдини олиш катта аҳамият касб этади.

Тадқиқот мақсади. Болалар ва ўсмирларда кўкрак қафаси гирдобсимон деформациясининг турли типларида жарроҳлик тактикасини танлаш ва натижаларни чуқур таҳлил қилиш.

Тадқиқот материали ва услуби. Республика болалар ортопедия марказида 2019 йилдан бошлаб 29 та беморда кам инвазив Дональд Насс ва унинг модификацияланган услубида жарроҳлик амалиёти ўтказилди. Улардан 22 таси ўғил болалар, 7 таси қиз болалар. Беморларнинг 2 тасида деформация чуқурлиги ва чуқурлик узунлиги (Grand canyon тип) сабабли 2 дона Дональд Насс пластина, 12 та беморда деформация асимметрик бўлганлиги сабабли асимметрик шаклда эгилган 1 дона Дональд Насс пластинаси ва қолган 15 та беморда кам инвазив, одатий яримой шаклда эгилган 1 дона пластина билан Дональд Насс жарроҳлик амалиёти ўтказилди. Барча беморлар жарроҳлик амалиётидан аввал клиник ва инструментал текширувлар антропометрия, генетик консультацияси, электрокардиограмма, эхокардиограмма, спирометрия, МСКТ, рентгенография текширувларидан ўтказилди. Жарроҳлик амалиёти ўтказилган беморлардан 3 тасида пневмоторакс кузатилди, 1 та беморда жарроҳлик амалиёти ўтказилгандан сўнг 19 кун ўтгач ортопедик тартибга риоя қилмаганлиги ва ётоғидан йиқилиб тушганлиги сабабли кўкрак қафасидаги оғриққа шикоят қилиб келган. МСКТ текшируви ўтказилганида пластина ярим айланиши ҳолатида турганлиги кузатилди. Беморда қайта жарроҳлик амалиёти ўтказилиб, пластина бирламчи ҳолатига келтирилиб, 6–7-қовурғаларга фиксация қилинди. Барча беморларда жарроҳлик амалиётидан сўнг клиник ва функционал текширувлар ўтказилиб, беморларда жарроҳлик муолажасидан кейинги яқин ва узоқ натижаларни қайд қилиш мақсадида мониторинг кузатувига олинди. Тадқиқот натижаларида беморларнинг барчасида косметик нуқсон йўқлиги функционал текширув натижаларининг ижобийлигини кўрсатди.

Хулоса. Кўкрак қафаси гирдобсимон деформацияси билан касалланган беморларда амалга оширилган кам инвазив Дональд Насс усулидаги жарроҳлик амалиётимиз ўзининг кам инвазивлиги, жарроҳлик амалиётида кам вақт сарф қилинганлиги, кам қон йўқотилиши, стационар шароитда ётиб даволаниш кунининг камлиги, деформацияни коррекция

қилиш учун қўйилган пластинанинг ташқи муҳит билан алоқада бўлмасдан, бемор учун қулайлиги билан бошқа торакопластика амалиётларидан фарқли ўлароқ самарали ва ижобий натижаларга эришиш имкониятини яратади.

ОШҚОЗОН ВА 12 БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА ПЕРФОРАЦИЯСИНИ ЛАПАРОСКОП УСУЛДА ДАВОЛАШ

Саидов И.К., Хамроев Б.С., Тураев У.Р., Муродов Т.Р., Абдурахманов Ш.М.

РШТЁИМ Бухоро филиали

Ишнинг долзарблиги. Ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра перфорацияси оқибатида ҳар йили бутун дунёда 250 минг бемор ҳаётдан кўз юмади. Мазкур касаллик туфайли хирургик аралашувдан кейинги ўлим кўрсаткичи 3,16%–4,1% (асоратлар 6,3%)ни ташкил қилади. Юқоридаги кўрсаткичлар хирургияда бундай касалликнинг нақадар актуал муаммо эканлигидан далолат беради.

Ишнинг мақсади. Ошқозон ва 12 бармоқли ичак перфорацияси диагностикаси ва операцияда кам инвазив лапароскопик усулларни қўллаб, унинг самарадорлигини аниқлаш.

Материал ва услублар. РШТЁИМ Бухоро филиали хирургия бўлимларида 5 йил мобайнида (2015–2019) ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра касаллиги асорати бўлмиш ярани тешилиши билан 130 бемор даволанган. Шулардан аёллар 27 та (20,7%), эркаклар 103 та (79,3%)ни ташкил этади. Беморларнинг ўртача ёши 33,9. Ўртача касалхонагача даври 13,5 соатни, касалхонага ётган куни 5,8 койка/куни ни ташкил қилади. 130 бемордан 28 бемор (21,5%)да ошқозон ярасини тешилиши, 102 бемор (78,5%)да 12 бармоқли ичак ярасини тешилиши кузатилган. Беморларнинг 87% да яра ва уни тешилиши, 7,2% да 12 бармоқли ичакнинг олдинги деворида ярани тешиб ёпилиши учраган.

Ярани атипик тешилиши: қорин парда орқа деворига 2 та ҳолат, кичик чарвига 3 ҳолатда, чарви халтасига 2 та ҳолатда – ҳаммаси бўлиб 7 та атипик ҳолатлар кузатилган, бу эса 5,3% ни ташкил қилади. 58% беморларда асоратлар баҳор ва куз фаслида кузатилганлиги – даврий характерда эканлигини билдиради. Беморларнинг 92 таси (70,7%) 6 соатгача бўлган даврда операция қилинган. 25 бемор (19,2%) 12 соатгача ва 12 соатдан кеч 35 бемор (26,9%) операция қилинган. 57 беморда (43,8%) тешилган ярани тикиш стволли ваготомия, Жад-Хорсли усули билан пилоропластика 18 (13,8%), Опель-Поликарпов усули билан 20 беморда (15,3%), ярани кесиб ташлаш ва селектив проксимал ваготомия билан 8 беморда (6,1%), операция бажарилган 6 беморда эса бирламчи ошқозон резекцияси билан (4,6%), 21 беморда (16,1%) кам инвазивли лапароскопик йўл билан операция қилинган.

Эндоскопик операциялардан кейин бу беморларда ўртача касалхонада ётиш 4,2 кунни ташкил қилган бўлса, анъанавий йўл билан қилинган операциялар эса 5,8 кунни ташкил қилади.

Ҳамма беморлар даво муолажалари давомида протон помпа ингибиторлари, Н2 блокаторлари, антиацид препаратлари, хеликобактерларга қарши препаратлар олганлар. Шунингдек, 28 беморда (21,5%) тарқалган перитонит ҳолатларда, ичаклар чуқур фалаж ҳолатларида, юқори интоксикация ҳолатларида, ошқозон-ичак трактини эбот зондлари билан зондланиб, операциядан кейинги илк даврларда, эрта энтерал овқатлантириш эса беморларда ичак ҳаракатини эрта бошланиши, шу билан бирга беморларда эндоген интоксикацияни камайтиришга эришилади.

Юқоридаги даво муолажаларига қарамасдан, операциядан кейинги ўлим 4 та беморда кузатилди. Бу эса 3% ни ташкил қилади. Иккита беморда қанд касаллиги фонида тарқалган йирингли перитонитнинг ривожланиши ва давом этишидан, иккита беморда эса кучайиб борувчи ПОН ва юрак етишмовчилиги (миокард инфакти) сабабли ўлим кузатилган.

Хулоса. Кам инвазив лапароскопик текшириш ва операцияларни йўлга қўйиш ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра перфорациясида самарали усул бўлиб, беморлар ўртача ётиш кунларини қисқартириб, беморларни тез критик ҳолатлардан чиқаришга олиб келади.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВИДЕОАССИСТИРОВАННОГО РЕТРОПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДЕБРИДМЕНТА И КЛАССИЧЕСКОГО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДЕБРИДМЕНТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

Муслимов Г.Ф., Алиева Г.Р., Бехбудов В.В.

Научный центр хирургии имени акад. М.А. Топчибашева, Баку, Азербайджан

Введение. Острый панкреатит представляет собой спектр заболеваний, начиная от легкого, самоограничивающегося течения, требующего лишь кратковременной госпитализации, до быстро прогрессирующего, молниеносного заболевания, приводящего к синдрому полиорганной дисфункции с сопутствующим сепсисом или без него.

Целью данного исследования было сравнение лапароскопического ретроперитонельного дебридмента (VARD) с дренированием и классического лапароскопического дебридмента и дренирования (ЛДД) при остром панкреатите тяжелой степени, а также сравнительная оценкалечебной эффективности, показаний и времени проведения каждого метода у данной группы пациентов.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный и перспективный анализ 40 пациентов (13 мужчин и 27 женщин) с острым панкреатитом

тяжелой степени, находящихся на стационарном лечении с 2010 по октябрь 2020 года в Научном центре хирургии имени академика М.А. Топчибашева и Герман Госпитале г. Баку, Азербайджан. Из них 28 пациентов в группе ЛДД и 12 пациентов в группе VARD. В исследуемые показатели включали пол, возраст, индекс тяжести КТ, оценку по Ranson, оценку по APACHE II, продолжительности операции, до и послеоперационные осложнения, время пребывания в стационаре, длительность трубконосительства, необходимость в повторной санации, смертность, а также сравнение септических показателей до операции и через 48 часов после операции.

Результаты. Между группой ЛДД и группой VARD была значительная разница в продолжительности операции (80±10 против 25±15 минут; p<0,005), и среднем длительности трубконосительства [10,3 (2–21) против 19,3 (5–80) дней; p<0,005]. Более значительное улучшение температуры тела и количества лейкоцитов наблюдалось у пациентов группы VARD. Смертных случаев в группе ЛДД было два (2/28), в группе VARD один (1/12). Необходимости в повторной санации в группе ЛДД было больше (6/28), чем в группе VARD (2/12). У 9 пациентов (9/28) в группе ЛДД были послеоперационные осложнения, кишечный свищ (*n*=1), забрюшинное кровоизлияние (*n*=2), инфицирование разреза (*n*=7), наружный свищ поджелудочной железы (*n*=4). В группе VARD были 2 случая инфицирования разреза и у 2 пациентов был выявлен наружный свищ поджелудочной железы. Относительно длительности пребывания в стационаре в исследуемых группах не было статистически достоверной разницы: в группе ЛДД – 5 дней, а группе VARD – 6 дней (p>0,01). Нормализация септических показателей через 48 часов в группе VARD была лучше, чем в группе ЛДД.

Выводы. Минимально-инвазивные техники дают новую надежду в лечении острого некротического панкреатита. VARD, как минимально инвазивная операция, технически легко осуществима, безопасна и эффективна при лечении инфицированного забрюшинного генерализованного некроза у пациентов с острым панкреатитом тяжелой степени.

LAPAROSCOPIC SURGERY VERSUS OPEN COLON RESECTION IN PATIENTS WITH ACUTE PERFORETED DIVERTICULITIS

Muslimov G., Aliyeva G., Imanova N., Behbudov V., Aliyev F., Jafarov H., Hasanova G., Guliyeva A., Aliyeva K., Abbasova X.

Scisentific center of surgery named M. Topchubashov Baku, Azerbaijan

Problem. Acute diverticulitis is a third most common gastrointestinal illness that requires hospitalization and the leading indication for elective colon resection. Management of the acute diverticulitis are constantly evolving. In past decade have been developed new recommendations for the medical and surgical treatment of acute diverticulitis. Nowadays uncomplicated acute diverticulitis can often be treated successfully with antibiotics alone. Surgical intervention indicatedonly in patients with complications such as perforation, peritonitis, and abscess. Recent developments and use of minimally invasive technologies in surgery allowed todevelop new treatment strategies; surgery is now less invasive, percutaneous drainage is preferred, laparoscopic peritoneal lavage without associated resection and colostomy may treat perforated diverticulitis with less morbidity than open resection procedures.

Aim of the study. In this study, we aimed to compare the outcomes from laparoscopic approach with or without colon resection, open surgery with colon resection and percutaneous abscess drainage for perforated diverticulitis.

Materials and methods. In this study were included 45 patients with suspected perforated diverticulitis and clinical indication for emergency surgery, treated from September 2010 to September 2020. Indicationsfor emergency surgery were based on clinical signs and results of abdominal ultrasonography, computed tomography scan (colonic perforation, free air, local or diffuse peritonitis, abscess) and septic laboratory tests. 55 patients not requiring surgery were excluded from this study.

22 patients underwentlaparoscopic peritoneal lavage and drainage (in 9 patients with fecal peritonitis colon resection was conducted), 15 patients underwentopen colon resection with colostomy (Hartmann's procedure). In other 8 patients with a localized abscess ultrasonography and computed tomography-guided percutaneous drainagewas conducted. Comparative outcomes included intra – and postoperative complications, mortality, reoperations, length of operating time, length of postoperative hospital stay and quality of life within 90 days.

Results. The length of operating time and hospital stay was significantly shorter in the drainage and laparoscopic groups than in open surgery group (p<0,01). Postoperative resultswere observed in 18 of 22 patients (81,8%) in the laparoscopic group, in 7 of 8 patients (87,5%) and 11 of 15 patients (73,3%) in the open colon resection group. The reoperation rate at 90 days did not significantly differ between the laparoscopic group (2 patients [9%]), drainage group (1 patient [12,5%]) and the open colon resection group (2 patients [13,3%]). Mortality rate was also similarin laparoscopic and open surgery groups(in the open colon resection group 1 of 15 patients (6,7%), in the laparoscopic group 1 of 18 patients (5,6%) with no mortality in the drainage group. Both deaths were observed in patients with fecal peritonitis. The quality of life was significantly higherin

the drainage and laparoscopic groups than in open surgery group (p<0,01).

Conclusions. In patients undergoing emergency surgerywith perforated diverticulitis use of percutaneous drainage and laparoscopic surgery with or without colon resection vs open colon resection did not significantly reduce mortality and postoperative complications, but significantly decrease the quality of life. Minimally invasive approaches also result in a shorter operating time and length of hospital stay, fewer complications compared to open colon resection with colostomy. These outcomes support minimally invasive approaches for treatment of perforated diverticulitis and allows to conclude that laparoscopic surgery with peritoneal lavage and drainage may have an increasing role in the management of these patients, and becomein future the approach of choice, like for the treatment of this pathology in elective settings.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПЕРИТОНИТА ПАНКРЕАТОГЕННОГО ХАРАКТЕРА

Мусоев Т.Я., Аюбов Б.М., Болтаев Н.Р., Музаффаров Н.С.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Панкреатогенные перитониты (ПгП) как вид ранних осложнений деструктивного панкреатита (ДП) осложняют течение заболевания на различных этапах его развития и являются одной из причин развития и прогрессирования панкреатогенного шока (ПШ).

Цель работы. Оптимизировать интенсивную терапию панкреатогенного перитонита.

Материалы и методы. Наблюдали 110 больных с распространенными формами ПгП. Геморрагический панкреонекроз как причина перитонита имелся у 68,9% пациентов, жировой – в 31,1% случаев. Ранняя диагностика и прогноз течения ПгП основывались на динамических интегральных схемах объективной оценки тяжести состояния больных, а также на выявлении ранних прямых и косвенных признаков ПгП (УЗИ, динамическая лапароскопия).

Результаты и обсуждение. Симптоматологическую основу органной дискоординации при ПШ составляет синдром системного воспалительного ответа (ССВО). Ведущими составляющими ССВО явились спонтанная гипервентиляция с гипоксией и артериальной гипоксемией и детерминантные кардиогемодинамические расстройства. Особенности патогенеза ПгП требуют нестандартного подхода к лечению этой сложной и тяжелой патологии. Наиболее перспективным направлением, обнадеживающим в плане ближайших и отдаленных результатов лечения тяжелых форм ДП, остается интенсивная комплексная консервативная терапия (ИТ) с применением миниинвазивных оперативных пособий. Выделяли три формы ПгП: ферментный, энтерогенноинфицированный и первичногнойный перитонит. Сочетание ССВО с наличием ПгП считали прогностической основой для развития панкреатогенного абдоминального сепсиса. Основными позициями патогенетически оправданной схемы ИТ считали антибактериальную терапию (АБТ), инфузионную терапию, респираторную поддержку, восстановление адекватной тканевой и органной перфузии, нутритивную поддержку, коррекцию иммунных нарушений и экстра- и интракорпоральную детоксикацию при полиорганной недостаточности (ПОН). Использование рациональной хирургической тактики в сочетании с ИТ в раннем послеоперационном периоде позволило нивелировать проявления ПОН, снизить число поздних осложнений с 41,3 до 13,5% и послеоперационную летальность до 7,7% в группе больных с ферментативным перитонитом и до 18,5% в группе с энтерогенноинфицированным и первичногнойным формами ПгП. В последней группе летальность удалось снизить почти в 3 раза по сравнению с группой больных, леченных традиционно посиндромно и с использованием инвазивных оперативных вмешательств.

Таким образом, использование патогенетически оправданной хирургической тактики в сочетании с ИТ в раннем послеоперационном периоде позволило нивелировать проявления ПОН, снизить число поздних осложнений и послеоперационную летальность и улучшить результаты лечения ДП в целом.

ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТА ПАНКРЕАТОГЕННОГО ХАРАКТЕРА

Мусоев Т.Я., Аюбов Б.М., Ходжаев К.Ш., Бафоев З.П.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Оценить результаты применения лапароскопических вмешательств при диагностике и лечении панкреатогенного перитонита.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы результаты оперативного лечения 110 пациентов с острым панкреатитом с 2010 по 2018 г. в Бухарском филиале РНЦЭМП. У 59(53,6%) человек компонентом оперативного пособия явилось вмешательство по поводу панкреатогенного перитонита. У 71 (64,5%) первичная санация и дренирование брюшной полости выполнены лапароскопически. Лапаротомный доступ применялся при невозможности исключить заболевания и осложнения панкреонекроза, которые невозможно устранить лапароскопически, а также при разлитом гнойном перитоните. Тяжесть перитонита и панкреонекроза стандартизованы в соответствии с Мангеймским перитонеальным индексом (MPI) и индексом по-

ражения брюшной полости при панкреонекрозе (ИПБП) М.И. Филимонова и соавт.

Результаты и обсуждение. Целью диагностического этапа лапароскопии являлись подтверждение диагноза панкреонекроза, оценка характера и распространенности перитонита. Помимо диагностических задач, выполнялись лапароскопические санация и дренирование брюшной полости, блокада круглой связки печени, при наличии проявлений билиарной гипертензии – холецистостомия. Лапароскопическая санация оказалась эффективной у всех 71 пациентов. Рост микрофлоры при микробиологическом исследовании образцов выпота был зафиксирован лишь у 4 пациентов (3,6%). Вмешательства из лапаротомного доступа у 39 пациентов были предприняты по поводу распространенного гнойного перитонита, а также в случае невозможности исключения заболеваний и осложнений панкреонекроза, требующих лапаротомии. При сравнении тяжести перитонита и панкреонекроза по интегральным шкалам нами не выявлено достоверных различий между группами пациентов, Так, MPI в группе лапароскопических санаций составил 14±5 против 18±6 у пациентов, перенесших лапаротомии, ИПБП–12±3 и 12±3 соответственно. Полученные нами данные свидетельствуют, что не перитонит, а объем поражения забрюшинной клетчатки более значим для прогноза исхода заболевания.

Выводы. В подавляющем большинстве случаев лапароскопическое дренирование и санация брюшной полости являются эффективным, альтернативным традиционной лапаротомии способом лечения панкреатогенного перитонита. Показания к лапаротомным доступам должны быть ограничены осложнениями панкреонекроза, которые невозможно устранить лапароскопически.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЫ

Мустафакулов И.Б., Мухаммадиев М.Х., Камалов С.Ж., Махрамов У.Т., Рахмонов Ф.С.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Введение. Несмотря на наличие современных высокоинформативных методов диагностики, вопросы диагностики травматического повреждения внутренних органов остаются сложными. В связи с непрерывным совершенствованием, миниинвазивные методы в настоящее время получают все более широкое применение для диагностики и лечения абдоминальной травмы. Лапароскопия, как лечебное и диагностическое пособие, в настоящее время является одним из ведущих и активно разрабатываемых направлений в современной хирургии (C.H. van der Vlies et al. 2011; Hongyu Li et all 2017).

Цель исследования. Оценить эффективность использования лапароскопических технологий у пациентов с травматическим повреждением внутренних органов.

Материалы и методы. В 2016–2019 годах в отделения экстренной хирургии Самаркандского филиала РНЦЭМП было госпитализировано 187 больных с абдоминальной травмой. Из них с повреждением полого органа 10 (5,34%), с повреждением паренхиматозных органов 15 (8,02%), с повреждением сальника и брыжейки 39 (20,86%), с повреждением нескольких органов 67 (35,83%) больных и в 56 (29,95%) случаях повреждений внутренних органов не выявлено. Среди них 141 мужчина (75,4%) и 46 женщин (24,6%), в возрасте от 18 до 78 лет.

Результаты. 131 (70%) больному из госпитализированных 187 было произведено 157 операций, из них 51 (25,87%) лапароскопическая операция. Показаниями к операции являлись наличие признаков перитонита, наличие свободной жидкости и газа в брюшной полости, невозможность исключить повреждение внутренних органов другими методами исследования. При стабильных показателях гемодинамики проводилась селективная активно-выжидательная тактика ведения больных с непрерывным мониторингом. Лапароскопическая остановка кровотечения с помощью электрокоагуляции 18 (35,29%), лапароскопическое ушивание разрывов полых органов и брыжейки 5 (9,8%), диагностическая лапароскопия с дренирование брюшной полости у 16 (31,37%) пациентов и в 12 (23,53%) случаях решено перейти на конверсию. В 39 (70%) случаях из 51 лапароскопическим методом удалось провести адекватную ревизию брюшной полости, а также при необходимости произвести гемостаз или ушивание. Средние сроки стационарного лечения составляли 4,9 дня. Летальность наблюдалась в 8 (4,27%) случаях.

Выводы. При анализе результатов лечения травматического поражения внутренних органов, использование лапароскопической хирургии позволило уменьшить продолжительность операции, сократить послеоперационный койко-день, реабилитационный период и количество необоснованных лапаротомий.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА: 15-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ДЖИЗАКСКОГО ФИЛИАЛА РНЦЭМП

Норкузиев Ф.Н., Тожибоев М.П., Юлдошев М.Х., Ахмедов Х.Э., Холмурзаев Б.Ф., Гофуров А.Н.

Джизакский филиал РНЦЭМП

Изучены результаты комплексного обследования и лечения 455 больных с острым панкреатитом (ОП), госпитализированных в хирургическое отделение Джизакского филиала РНЦЭМП в пе-

риод с 2006 по 2020 гг. В работе мы использовали международную клинико-морфологическую классификацию, принятую в 1992 г. в Атланте. В соответствии с данной классификацией отечная (легкая) форма острого панкреатита установлена у 327 (71,9%), панкреонекроз (тяжелый панкреатит) – у 128 (28,1%) больных. Мужчин было 295 (64,8%), женщин – 160 (35,2%), однако в группе больных с панкреонекрозом (*n*=128) мужчины составляли 109 (85,2%), женщины – 19 (14,8%) человек. Большинство больных (365; 80,2%) были в возрасте 40–60 и старше лет.

В этиологической структуре острого панкреатита преобладало злоупотребление алкоголем, что имело место у 192 (42,2%) больных. Примерно у трети пациентов (142; 31,2%) провоцирующим фактором развития ОП была желчнокаменная болезнь. 63 (13,8%) больных начало приступов связывали с погрешностями в диете. Нередко (48; 10,5%) ОП был обусловлен механическим повреждением железы при тупой травме (29) или же во время выполнения хирургических вмешательств на органах верхнего отдела брюшной полости и забрюшинного пространства (19). В последние годы в связи с увеличением числа эндоскопических транспапиллярных вмешательств в желчевыводящих путях возрастает частота так называемых «контрастных панкреатитов», что имело место в наших наблюдениях у 10 (2,2%) пациентов.

Протокол инструментальной диагностики включал обязательное ультразвуковое исследование поджелудочной железы и желчных путей, а также эзофагогастродуоденоскопию с оценкой состояния большого дуоденального сосочка. В зависимости от формы заболевания, стадии и характера течения патологического процесса по показаниям и последовательно применяли ретроградную холангиопанкреатографию, компьютерную томографию и видеолапароскопию.

Результаты. При условии отсутствия явных признаков инфицированного панкреонекроза комплексное лечение начинали с многокомпонентной консервативной терапии, что оказалось эффективным у 343 (75,4%) больных. Оперировано 112 (24,6%) пациентов.

Основными показаниями для лапаротомии (выполнены у 84 (75,0%) больных, подвергнутых хирургическим вмешательствам) были: наличие свободной жидкости более чем в трех отделах брюшной полости без тенденции к уменьшению в течение 24–48 часов, нарастание явлений сепсиса, ферментативной токсемии и полиорганной недостаточности на фоне проводимой многокомпонентной консервативной терапии.

При отсутствии явных признаков инфицированного панкреонекроза в последние годы предпочтение отдаем видеолапароскопической санации, дренированию брюшной полости и сальниковой сумки с обязательной холецистэктомией и дренированием холедоха по Пиковскому, что выполнено в 28 (25,0%) случаях. Лапароскопические вмешательства оказались эффективными у 23 больных, а у остальных 5 пациентов отмечено прогрессирование патологического процесса и инфицирование зон деструкции ткани железы и экссудата брюшной полости, что потребовало выполнения лапаротомии.

Повторные операции всего выполнены 56 (50,0%) больным. Показаниями к повторным санациям брюшной полости и забрюшинной клетчатки при панкреонекрозе явились: УЗИ и КТ-признаки гнойников брюшной полости и забрюшинной клетчатки (32), эвентрация при тотальном нагноении лапаротомной раны (13), нарастающий эндотоксикоз, полиорганная недостаточность и развитие инфекционно-токсического шока (3). Кроме того, у 8 больных релапаротомия выполнена по поводу аррозивного кровотечения, при этом наличие ограниченной лапаростомии в верхнем этаже брюшной полости позволяет своевременно диагностировать это грозное осложнение.

В послеоперационном периоде всего умерло 13 (11,6%) больных, в т.ч. 4 – от аррозивного кровотечения, 9 – вследствие развития панкреатогенного перитонита, панкреатогенной интоксикации с печеночно-почечной недостаточностью.

В отдаленном периоде только у 3 (2,7%) пациентов сформировался панкреатический свищ, который закрылся самостоятельно консервативными мерами.

Заключение. Расширение показаний к видеолапароскопии при неинфицированных формах деструктивного панкреатита позволяет эффективно санировать брюшную полость, полость сальниковой сумки и ограниченных жидкостных скоплений забрюшинного пространства в качестве метода хирургической детоксикации при неэффективности консервативной терапии. Основным показанием к лапаротомии при остром панкреатите являются инфицированный панкреонекроз. Хирургическое пособие у больных с инфицированным панкреонекрозом заключается в использовании методов щадящих и программированных некр- и секвестрэктомий в сочетании с «открытыми» вариантами дренирования.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ И ТРАДИЦИОННАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Оразалиев Г.Б., Оразалиев Б.Х.

Берунийский субфилиал РНЦЭМП

Цель. Оценить показание и результаты хирургического лечения с использованием видеолапароскопа и традиционной холецистэктомии.

Материалы и методы. С 2010 по 2020 гг. в Берунийском субфилиале Центра экстренной медицинской помощи Минздрава Республики Каракалпакстан, холецистэктомия при остром калькулёзном холецистите (ОКХ) выполнена 871 больному, из них: мужчин – 130 (15%), женщин – 741 (85%), в возрасте до 30 лет – 20, до 50 лет – 535, до 70 лет – 300 и старше – 15 больных. Госпитализированные до 12 часов 106, до 24 часов – 461, позже 24 часов – 304 больных.

Результаты. После обследования больных по стандарту Минздрава Республики Узбекистан нами начато консервативное лечение, которое проводится в ближайшие 12–24 часа с момента госпитализации, при отсутствии признаков раздражения брюшины. На вторые сутки нами оперированы 22 (2,5%), на третьи сутки – 781 (93%) и отсроченные до 5–7 суток – 68 (4,5%) больных.

Операции лапароскопическим методом (ЛХЭК) 684 (78,5%), традиционная холецистэктомия (ТХЭ) 187 (21,5%) больным.

Для оценки результатов хирургического лечения больных разделили на две группы. Первая группа составила 684 (78,5%) больных, которым выполнена ЛХЭК, катаральная форма острого калькулёзного холецистита – 2, флегмонозная форма 88 (12,8%), гангренозная форма 559 (81,7%), гангренозно-перфоративная форма 35 (5,4%). По распространённости перитонита:

– местный перитонит – 106;

– диффузный перитонит – 69;

– разлитой фибринозный перитонит – 45 больных.

Конверсия имела место у 8 больных, в 2-х случаях кровотечение из пузырной артерии, в 2-х случаях повреждение холедоха, в 3-х случаях из-за около пузырного инфильтрата с невозможностью дифференцировать трубчатые структуры треугольника Калло, один (1) случай с полным клипированием холедоха. Все технические неурядицы ликвидированы во время лапаротомии.

Умер 1 больной от тотального плевро-плеврита на 20-е сутки, средняя продолжительность проведения коек/дней – 4 дня.

Вторая группа 187 (21,5%) больных осуществлена ТХЭ, из верхне-срединной лапаротомии:

– флегмонозная форма ОКХ диагностирована у – 12 (6,4%);

– гангренозная форма – у 130(69,5%);

– гангренозно-перфоративная форма – у 45 (24%);

– диффузный фибринозный перитонит – у 80 (42,7%);

– разлитой гнойный перитонит – у 62 (33,1%);

– холедохолитомия, механическая желтуха – у 10 (5,3%);

Объем операции при ОКХ – 167, ТХЭ с холедохолитотомией дренированием по Пиковскому – 16 больных, ТХЭ с холедохолитотомия стентированием холедоха – 4 больных. Умер один больной от сердечно-сосудистой недостаточности, на фоне разлитого перитонита и полиорганной недостаточности. Средняя продолжительность койко/дней – 12,5.

Вывод. Методом выбора в больницах, где имеются видеолапароскопическая техника и хорошо владеющие техникой эндохирурги, является малотравматичная лапароскопическая холецистэктомия.

Лапароскопическим методом холецистэктомии должны оперировать те хирурги, которые в своей практике выполнили не менее 150–200 традиционных холецистэктомий и прошли школу на базе учебного центра, где организована эндохирургия.

Дифференцированный выбор метода операции ЛХЭ и ТХЭ позволяет улучшить результат хирургического лечения острого калькулёзного холецистита.

ЧРЕСПАПИЛЛЯРНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Оразалиев Г.Б.[1], Оразалиев Б.Х.[1], Атаджанов Ю.А.[1], Пак Г.В.[2], Муцуров Х.С.[2], Гвоздик В.В.[2], Балалыкин А.С.[2]

[1]Берунийский субфилиал РНЦЭМП, [2]РБ Грозный, Москва

Актуальность. Операция лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) была воспринята хирургами и сдержанно, и негативно (как и все эндоскопические методики), и этот взгляд подтвердили ее неудачи (повреждения желчных протоков), которые мы впервые в 1993 году анализировали и классифицировали. Пропаганда и обучение в рамках РОЭХ и различных курсов привели к ее широкому применению, сделали альтернативой традиционной хирургии (ТХЭ), но проблемы остаются. Наметилось и новое направление их коррекции – эндохирургия (ЭХ).

Цель исследования. Оценить возможности ЭХ в коррекции некоторых неудач операции холецистэктомии (ХЭ).

Материалы и методы, обсуждение. В 2015–2016 гг. мы наблюдали 87 больных с неудачами операций ХЭ: 7 с повреждениями желчных протоков (ЛХЭ-6, ТХЭ-1); 4 с желчеистечениями из-за негерметичности наружных дренажей желчных протоков (НДЖП) (3 Т-образных, 1-трубчатый); 17 с несостоятельностью культи пузырного протока (НКПП); 1 с желчным свищом (ЖС); 7 со стриктурами желчных протоков (ЖП); 27 с забытыми камнями; 1 с неполной ХЭ. Клинически они сопровождались перитонитом (4), желтухой (19), желчеистечением (13) и другими проявлениями, у 21 они сочетались.

После ЛХЭ у больных превалирующими были повреждения ЖП (6 из 7), НКПП (14), стриктуры ЖП (6 из 7), а после ТХЭ у 44 больных – желчеистечения

в брюшную полость и наружу (14), холедохолитиаз (23) и др. Итак, для ЛХЭ главной проблемой являются повреждения ЖП и НКПП, а при ТХЭ – проблемы НДЖП, холедохолитиаз и аденомы БДС.

Недостаточное предоперационное обследование (игнорирование чреспапиллярной ЭХ) – причина неадекватных операций ТХЭ. Чреспапиллярная ЭХ представляет новое направление в коррекции ряда неудач операции ХЭ, ставшее методом лечения 66 из 87 пациентов и включающее комплекс: эндоскопическая папиллотомия (ЭПТ), литотрипсия, экстракция камней и фрагментов, восстановление естественного тока желчи стентированием пластиковыми и металлическими стентами при касательных повреждениях ЖП (3 из 5 больных), желчеистечении в брюшную полость и по НДЖП (11 из 14), НКПП (12 из 17), холедохолитиазе (23 из 27), аденоматозе БДС (11) и т.д. Несомненны перспективы лапароскопии при НКПП (3 из 17) и холелитиазе (2).

Традиционная хирургия остается незаменимой при травмах (3 из 6) и стриктурах ЖП (4 из 7 больных). Умер 1 больной 82 лет с желчным перитонитом с Т-образным дренажом от печеночной недостаточности.

Выводы. 1. Перед операцией ХЭ абсолютно показана дуоденоскопия эндоскопом с боковой оптикой. 2. Эндоскопическая хирургия перспективна при касательных повреждениях желчных протоков, несостоятельности культи пузырного протока, дефектах наружного дренирования желчных протоков.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ХРОНИЧЕСКИХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Расулов Ф. А., Туйчиев М.М., Махмудов Н.И., Самсаков Ф.Т.

Ферганский филиал РНЦЭМП, Ферганский филиал ТМА

Цель исследования. Изучить диагностические и лечебные возможности эндоскопии и ее влияние на результаты лечения больных с кровотечениями из хронических язв двенадцатиперстной кишки в условиях применения активно-индивидуализированной лечебной тактики.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 350 пациентов с кровотечением из хронических язв двенадцатиперстной кишки в условиях 2-го хирургического отделения Ферганского филиала РНЦЭМП. Мужчин – 240, женщин – 110. Возраст больных от 24 до 82 лет.

Результаты и обсуждение. Всем пациентам в приемном отделении после предварительного промывания желудка выполнялась ЭГДФС. При этом установить локализацию и характер источника кровотечения при первичном осмотре удалось у всех больных (100%). В основном пациенты поступали в стационар с остановившимся кровотечением, оценивали по классификации J. Forrest (1974 г.): F-IIA (62), F-IIB (162), F-IIC (80), F-III (20). Активное кровотечение диагностировано у 26 пациентов – FIA (12), F-IB (14). Наиболее часто причиной кровотечений были язвы размером до 1 см – 196 (55,8%), язвы в диаметре до 0,5 см диагностированы в 120 (34,2%) случаях, диаметр язв до 2 см отмечен у 24 (7%) и язвы диаметром более 2 см выявлены всего у 10 (3%) пациентов. С кровопотерей легкой степени поступили 150 (42,8%) больных, средней – 142 (40,6%), тяжелой – 38 (10,9%), крайне тяжелой – 20 (5,7%). Геморрагический шок I степени при поступлении имел место у 77 (22%), II степени – у 28(8%) и III степени – у 10(2,8%) больных. Остальные 235 (67,2%) пациентов поступили в стационар без признаков геморрагического шока. При выполнении первичной эндоскопии выявить источник кровотечения удалось у 100% больных. У 12 больных, которые поступали в стационар с активным струйным кровотечением (F-IA), на первичном этапе применялся эндоскопический гемостаз с помощью монополярной диатермокоагуляции, обкалывания вокруг язвы раствором этанола, аргоноплазменной каогуляции. При этом остановить активное кровотечение удалось у 6 (50%), остальные 6 больных экстренно оперированы в связи с неэффективностью эндоскопического гемостаза. Из 14 больных, поступивших с кровотечением F-IB, с помощью диатермокоагуляции остановить кровотечение удалось у 12 (85,7%). В 2 случаях применение диатермокоагуляции оказалось неэффективным и пациенты экстренно оперированы. Контрольный ЭФГДС произведен с целью укрепления гемостаза при F-IIA через 12 часов, F-IIB через 24 часа. При наличии F-IIC и F-III эндоскопический гемостаз не применялся. Рецидив кровотечения в стационаре после первичной консервативной или эндоскопической остановки возник в 20 (5,7%) случаях. Всего оперативные вмешательства выполнены 8 (2,3%) больным. Из них в экстренном порядке – 5 (62,5%), срочном – 3 (37,5%). Резекция желудка произведена у 2 (25%); клиновидное иссечение язвы – у 4 (50%), прошивание язвы выполнено у 2 (25%) больных. Послеоперационные осложнения развились у 4 (50%) пациентов: недостаточность культи ДПК – у 1 (12,5%), пневмония – у 2 (25%), тромбоэмболия легочной артерии – у 1 (12,5%). Послеоперационная летальность составила 12,5% (1 больной). Причиной летальных исходов явились: ТЭЛА – у 1 больного.

Выводы. Таким образом, эндоскопическое исследование обладает высокими лечебно-диагностическими возможностями при кровотечениях из хронических язв двенадцатиперстной кишки. Применение эндоскопического гемостаза совместно с использованием высокоэффективных противоязвенных препаратов и гемостатических препаратов приводит к заметному снижению уровня оперативной активности.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПАТОГЕНЕЗ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕТАТИТА

Ризаев К.С., Янгиев Б.А., Саттаров Б.С.

Ташкентский фармацевтический институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

В независимости от этиологических факторов повреждения поджелудочной железы главенствующая роль в патогенезе острого панкреатита, в современной концепции его развития, отдается процессу аутолиза – процесса, лежащего в основе ферментативной теории развития острого панкреатита. Ферментная теория патогенеза острого панкреатита, согласно которой все морфологические, функциональные и клинические проявления болезни объясняются патологическим местным и общим воздействием ферментов поджелудочной железы. В аутолизе железы участвует набор агрессивных ферментов, расщепляющих белки (трипсин, химотрипсин, пептидазы), жиры (липаза и фосфолипаза) и углеводы (амилаза). Их действие вначале проявляется отеком (отечный панкреатит), которым при нетяжелых формах все ограничивается. При лечении отек устраняется без серьезных последствий. По мнению ряда авторов, инициаторами процесса являются фосфолипаза А и липаза. Липолиз приводит к жировому некрозу и смещению pH среды в кислую сторону с последующей активацией трипсина. Ферментативный каскад является пусковым звеном развития местных и системных воспалительных реакций.

На фоне истощения естественных антиоксидантных систем развивается окислительный стресс, активация свободнорадикальных процессов, с которыми также связывают механизмы повреждения паренхимы железы. Доказано накопление токсических концентраций конечных продуктов перекисного окисления липидов в железе при остром панкреатите. Запускается воспалительный каскад, конечной точкой которого является синдром системного воспалительного ответа, проявляющийся респираторным дистресс-синдромом и полиорганной дисфункцией. Прогрессирование синдрома системной воспалительной реакции приводит к развитию многообразных изменений в печени, почках, лёгких и других органах и их функциональной недостаточности.

Следует отметить, что в основе патогенеза острого панкреатита как при желчнокаменной болезни, так и при злоупотреблении алкоголем лежит протоковая гипертензия. Алкоголь увеличивает секрецию панкреатического сока и усиливает тонус и резистентность сфинктера Одди. Алкоголизм приводит к изменению белкового обмена, выпадению в осадок белковых фракций и формированию в панкреатических протоках конкрементов, препятствующих оттоку сока. При ЖКБ развивается вариант обтурационного папиллолитиаза с массивным забросом желчи в главный проток поджелудочной железы. Протоковая гипертензия сопровождается повреждением мелких протоков железы, что активирует ферменты не в просвете кишечника, а в самой поджелудочной железе с развитием ее аутолиза. Под действием липазы происходит переваривание жиров и образование жировых некрозов в поджелудочной железе и окружающих тканях. При гибели тканей pancreas и освобождении ферментов возникают кровоизлияния, некрозы в окружающих железу тканях. Наблюдается поступление агрессивного панкреатического выпота в сальниковую сумку и забрюшинную клетчатку. В некоторых случаях часть выпота через винслововo отверстие поступает в брюшную полость, провоцируя развитие диффузного ферментативного перитонита с характерным геморрагическим выпотом. При более тяжелых формах прогрессирующий отек приводит к сдавлению питающих железу сосудов, их тромбозу и образованию очагов некроза значительной величины.

Выброс из поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки в кровь токсинов, биологически активных веществ (активированных ферментов, кининов, гистамина) приводит к развитию эндотоксикоза. Вазодилатация и повышение проницаемости микрососудов уже на системном уровне вызывает (или усугубляет имеющуюся) гиповолемию. В сочетании с параллельным угнетением миокарда, ослабляющим его сократимость, это приводит к развитию шока и полиорганной недостаточности. Она особенно выражена при присоединении инфекции.

В последние годы появилось много публикаций о повышении при деструктивном панкреатите внутрибрюшного давления и ухудшении венозного кровообращения в органах брюшной полости.

При панкреонекрозе формируются парапанкреатические жидкостные скопления (псевдокисты), парапанкреатический инфильтрат, может происходить инфильтрация забрюшинной клетчатки («ферментативный целлюлит», «ретроперитонеонекроз»), возможно развитие ферментативного асцит-перитонита, механической желтухи. При вовлечении в процесс парапанкреатической клетчатки экссудация распространяется на брыжейку поперечной ободочной и тонкой кишки, параколическую клетчатку и клетчатку малого таза. При хирургическом вмешательстве определяется имбибированная геморрагическим выпотом клетчатка с очагами жирового некроза. При присоединении инфекции формируются парапанкреатические абсцесы, забрюшинные флегмоны. Через неделю заболевания панкреонекроз инфицируется в 25%, через 2 недели в 50% и через 3 недели в 100% случаев.

Острый деструктивный панкреатит (ОДП) имеет фазовое течение заболевания с двумя пиками ле-

тальности – ранней и поздней. После ранней фазы, обычно продолжающейся в течение первых двух недель, следует вторая – поздняя, которая может затягиваться на период от недель до месяцев.

Ранняя фаза, в свою очередь, подразделяется на два периода:

– Первая неделя заболевания. В этот период происходит формирование панкреонекроза различного объёма и развитие эндотоксикоза. Максимальный срок формирования некроза в поджелудочной железе составляет трое суток, после этого срока он в дальнейшем не прогрессирует;

– Вторая неделя заболевания характеризуется реакцией организма на сформировавшиеся очаги некроза (как в поджелудочной железе, так и в парапанкреатической клетчатке). Клинической формой данной фазы является перипанкреатический инфильтрат;

Поздняя фаза (фаза секвестрации) начинается с 3-й недели заболевания, может длиться несколько месяцев. Секвестры в поджелудочной железе и в забрюшинной клетчатке обычно начинают формироваться с 14-х суток от начала заболевания. Возможны два варианта течения этой фазы:

1) асептическая секвестрация – стерильный панкреонекроз, характеризуется образованием постнекротических кист поджелудочной железы;

2) септическая секвестрация – инфицирование некроза поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки с дальнейшим развитием гнойных осложнений.

Помимо фазового течения острого деструктивного панкреатита, можно выделить несколько компонентов в его клинической картине.

Ферментативный перитонит наблюдается у 1–5% больных с острым панкреатитом и у 30–70% пациентов с деструктивными его формами. При развитии гнойно-септических осложнений сопровождается летальностью до 80–95%. Начинается с первых часов ОДП, скорость экссудации пропорциональна тяжести заболевания, максимальная экссудация приходится на 2-е сутки, и рассасывается к 4–5 суткам. Санация и дренирование брюшной полости, позволяют полностью контролировать этот компонент.

Выраженность ферментативного панкреатита зависит от степени деструкции поджелудочной железы. При отечной форме вначале экссудат определяется в сальниковой сумке, при прогрессировании деструкции в поджелудочной железе он распространяется на все отделы брюшной полости. Экссудат может иметь серозный, серозно-геморрагический или геморрагический характер, а при холецистопанкреатите он часто содержит желчные пигменты. Количество экссудата в брюшной полости и активность ферментов (трипсина, химотрипсина, липаз) максимальны в первые двое суток от начала болезни, а затем снижаются к 4–5 дню. В дальнейшем выпот, особенно при отечной форме острого панкреатита, может рассасываться.

Ферментативный перитонит развивается двухфазно. Вначале жидкость скапливается в сальниковой сумке, откуда она попадает в брюшную полость, вызывает выраженный серозно-фибринозный перитонит, часто с рассеянными очагами жирового некроза. Микроскопически отмечаются дистрофические и некробиотические изменения в мезотелии, слущивание его, межклеточный отек, гемоциркуляторные расстройства, выпадение фибрина, стеатонекрозы пред- и забрюшинной клетчатки, сальника, связок и умеренная перифокальная лейкоцитарная инфильтрация. Основным морфологическим субстратом ферментативного перитонита являются перитонеальный экссудат, отек и гиперемия брюшины, субсерозные кровоизлияния, выпадение фибрина, очаги жирового некроза с перифокальной лейкоцитарной инфильтрацией.

Другим наиболее тяжелым компонентом ОДП считается острый инфильтративный парапанкреатит, который представляет собой патологический процесс, охватывающий забрюшинную парапанкреатическую клетчатку. Поражение парапанкреатической клетчатки является компонентом местного патологического процесса при тяжёлых формах острого деструктивного панкреатита. Острый парапанкреатит встречается в двух основных клинических формах – ферментативный парапанкреатит и при присоединении инфекционных осложнений гнойно-некротический парапанкреатит. Ранняя летальность при деструктивных формах панкреатита, даже при удачной терапии «обрыва» обусловлена не купированным парапанкреатитом, и связана с объемом пораженной парапанкреатической клетчатки. Так как ферментативный парапанкреатит является самостоятельным источником эндогенной интоксикации, с плохим терапевтическим контролем. Трудности консервативной терапии ферментативного парапанкреатита обусловлены лимфо-артерио-венозным блоком парапанкреатической клетчатки, за счет спазма и микротромбозов сосудов различного типа под действием факторов агрессии панкреатического секрета. Смертность во второй фазе течения острого деструктивного панкреатита связана гнойно-некротическими осложнениями и их объемом. В свою очередь объем этих изменений зависит от успешности терапевтического контроля и регресса ферментативного парапанкреатита. Несмотря на важнейшую роль парапанкреатита в течении острого деструктивного панкреатита, следует признать, что в современной панкреатологии патогенетические методы его лечения резко ограничены.

ПРЕИМУЩЕСТВА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ

Саидметов Ш.М., Исхаков Б.Р., Базарбаев У.Р., Исхаков Н.Б., Долимов Д.М.

Наманганский филиал РНЦЭМП

В экстренной хирургии диагностика и лечение острого аппендицита была и остается одной из актуальных проблем. Применение лапароскопии позволило выйти на новый уровень в диагностике различных форм острого аппендицита и своевременно решить вопрос оперативного лечения в наиболее трудных диагностических случаях.

За последние 10 лет в Наманганском филиале РНЦЭМП по поводу острого аппендицита оперированы 9818 пациентов, из них 1663 больным выполнена лапароскопическая аппендэктомия, что составило 16,9%. Из 1663 больных, оперированных по поводу острого аппендицита лапароскопическим способом мужчин было 701 (42,2%) и женщин – 962 (57,8%) в возрасте от 5 до 67 лет. Пациенты детского и подросткового возраста составили 24,3% (404 больных). При изучении пути госпитализации выявлено, что 673 (40,5%) больных доставлены скорой помощью, 907 (54,5%) самотеком и направлением из поликлиники – 83 (5%).

До 6 часов поступили 404 (24,3%) больных, в течение 7–24 часов 934 (56,2%) и более 24 часов – 325 (19,5%).

Аппендэктомия завершена лапароскопическим способом у 1447 (87%) пациентов, переход на традиционный способ осуществлен у 179 (10,7%), на средне-срединную лапаротомию у 37 (2,3%). Причинами конверсии явились: ретроцекальное, ретроперитонеальное расположение червеобразного отростка, распространенный перитонит, периаппендикулярный абсцесс.

По характеру воспалительных изменений: катаральный аппендицит выявлен у 97 (5,8%) больных, флегмонозный – 1151 (69,2%), гангренозный – 262 (15,8%). Периаппендикулярный абсцесс диагностирован у 20 (1,2%) пациентов и эмпиема червеобразного отростка у 133 (7,9%).

Внедрение диагностической лапароскопии и лапароскопических операций позволило сократить количество необоснованных операций. Как правило, все лапароскопические аппендэктомии выполнялись после подтверждения диагноза в ходе диагностической лапароскопии.

Нами была использована лапароскопическая стойка фирмы «Karl Storz» и «Horman». Лапароскопическая аппендэктомия осуществлялась под внутривенным наркозом. Интубационный наркоз применяли при переходе на лапаротомию. Первый 10 мм троакар для лапароскопа вводили супраумбликально. Второй 10 мм троакар для удаления червеобразного отростка вводили по точке Мак-Бурнея справа. Третий 5 мм троакар для манипулятора вводили пункцией левой подвздошной области.

Продолжительность операции составила от 20 минут до 35. Санировали брюшную полость физиологическим раствором или раствором фурацилина с применением ирригоаспиратора «БРЮСАН». Полость малого таза и правой подвздошной области дренировали только при диффузных перитонитах через 10 мм. троакар справа.

Интраперитонеальный способ обработки брыжейки и культи червеобразного отростка лигатурным способом использовали у детей.

Экстраперитонеальная обработка брыжейки и культи червеобразного отростка погружным способом применена у большинства пациентов. На диагностическом этапе лапароскопии при доступном к обзору червеобразного отростка применяли только один 10 мм. троакар.

Особенностью лапароскопически дополненной аппендэктомии (ЛДА) являлось расширение троакарной раны с париетальной брюшиной до 1,5–2 см и извлечение отростка в рану.

Атипичное расположение червеобразного отростка при мобильной слепой кишке выявлено у 5 пациентов, у всех операция завершена лапароскопическим способом с дополнительным введением 10 мм. троакара через эпигастральную, левую и правую подреберные области.

Релапароскопия для диагностики послеоперационных внутрибрюшных осложнений и санации при продолжающихся перитонитах была применена у 18 (1,1%) пациентов.

Осложнения после лапароскопической аппендэктомии наблюдались у 128 (7,7%) больных. В 24 случаях (1,4%) произошло нагноение операционной раны, в 36 (2,2%) имел место инфильтрат в ране. Летальных исходов после лапароскопической аппендэктомии не было. Средний койко-день составил 2,8 дня.

Таким образом, экстренная лапароскопия позволяет своевременно верифицировать диагноз острого аппендицита и произвести адекватное видеолапароскопическое вмешательство, которое обладает несомненным преимуществом перед традиционными операциями. (Малая травматичность, фармако-экономический и косметический эффект). Считаем, что лапароскопически дополненная аппендэктомия может применяться в лечении острого аппендицита.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ

Сапаев Д.Ш.

Ургенчский филиал ТМА

Целью исследования является улучшение результатов хирургического лечения осложненного

эхинококкоза печени путем совершенствования тактических аспектов обработки и ликвидации остаточной полости после эхинококкэктомии для профилактики развития гнойно-септических осложнений.

Материалы и методы исследования. Фундаментом исследования послужили результаты диагностики и лечения 66 больных с осложненным эхинококкозом печени на базе кафедры общей хирургии, травматологии и ортопедии Ургенчского филиала ТМА за период с 2010 г. по 2018 г. Все больные разделены на две группы: в первую (основную) группу включены 32 пациента, которым обработка остаточной полости (ОП) после эхинококкэктомии из печени выполнена по усовершенствованной методики, во вторую группу включены 34 пациента, которым обработка ОП производилась традиционными способами.

Нами в клинике разработан и внедрен метод, предусматривающий использование для обработки остаточной полости 70% спиртом, бетадином и последующей УЗНЧ с декасаном – 0,02%.

Характер выполненных операций в сравниваемых группах включал: полную ликвидацию остаточных полостей; частичную ликвидацию остаточных полостей; дренирование остаточных полостей; абдоминизацию остаточных полостей.

Сравнительный анализ проведен с учетом исследования результатов ближайшего периода, отдаленного периода и оценки КЖ после различных видов эхинококкэктомии.

Исследование качества жизни (КЖ) – простой, надежный и эффективный инструмент оценки состояния больного до лечения, в ходе лечения, в периоде реаблитации. Оценка КЖ позволяет осуществлять мониторинг течения болезни и способствует улучшению результатов лечения. Качество жизни пациентов изучали согласно опроснику SF-36 Health Status Survey. SF-36 относится к неспецифическим опросникам.

Результаты. Полная ликвидация ОП выполнена только 7 (21,9%) пациентам из основной группы; частичная ликвидация ОП выполнена 16 (50,0%) пациентам из основной группы и 8 (23,5%) пациентам из группы сравнения; дренирование ОП выполнено 5 (15,6%) пациентам из основной группы и 21 (61,8%) пациенту из группы сравнения; абдоминизация ОП выполнена 4 (12,5%) пациентам из основной группы и 5 (14,7%) пациентам из группы сравнения. Достоверность отличия в сравниваемых группах определялась в пределах ч2=19,581; df=3; p<0,001.

Распределение больных по частоте дренирования остаточных полостей. При этом в основной группе дренирование ОП выполнено 12 (37,5%) пациентам, а в группе сравнения – 21 (61,8%) пациенту. Достоверность отличия в сравниваемых группах определялась в пределах ч2=32,284; df=1; p<0,001.

Сводный анализ результатов ближайшего послеоперационного периода показал, что 93,8% (30) пациентов из основной группы выписаны без осложнений, тогда как этот показатель в группе сравнения отмечен в 85,3% (29) случаев; консервативная терапия при осложненном течении применена 3,1% (1) пациентам из основной группы и 8,8% (3) пациентам из группы сравнения; реоперация по поводу осложнений выполнена 1 (3,1%) пациенту из основной группы и 2 (5,9%) пациентам из группы сравнения. Достоверность отличия в сравниваемых группах определялась в пределах ч2=6,500; df=2; p=0,039.

Так, с дренажем в остаточной полости выписано 9 (28,1%) пациентов из основной группы и 19 (55,9%) пациентов из группы сравнения. Соответственно без дренажей выписаны 23 (71,9%) пациента из основной группы и 15 (44,1%) пациентов из группы сравнения.

Одним из самых важных показателей оценки результатов хирургического лечения ЭП является последующее определение качества жизни пациента. Результат оценивался как: хороший – без дренажей, без осложнений; удовлетворительный – осложнения, разрешенные консервативно; длительное дренирование; малоинвазивные вмешательства на остаточной полости; неудовлетворительный: А. Повторные операции на фоне осложнений; Б. Рецидив заболевания.

Заключение. В сравнительном аспекте в сроки наблюдения до трех лет после эхинококкэктомии из печени предложенные тактические аспекты обработки остаточной полости позволили снизить необходимость длительного дренаженосительства с 11,3% до 3,5%, сократить частоту повторных операций (с 3,3% в группе сравнения до 0,5% – в основной группе) и миниинвазивных вмешательств по поводу осложнений (с 2,5% до 1,5%), в целом увеличить долю неосложненного течения послеоперационного периода с 80,0% до 93,1%, вероятность неудовлетворительного исхода лечения с учетом повторных вмешательств по поводу осложнений и рецидива заболевания с 6,3% до 2,0%, увеличить долю хороших результатов с 65,4% до 85,1% (p<0,001), что обусловило сокращение периода реабилитации с более ранним восстановлением показателей качества жизни по физическому и психологическому компонентам здоровья (p<0,05).

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ

Сапаев Д.А., Саттаров Ш.Я., Абдуллаев Б.П.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Острое нарушение мезентериального кровообращения (ОНМК) – угрожающее жизни сосудистое заболевание, при котором часто требуется немедленное хирургическое лечение. Ранняя диа-

гностика и эффективное лечение первичны для улучшения клинических результатов, любая задержка с установкой диагноза приводит к повышению смертности до 59–93%. Лапароскопию все больше используют для диагностики различных заболеваний, хотя ее роль в ранней диагностике ОМИ остается спорной.

Цель. Изучить результаты диагностики и лечения больных с острой мезентериальной ишемией.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов диагностики и хирургического лечения 42 больных с острым мезентериальным тромбозом, госпитализированных по экстренным показаниям в реанимационное и I хирургическое отделения Хорезмского филиала РНЦЭМП с 2015 по 2020 гг. Средний возраст больных составил 70,1 года (от 27 до 88 лет). Из 42 больных 85,5% были старше 69 лет. Мужчин было 18 (42,8 %), женщин – 24 (57,2%). У всех больных имелись сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, атеросклеротический кардиосклероз, сахарный диабет, у отдельных – различного характера нарушения сердечного ритма и инсульт в анамнезе. Сроки госпитализации от начала заболевания распределились следующим образом: до 6 часов – 16 (38 %) больных, позже 12 часов – 9 (21,4%) и позже 24 часов – 17 (40,6%).

По экстренным показаниям оперативному лечению подвергнуты 36 (85,7%) больных. При этом у 26 (63%) больных диагноз верифицирован на основе диагностической лапароскопии, а у 16 (37%) интраоперационно при лапаротомии. Тотальный некроз тонкой и толстой кишок установлен при диагностической лапароскопии у 5 (12%) пациентов. У 19 (45,2%) больных при гангрене тонкой кишки выполнялась лапаротомия, сегментарная резекция кишки с наложением первичного межкишечного анастамоза. Граница жизнеспособности кишки оценивалась интраоперационно по цвету кишки, наличию перистальтики и пульсации артерий брыжейки и стенки кишки. Резекция кишки выполнялась, отступя 20–25 см в дистальном и проксимальном направлениях от границы явно нежизнеспособной кишки. При поздних сроках госпитализации у 10 (23,8 %) больных выполнены обширные резекции тонкой кишки. У 4 (9,5%) больных при лапаротомии обнаружен тотальный некроз тонкой кишки (начинающийся примерно в 40 см от связки Трейтца) и правой половины ободочной кишки. Произведена резекция тонкой кишки, правосторонняя гемиколэктомия с формированием илеотрансверзоанастомоза. У 5 (12%) пациентов обнаружен сегментарный некроз в области левого фланга толстой кишки, перитонит. У этих пациентов выполнена резекция сигмовидной кишки. В связи с тяжелым состоянием, перитонитом, риском развития несостоятельности первичного толстокишечного анастомоза операции завершены формированием одноствольной колостомы. Благоприятный исход после оперативного лечения отмечен у 13 (31%) пациентов. Послеоперационная летальность составила 64%.

Заключение. Основываясь на данных литературы и результатах собственных исследований, необходимо констатировать, что распознавание и лечение острой мезентериальной ишемии остается сложной задачей, в этой проблеме еще много нерешенных вопросов. Только ранняя госпитализация заболевших, своевременная диагностика и вовремя выполненная операция с профилактикой тромбоза или эмболии в послеоперационном периоде могут улучшить исходы лечения этой категории больных. Комплекс интенсивной терапии должен включать энергичные мероприятия по борьбе с гиповолемией, интоксикацией, инфекцией, метаболическим ацидозом, коррекцию нарушений кардио- и гемодинамики, микроциркуляции, реологических свойств крови, антикоагулянтную терапию, профилактику острой печеночно-почечной недостаточности и нарушений моторики кишечника.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Сомкина Е.А.

Харьковский национальный медицинский университет МОЗ Украины

Введение. К настоящему времени стандартом в лечении осложненных псевдокист (ПК) поджелудочной железы (ПЖ) является «открытые» оперативные вмешательства, при использовании которых наблюдается ряд тяжелых послеоперационных осложнений. Создание диагностико-лечебного алгоритма с максимальным применением малотравматичных лечебных методик, которые увеличивают вероятность откладывания необходимого лапаротомного вмешательства, является актуальным вопросом современной хирургии.

Цель данной работы заключается в индивидуализации лечебной программы и обеспечении больного длительным лечебным эффектом с минимальным риском рецидива заболевания и минимальной операционной травмой.

Для достижения указанной цели нами были поставлены следующие задачи: применение миниинвазивных методик оперативного вмешательства, анализ результатов оперативных вмешательств, создание современных алгоритмов лечения больных с осложненными ПК ПЖ.

Материалы и методы. Проанализированы результаты оперативных вмешательств 119 больных с осложненными ПК ПЖ, находившихся на лечении в хирургических отделениях Харьковской областной клинической больницы за период с 2000 по 2014 гг. Из них мужчин – 78%, женщин – 22%, в воз-

расте от 21 до 79 лет, в среднем 43,3±1,2 лет. Инфицированные ПК наблюдались у 45 (37,8%) больных, ПК, осложненные кровотечением, – у 31 (26,1%) пациента, ПК, осложненные компрессией смежных органов – 26 (21,8%), ПК с разрывом и перфорацией – 10 (8,4%), ПК, осложненные механической желтухой, – 7 (5,9%). Всем пациентам выполняли общеклинические лабораторные методы исследования крови и мочи, биохимические исследования крови; использовали инструментальные методы: ультразвуковую диагностику (УЗИ), спиральную компьютерную томографию (СКТ), эндоскопическую эзофагогастродуоденоскопию (ЭЭГДС), эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ), ангиографию; а также инвазивные диагностические методы: пункции ПК с последующим исследованием пунктата. Всем пациентам выполнены миниинвазивные методики оперативных вмешательств.

Результаты и их обсуждение. У 38 (31,9%) больных с инфицированными ПК ПЖ выполняли их пункции под контролем УЗИ, и при неэффективности пункции, у 7 (5,9%) пациентов выполняли наружное дренирование ПК ПЖ под контролем УЗИ с установлением дренажа по типу «pig tail » в их полости.

При ПК ПЖ, осложненных кровотечением, в качестве первого этапа 24 (20,2%) выполняли рентгенэндоваскулярную окклюзию (РЭО) сосуда, которая привела к кровотечению. У 1 больного при кровотечении из магистрального сосуда (общая печеночная артерия) был установлен стент-граф, как метод альтернативного рентгенэндоваскулярного вмешательства, который позволил сохранить кровоток по сосуду и закрыл дефект сосудистой стенки.

При сочетании кровотечения в полость ПК с ее разрывом у 1 больного выполнено РЭО с последующим наружным дренированием ПК под контролем УЗИ. При ПК ПЖ, осложненной кровотечением и перфорацией в брюшную полость, в качестве первого этапа 1 больному выполнена пункция ПК под контролем УЗИ и после стабилизации состояния лапаротомия в последующем. Большинству больных с ПК с компрессией желудка и ДПК выполнены внутренние дренирования ПК ПЖ.

При инфицированных ПК, которые сжимали желудок и ДПК, 9 (7,6%) больным выполнены пункции ПК под контролем УЗИ, в том числе у 4 пациентов с последующей лапаротомией и наружным дренированием ПК. У 7 пациентов эндосонографические пункции были заключительным этапом лечения. Эндоскопические анастомозы формировали с помощью пластиковых стентов (7–10 F) по типу «double-pigtail». Так, 3 больным выполнена трансдуоденальная цистодуоденостомия и 4 эндоскопическая панкреатоцистогастростомия, 2 больным выполнена эндосонографическая цистогастростомия. При ПК ПЖ, осложненных перфорацией, у 7 (5,9%) больных выполнено наружное дренирование под контролем УЗИ и у 2 из них при перфорации с кровотечением. При разрывах ПК ПЖ 1 пациенту выполнена пункция ПК под контролем УЗИ, и 2 – наружное дренирование ПК под контролем УЗИ.

У больных с ПК ПЖ, осложненными механической желтухой, в 6 (5,04%) случаях выполнена их пункция под контролем УЗИ с целью декомпрессии внепеченочных желчных протоков, из них у 2 пациентов после снижения уровня общего билирубина в сыворотке крови и стабилизации общего состояния выполнена цистопанкреатоэнтеростомия. У 1 больного выполнено эндо-УЗИ с дренированием ПК. Продолжительность пункционного лечения ПК составляла от 5 до 12 суток, в среднем 7,6±3,3 суток. Продолжительность лечения пациентов с дренированием составляла от 10 до 25 суток, в среднем 17,8±5,3 суток.

Выводы. Применение пункций ПК под контролем УЗИ и рентгенэндоваскулярной окклюзии сосудов, которые были источником кровотечения, в качестве первого этапа лечения позволило в большинстве случаев отложить традиционную лапаротомию до стабилизации общего состояния больного. В лечении осложненных ПК ПЖ преимущественно следует использовать миниинвазивные методы, и только при невозможности их использования или неудовлетворительных результатах показано выполнение открытого оперативного вмешательства.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ОДНОМОМЕНТНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА, КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ ИЗ ЛЕВОЙ ВСА И КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТА С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Тешаев У.Ш., Мурадов М.М., Ярбеков Р.Р., Исматов А.А., Омонов С.Х., Курбанов Н.А.

Джизакский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии

Введение. Несмотря на высокую частоту встречаемости мультифокального атеросклероза (от 18 до 54%) хирургическая тактика, показания и противопоказания к хирургическому лечению, виды и порядок выполнения операций у больных с множественными и сочетанными поражениями различных артериальных бассейнов до сих пор неясны. В случаях значительного стеноза сонных и коронарных артерий возрастает важность одновременного вмешательства из-за высокого риска неврологических осложнений. Между тем протезирование аортального клапана и коронарное шунтирование выполняется очень редко. В литературе в основном представлены единичные случаи хирургического лечения мультифокального атеросклероза с такой комбинацией поражений.

Материалы и методы. В феврале 2021 г. в отделении кардиохирургии ДжфРСНПМЦК нами выполнена одномоментная операция: КЭАЭ из правой внутренней, общей сонных артерий + протезирование аортального клапана биологическим протезом St.Jude Medical Biocor №25 + коронарное шунтирование х 2 шунта (ЛВГА–ПМЖВ, Ао-аутовена-ДВ1) в условиях ИК и КП. По данным ЭхоКГ: выраженная гипертрофия ЛЖ, дискинезия верхушечных и передне-перегородочных сегментов, акинез – переднего и переднобокового сегментов, гипокинез – задних сегментов. КДО 217 мл, КСО 126 мл. ФВЛЖ 42%. НМК I ст, Нед. АК -III ст и ТК I степени. Дуплексное сканирование сонных артерий: эхографические признаки уплотнения и утолщения КИМ до 1,2 мм с обеих сторон, стеноз ВСА справа 93%, слева – 75%. КАГ: ствол ЛКА без изменений: ПЖМВ представлена сосудом крупного калибра с визуализацией бифуркационного стеноза в среднем сегменте артерии до 65% стенозирования; ДВ-1 также крупного калибра со стенозом в проксимальном сегменте до 80%; огибающая ветвь (ОВ) крупного калибра с протяжённым стенозом в среднем сегменте до 40%; правая коронарная артерия (ПКА) малого калибра, в просвете которой обнаружен протяженный стеноз до 60% с устья до среднего сегмента артерии. Тип кровоснабжения: левый.

Результаты. Послеоперационный период протекал без осложнений. Время пациента в ОРИТ – 1 сутки. Длительность госпитализации после операции – 7–8 дней. При выписке пациент отметил улучшение состояния и качества жизни. Функциональные и лабораторные показатели улучшились на фоне проведенной операции. Предъявляемые ранее жалобы на боли в области сердца, одышку, чувство нехватки воздуха, слабость уменьшились, увеличилась ТФН в виде легкопроходимой дистанции более 500 м в сутки.

Заключение. Таким образом, в условиях отсутствия единых рекомендаций с высоким уровнем доказательности выбор последовательности и объема хирургического лечения пациентов с сочетанным тяжелым поражением артерий коронарного и каротидного бассейнов по-прежнему должен базироваться на оценке рисков, показаний и противопоказаний, предоперационном планировании и клиническом опыте.

ДЕКОМПРЕССИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ МИНИНИВАЗИВНЫМИ МЕТОДАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О., Тилемисов Р.О., Хашимов М.А., Мирсидиков М.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В настоящее время вопросы своевременной диагностики и рациональной лечебной тактики при механической желтухе остаются одними из наиболее сложных и во многом нерешенных проблем в гастроэнтерологии вообще и абдоминальной хирургии в частности. Проблема выбора инструментальной дооперационной декомпрессии желчных протоков при МЖ и гнойном холангите остается предметом дискуссии. Основная цель хирургического вмешательства при МЖ – адекватная декомпрессия желчевыводящих путей, устранение обтурации, ликвидация желтухи и профилактика возникновения или прогрессирования ПН.

Цель. Улучшение непосредственных результатов лечения больных раком органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненным механической желтухой, путем разработки показаний к различным способам дренирования желчных протоков и дифференцированного их применения, в зависимости от тяжести состояния пациентов, локализации и стадии опухоли.

Материалы и методы. В настоящей работе проанализирован опыт диагностики и лечения 1077 пациентов с механической желтухой опухолевого генеза. Больные были в возрасте от 17 до 93 лет, из них – 452(42%) женщины и 625(58%) мужчин. Длительность механической желтухи, выявленной при визуальном осмотре, составляла от 7 до 45 суток. Уровень общего билирубина на момент госпитализации колебался от 49 до 1027 ммоль/л (в среднем 224,7±21,4 ммоль/л). Причинами обтурационной желтухи явились: опухоль головки поджелудочной железы и терминального отдела холедоха 465(43,2%), опухоль большого дуоденального сосочка (БДС) – 246(22,8%), опухоль средней трети холедоха и желчного пузыря – 145(13,4%), опухоль Клацкина – с распространением на долевые и сегментарные протоки – 221(20,5%)

У 106 (9,8%) больных при поступлении выявлены осложнения, сопутствующие механической желтухе. При этом у 49(4,5%) пациентов наблюдался гнойный холангит, у 6(0,6%), холангиогенные абсцессы печени, у 51(4,7%) больного печеночно- почечная недостаточность. Декомпрессия желчных путей осуществлялась двумя способами. В наших наблюдениях ЭРХПГ была выполнена 962 больным. Из них в 194 (18%) случаях больным было произведена эндоскопическая папиллосфинктеротомия, в 553 (51,4%) случаях стентирование холедоха, из них в 74 случаях в связи с повторным обращением по поводу непроходимости стента было произведено рестентирование холедоха. В 8(0,7%) случаях было произведено назобилиарное дренирование холедоха. У 108 больных (10%) не удалось провести ретгроградное исследование. В этих случаях отдавали предпочтение установке стентов посредством чрескожного чреспеченочного доступа под рентгенотелевизионным контролем. С помощью чрескожно чреспеченочной холангиостомии в наших наблюдениях у 112 пациентов удалось разрешить механическую желту-

ху, из них ЧЧХГ с наружным дренированием холедоха выполнено у 41(36,6%) больного, наружно-внутреннее дренирование холедоха – у 61(54,4%) больного, чрескожное- чреспеченочное эндопротезирование у 6(5,3%) больных. 4(0,4%) больным из-за возникшего во время чрескожно-чреспеченочной холангиографии кровотечения было выполнено чрескожное чреспеченочное тампонирование пункционного канала. При выполнении ЧЧХГ было выявлено что причиной обтурации желчевыводящих протоков явились: опухоль головки поджелудочной железы и терминального отдела холедоха – у 41 больного, опухоль холедоха I тип по Bismuth у 11 больных, опухоль ворот печени по Bismuth 2 у 9 больных, опухоль ворот печени по Bismuth-3 – 32 больных, опухоль ворот печени по Bismuth 4 – 19 больных. Оперированы 116 больных, в том числе 12 больным выполнена гастропанкреатодуоденальная резекция, 89 больным наложение обходного холецистоэнтероанастомоза с энтероэнтероанастомозом, 4 больным выполнено наложение обходного гастроэнтероанастомоза, холецистоэнтероанастомоза и энтероэнтероанастомоза, 11 больным выполнено наложение обходного гепатикоэнтероанастомоза и энтероэнтероанастомоза. Надо отметить что из этих больных 8 больным операции выполнялись по экстренным показаниям. Из них 3 больным операция выполнена при возникновении кровотечения из ЭПСТ, этим больным выполнена папиллосфинктеропластика с наложением обходного холецистоэнтероанастомоза. У 2 больных во время выполнения ЧЧХС отмечалась перфорация желчного пузыря с желчеистечением в брюшную полость, этим больным выполнено наложение гепатикоэнтероанастомоза. У 2 больных после ЧЧХС отмечалось кровотечение в брюшную полость из пункционной раны печени, этим больным выполнено наложение обходного холецистоэнтероанастомоза с остановкой кровотечения. Остальным больным из-за запущенности процесса, а также из-за наличия сопутствующих патологий миниинвазивные эндобилиарные вмешательства явились окончательным методом желчеотведения. Таким образом, результаты лечения заболеваний, осложнившихся МЖ, зависят от степени и длительности гипербилирубинемии, своевременного и точного определения характера желтухи, уровня и причины обтурации желчных протоков. Малоинвазивные эндоскопические и чрескожные чреспеченочные декомпрессионные вмешательства являются эффективным способом восстановления желчеоттока при обструкции билиарной системы. Эти методики позволяют достаточно быстро и эффективно ликвидировать МЖ и холангит, дают возможность проводить хирургические вмешательства в наиболее благоприятных условиях, в плановом порядке, а у больных пожилого возраста, с тяжелой сопутствующей патологией, могут служить альтернативой хирургическому лечению.

О НАШЕМ ПЕРВОМ КЛИНИЧЕСКОМ ОПЫТЕ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ АНТЕГРАДНЫХ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Тлеумуратов Б.Д., Тохтарбаев Д.Б., Сапарбаева Г.К.

Каракалпакский филиал РНЦЭМП

В последнее время отмечается рост числа пациентов со злокачественными опухолями органов билиопанкреатодуоденальной зоны. В подавляющем большинстве случаев пациенты продолжают поступать в профильные стационары только при развитии различных осложнений, таких как механическая желтуха, кровотечение в просвет желудочно-кишечного тракта, печеночно-почечная недостаточность. Около 90% больных механической желтухой до поступления в хирургический стационар длительное время находятся на амбулаторном обследовании, на лечении в инфекционных больницах с подозрением на желтуху вирусной этиологии. Самой часто встречающейся этиологией механической желтухи опухолевого генеза является тумор головки поджелудочной железы. Тумор большого дуоденального сосочка является вторым по частоте среди опухолевых заболеваний билиопанкреатодуоденальной зоны. Длительный желтушный период повышает вероятность развития осложнения в до и послеоперационном периоде. По мнению многих хирургов, выполнение билиарной декомпрессии в предоперационном периоде является обязательным у больных с длительной и интенсивной желтухой. Летальность при хирургических вмешательствах у больных механической желтухой составляет 15–30%, что значительно выше, чем у больных с ликвидированной механической желтухой до операции. Наличие механической желтухи в большинстве случаев свидетельствует о III–IV стадиях опухолевого процесса, поэтому радикальное хирургическое вмешательство выполнимо не более чем у 5–25% пациентов. Кроме того, риск осуществления радикальной операции крайне высок из-за нарушений свертывающей системы крови на фоне выраженной гипербилирубинемии. Декомпрессия билиарной системы может быть осуществлена несколькими способами: 1) открытый метод (лапаротомия); 2) полуоткрытый метод (лапароскопия); 3) закрытый метод, к которому относятся различные эндоскопические и чрескожные чреспеченочные малоинвазивные методики. В настоящее время общепринятыми считаются малоинвазивные способы разрешения механической желтухи, которые не связаны с лапаротомией. Наиболее широкое применение в хирургической практике получил антеградный способ декомпрессии желчных протоков – чрескожная чреспеченочная холангиостомия. Антеградные способы желчеотведения могут быть предприняты в 100% случаев независимо от уров-

ня и протяженности билиарного блока и степени разобщения желчных протоков.

Цель исследования. Изучение применения миниинвазивных антеградных эндобиларных вмешательств при механической желтухе опухолевого генеза.

Материалы и методы. Сбор анамнеза и исследование истории болезни пациента с механической желтухой, госпитализированного в феврале 2021 года в хирургическое отделение Каракалпакского филиала РНЦЭМП.

Клинический пример. Больной К.К., 72 лет, находился на стационарном лечении в хирургическом отделении Каракалпакского филиала РНЦЭМП с 09.02.2021 г. по 16.02.2021 г. с диагнозом: тумор большого дуоденального сосочка. Осложнение: механическая желтуха. Жалобы при поступлении: боли незначительного характера в области эпигастрия и правом подреберье, слабость, пожелтение кожных покровов, потемнение цвета мочи.

12.02.2021 г. была произведена операция чрескожная чреспеченочная холангиография, наружная холангиостомия. Диагноз после операции: тумор большого дуоденального сосочка. Осложнения: механическая желтуха, печеночная недостаточность тяжелой степени. Гистологическое заключение №107 от 12.02.2021 г. – аденокарцинома G2.

Больной в отделении получал антибактериальную, гемостатическую, инфузионную, анальгетическую и общеукрепляющую терапию. После полученного лечения состояние больного улучшилось. Больной выписан на 4 сутки после операции на дальнейшее лечение у онколога в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Миниинвазивные антеградные эндобиларные вмешательства в условиях хорошо оснащенных специализированных хирургических отделениях позволяют повысить диагностическую ценность, уменьшить количество осложнений, выбрать рациональное оперативное лечение у больных механической желтухой, позволяют эффективно устранить явления гипертензии в желчевыводящих путях, а также поможет избежать грозных осложнений и подготовить больных к дальнейшим отсроченным операциям. Для больных пожилого возраста с тяжелыми сопутствующими патологиями антеградные эндобилиарные вмешательства являются окончательным методом лечения и позволяют улучшить качество жизни.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Тулаков Р.П., Инаков А.Г., Шомуродов О.О., Элмуродов К.С., Назаров Ж.Ч., Файзуллаев Ф.Р.

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Введение. Улучшение качества жизни и питания населения в течение последних десятилетий способствовало значительному увеличению частоты деструктивных форм острого панкреатита.

Наиболее частыми этиологическими факторами острого панкреатита в нашем регионе являются желчнокаменная болезнь и обильный прием алкогольных напитков. На сегодняшний день лечение больных с деструктивными формами острого панкреатита представляет собой актуальную проблему на фоне высокой летальности при тяжелых формах данной патологии.

В настоящее время в центре дискуссии остается вопрос, что видеолапароскопическое вмешательство не может в адекватной мере препятствовать распространению патологического процесса в ПЖЖ при стерильном билиарном панкреонекрозе, в связи с чем операцией выбора является открытая. Однако видеолапароскопическая операция менее травматична, чем открытая, что особенно важно у данных больных.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения деструктивного панкреатита путем использования возможностей видеолапароскопических вмешательств.

Материал и методы. В период с 2015 по 2019 г. в отделении экстренной хирургии Кашкадарьинского филиала РНЦЭМП находились 710 пациентов с диагнозом острый панкреатит. Из числа поступивших больных мужчин было 326 (46%), женщин 384 (54%), 34% – с алкогольной этиологией, 66% – с билиарной этиологией. Оценка тяжести оценивалась в шкале Ran-son и Glasgow. У 526 (74%) пациентов комплексная терапия привела к выздоровлению без применения хирургических методов лечения; у 184 (26%) больных выявлен панкронекроз, из них 132 (18,59%) случаев асептического панкреонекроза, 52 (7,3%) случаев септического панкреонекроза. У 94 больных мы выполняли лапароскопические операции (ЛХЭ, дренирование холедоха по Пиковскому, дренирование сальниковой сумки, боковых каналов и малого таза), у 90 больных выполнены открытые, т.е. лапаротомные операции. Учитывая характер выполненных операций, мы разделили больных на две группы. В первую группу включены больные, оперированные видеолапароскопическим способом, во вторую группу включены больные, оперированные лапаротомным доступом. В первой группе 18 больных повторно оперированы открытым способом из-за продолжающегося некроза ПЖЖ с развитием гнойно-септических осложнений, 5 больных – с летальным исходом. Во второй группе летальных исходов было 22. Причиной летальных исходов было прогрессирование гнойно-некротических процессов и инфицирование антибиотикорезистентными штаммами внутрибольничной инфекции. При сравнении результатов данных групп отмечено, что лапароскопические операции значительно снижают риск инфицирования, гнойно-септических осложнений и летальности, в результате уменьшаются койко-дни. Следует отметить, что са-

нация и дренирование желчных путей и брюшной полости значительно улучшили состояние больных в послеоперационном периоде. Доказательством данного феномена являлось улучшение показателей лабораторно-инструментальных данных и положительная динамика клинических проявлений. Наш опыт показывает, что вмешательство лапароскопическим способом является перспективным направлением при панкреонекрозе. Очевидные преимущества лапароскопических вмешательств позволяют уменьшить риск послеоперационного инфицирования и гнойно-септических осложнений, в то же время позволяют адекватно дренировать брюшную полость и желчные пути.

Заключение. Видеолапароскопические вмешательства с комплексной интенсивной терапией способствуют снижению частоты гнойных осложнений и летальности при деструктивных формах острого панкреатита. Применение лапароскопической санации и дренирования брюшной полости в раннем периоде деструктивного панкреатита позволяет добиться стабилизации состояния пациентов, снижения ферментативной интоксикации и перевести лапаротомию из экстренной в отсроченную, уменьшив тем самым ее объем и снизив риск ее выполнения.

МАЛОИНВАЗИВНАЯ ФИКСАЦИЯ РЕБЕРНОГО КЛАПАНА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ

Тулупов А.Н., Бесаев Г.М., Синенченко Г.И., Никитин А.В.

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Летальность при тяжелой сочетанной травме груди достигает 50%. Остается дискутабельным вопрос о том, когда и как следует прибегать к восстановлению каркасности грудной клетки. По сей день бытует мнение, что по аналогии с переломами длинных трубчатых костей при любом реберном клапане то или иное хирургическое пособие абсолютно необходимо для обеспечения репозиции и консолидации костных отломков. Наш многолетний опыт свидетельствует об обратном.

Целью работы является определение показаний для фиксации реберного клапана и разработка оптимальной методики ее проведения.

Материал и методы. В основе работы находятся результаты обследования и лечения 150 пациентов с реберным клапаном при шокогенной сочетанной травме груди с тяжестью повреждений по шкале ISS более 25 баллов в травмоцентре I уровня.

Результаты и обсуждение. Противошоковое хирургическое лечение и его анестезиолого-реаниматологическое обеспечение при тяжелой сочетанной травме груди с реберным клапаном всегда начинается с общего обезболивания и ИВЛ на догоспитальном этапе или в противошоковой операционной травмоцентра. Данная т.н. пневмофиксация продолжает осуществляться и в отделении хирургической реанимации, куда пациент после стабилизации витальных функций из противошоковой операционной направляется для дальнейшего лечения. В таких случаях вопрос о необходимости фиксации реберного клапана возникает после устранения паренхиматозного компонента дыхательной недостаточности по мере купирования проявлений ушиба легких и сердца, пневмонии, после ликвидации гемо- и пневмоторакса, плеврита, пареза кишечника и т.д., приблизительно через 10–14 суток после травмы. У подавляющего большинства пациентов такого срока вполне достаточно для естественной стабилизации грудной стенки в условиях ИВЛ. Мы пришли к заключению, что фиксации оперативным путем подлежат только реберные клапаны, значимые в функциональном отношении, т.е. обусловливающие суб- или декомпенсированную вентиляционную дыхательную недостаточность. Основными критериями этого являются участие в акте дыхания скелетной мускулатуры (поверхностных мышц груди и шеи), частота дыхания более 30 в 1 мин., $PaCO_2$ более 50 мм рт. ст., сатурация кислорода (SpO2) менее 90% через 30–40 мин. после купирования ноцицептивной болевой импульсации путем парентерального введения аналгетиков (1 мл 2% раствора промедола, 100 мг кетонала или 50 мг трамадола) и местного обезболивания. Применение накостного остеосинтеза при переломах ребер при тяжелой сочетанной травме груди нецелесообразно из-за большой травматичности, а также крайне нежелательного перевода закрытой травмы в открытую и связанного с этим высокого риска гнойных осложнений. Нами разработан, апробирован и в настоящее время успешно используется в клинической практике новый способ (патент №2333730 от 20.10.2008) восстановления каркасности грудной клетки путем внешней фиксации как весьма эффективный и в то же время малотравматичный. Опорными точками при внешней фиксации реберного клапана являются неповрежденные ключицы, ребра, крылья подвздошных костей. Этот способ наряду со своим основным предназначением дает возможность одновременно осуществлять репозицию и фиксацию отломков грудины, ключицы и костей таза.

Заключение. Применение фиксации реберного клапана путем внеочагового остеосинтеза ребер и грудины в комбинации с чрескостным остеосинтезом костей плечевого пояса у 28 пострадавших, а также использование нового алгоритма лечебно-тактического прогнозирования при сочетанной шокогенной травме груди и верхних конечностей позволили уменьшить продолжительность стационарного лечения пациентов на 4,5 сут., частоту осложнений – в 1,3 раза и летальность – в 1,2 раза. Не

значимые в функциональном отношении боковые, переднебоковые и даже передние билатеральные реберные клапаны, а также другие одиночные и множественные переломы ребер подлежат только консервативному лечению даже несмотря на наличие смещения костных отломков.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Тураев Р.И., Бегалиев С.М., Калмурзаев Е.К.

Каракалпакский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Лапароскопическая аппендэктомия – важная технология в арсенале общего хирурга. Kurt Semm в 1980 г. произвел первую лапароскопическую аппендэктомию. В настоящее время малоинвазивные технологии получили широкое распространение в экстренной хирургии. Внедрение в ургентную хирургию видеоэндоскопических технологий даёт возможность широкой ревизии брюшной полости, позволяет диагностировать другие заболевания. Одной из наиболее важных проблем неотложной эндовидеохирургии является лапароскопическая аппендэктомия.

Цель исследования. Определить эффективность лапароскопической аппендэктомии.

Материал и методы. Нами накоплен опыт 105 лапароскопических вмешательств, выполненных при диагностике и лечении острого аппендицита с 2018 по 2019 г. в Каракалпакском филиале РНЦЭМП. Стандартные точки введения троакаров: параумбиликальная зона, левая подвздошная область, правая подвздошная область. Выявлены следующие варианты расположения червеобразного отростка: в правой подвздошной ямке – 87%, ретроцекальное – в 3,7% случаях, тазовое – в 1,8% и ретроперитонеальное – в 1,8%, медиальное – 1,8 %, подпечёночное – 3,7%. Диагностическая лапароскопия производилась у всех пациентов с подозрением на острый аппендицит. У 88 (84%) больных диагностическая лапароскопия переведена в лечебную. Возраст оперированных больных составил от 18 до 62 лет. Для обработки брыжейки червеобразного отростка и достижения надёжного гемостаза нами использовалась монополярная и биполярная коагуляция. Лапароскопическая аппендэктомия выполнялась по стандартной методике, с наложением 2 петель Редера на культю червеобразного отростка.

Результаты и их обсуждения. Морфологически подтверждены следующие формы аппендицита: катаральный 15 (17%), флегмонозный 48 (55%), гангренозный 25 (28%). У 17 пациентов с неясными болями в животе, подозрением на острый аппендицит были диагностированы другие заболевания: в 12 (11,3%) случаях обнаружена острая гинекологическая патология, мезаденит в 3 (2,8%) случаях, в 2 (1,9%) случаях были удалены некротизированные жировые подвески ободочной кишки. Из 88 лапароскопических аппендэктомий 80 выполнено лигатурным способом, 6 с наложением кисетного шва. При отсутствии послеоперационных осложнений дренаж удаляли через 1–2 суток. Конверсия наблюдалась у 2 (2,2%) пациентов, при атипичном расположении аппендицита. Интраоперационное осложнение (кровотечение из артерии червеобразного отростка) было выявлено у одного больного, кровотечение остановлено электрокоагуляцией. Послеоперационный инфильтрат у 1 (1,1%) больного.

Средняя продолжительность операции – 1 час. Длительность пребывания в стационаре составила 4–5 суток. Лапароскопическая аппендэктомия имеет ряд преимуществ по сравнению с традиционной операцией: в избежание необоснованных аппендэктомий и лапаротомий; снижение количества осложнений; высокая диагностическая ценность метода; косметический эффект. Не было ни одного случая нагноения послеоперационной раны.

Выводы. Считаем, что все оперативные вмешательства, выполняемые по поводу острого аппендицита, должны начинаться с диагностической лапароскопии. Диагностическая лапароскопия, предшествующая аппендэктомии, позволяет осмотреть брюшную полости и при отсутствии изменений в аппендиксе, выявить другие заболевания органов брюшной полости.

ЭНДОБИЛИАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ПРИ РУБЦОВЫХ СТРИКТУРАХ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ И НАРУЖНЫХ ЖЕЛЧНЫХ СВИЩАХ

Туракулов У.Н., Саатов Р.Р., Джуманиязов Дж.А.

Республиканский специализированный научно-практический центр хирургии им. академика В. Вахидова, Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Проблема диагностики и лечения рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков (РСВЖП) и наружных желчных свищей (НЖС) остается одной из сложных задач хирургической гепатологии. В обширной литературе явно прослеживается существенная разноречивость подходов к различным операциям при данной патологии, их результаты далеки от удовлетворительных. Сохраняются много открытых вопросов в таком направлении хирургической гепатологии, как эндоскопическое билиостентирование.

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения РСВЖП и НЖС с использованием эндоскопических технологий.

Материал и методы. Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ) занимает ведущие позиции в диагностике РСВЖП и НЖС, как и полипозиционная фистулография при распознавании характера патологии и выбора тактики её ликвидации.

За последние 10 лет выполнено около 3500 ЭРХПГ. Из этого числа ЭРХПГ последующую эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) выполнили у 256 пациентов. При наличии РСВЖП предпринималось бужирование стенотического сегмента, после этого выполнялось билиостентирование участка сужения. Использовались как стандартные эндобилиарные стенты, так и билиостенты, сконструированные в нашем учреждении.

Результаты. Нами выполнено 38 эндоскопических билиостентирований при РСВЖП и НЖС. В 8 случаях стриктура располагалась в зоне конфлюэнса и носила критический характер, заключающийся в прогрессировании механической желтухи. В 21 случае патология располагалась в зоне слияния желчного протока с пузырным протоком. В 9 случаях препятствие оттоку желчи располагалось в дистальной части холедоха. В результате проведенного эндоскопического лечения, после первичного курса восстановление желчеоттока достигнуто у 34 (89,4%) пациентов, в 4 (10,6%) случаях в течение 6–8 месяцев отмечены рецидивы стенозов. По причине рецидива 2 пациентам выполнены реконструктивные хирургические вмешательства, 2 других пациентов пожилого возраста, неоднократно оперированные на желчных путях проходили повторные курсы эндоскопического лечения. В разные сроки (от 6 до 10 месяцев) стенты были извлечены при дуоденоскопии.

Заключение. Метод эндобилиостентирования представляется прогрессивным и удобным, при котором пациент не подвергается риску общего наркоза и связанных с ним дальнейших специфичных осложнений, нет необходимости лапаротомии. Эффективность эндоскопических вмешательств при лечении НЖС, развившихся на фоне рубцовых стриктур ВПЖП, наиболее высока при дистальном расположении патологии. По нашим данным, при проксимальном расположении НЖС эндоскопическое вмешательство было неэффективным в 24,2%, тогда как при дистальном – лишь в 3,5%.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Ураков Ш.Т., Кенжаев Л.Р., Абдурахманов Ш.М., Ганиев А.А.

Бухарский медицинский институт, Бухарский филиал РНЦЭМП

Среди хирургических заболеваний печени и внепеченочных желчных путей наиболее тяжелыми больными являются пациенты с синдромом механической желтухи (СМЖ) с развитием печеночной недостаточности, тромбо-геморрагического синдрома и холемических кровотечений, гнойного холангита и холангиогенных абсцессов печени, дисбактериоза кишечника, а также ряда других осложнений, приводя к развитию полиорганной недостаточности.

Цель работы. Оценить эффективность методов декомпрессии в лечении больных с СМЖ для определения алгоритма лечебной тактики у данной категории пациентов.

Материал и методы. За период с 2014 по 2019 годы на стационарном лечении в хирургическом отделении Бухарского филиала РНЦЭМП находилось 194 пациента с СМЖ различного генеза. При обследовании у 80 (41,4%) пациентов выявлена ЖКБ, холедохолитиаз, у 40 (20,6%) – рак головки поджелудочной железы, у 15 (8%) – острый панкреатит, отечная форма, у 13 (7%) – ПХЭС, холедохолитиаз, у 8 (4,1%) – опухоль ворот печени, у 6 (3,1%) – доброкачественные стриктуры холедоха на фоне ЖКБ, острый калькулезный холецистит; стриктуры холедоха на фоне ПХЭС, стриктуры билиодигестивного анастомоза, стриктуры холедоха на фоне бессимптомного холецистолитиаза и острый холангит – у 4 (2%); стеноз Фатерова сосочка, метастатическое поражение печени и камень культи желчного пузыря – у 3 (1,5%) пациентов. Женщин было 138 (71%), мужчин – 56 (29%). Более 60% больных составили лица старше 60 лет.

Результаты и обсуждение. Специфические проявления СМЖ – желтушность склер и кожного покрова – выявлены у 83% пациентов, потемнение мочи и аҳолия кала – у 40%, боли и чувство тяжести в правом подреберье и в верхней половине живота – у 87%, у 61% выявлен диспептический синдром. Диагностическая программа включала традиционное лабораторное исследование, ультразвуковое исследование, компьютерную томографию, эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию (РПХГ), чрескожно-чреспеченочную холангиографию. Основным диагностическим методом явилась ЭРПХГ, которая выполнялась пациентам с СМЖ, а также всем больным с подозрением на конкременты во внепеченочных желчных протоках Выполнено 275 ЭРПХГ, из них 94 диагностических и 181 лечебных.

У 123 (63,5%) пациентов выполнена ЭПСТ, из них по поводу холедохолитиаза 58 (47%) пациентам. Удаление камней проводилось корзиной Дормиа, количество их колебалось от 1 до 9, наибольший диаметр удаленного камня составил 14 мм. Для проведения стентирования холедоха у 11 (6,3%) пациентов не было необходимости в выполнении протяженного папиллотомического разреза, который превышает риск развития осложнений. При проведении ЭРПХГ затруднения вызывали ано-

малии расположения желчевыводящих протоков, парапапиллярные дивертикулы, которые встретились у 45 (23%) больных.

Выводы. Комплексное обследование больного с СМЖ позволяет произвести точную диагностику патологии, определить дифференциальную тактику лечения больных и определить показания к эндоскопическому и оперативному лечению больных с целью устранения причины механической желтухи и восстановления пассажа желчи.

МЕХАНИҚ САРИҚЛИКНИНГ ЖИГАР ЦИРРОЗИ БИЛАН БИРГА КЕЛГАН ҲОЛАТЛАРДА ЭНДОСКОПИК РЕТРОГРАД ПАНКРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИЯНИНГ РОЛИ

Ўроқов Ш.Т., Мусоев Т.Я., Кенжаев Л.Р.

Бухоро давлат тиббиёт институти, РШТЁИМ Бухоро филиали

Материал ва услублар. Илмий иш 2017–2020 йиллар давомида Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиалининг шошилинч хирургия бўлимларида ЖЦ ҳамда ЎТК сабабли МС ташхиси билан даволанган 76 беморда олиб борилган изланиш натижаларига асосланган. Барча беморлар 2 гуруҳга бўлиб ўрганилди. Биринчи (асосий) гуруҳда МС нинг ЖЦ билан биргаликда келган 54 бемор бўлса, иккинчи (назорат) гуруҳда эса фақат МС билан касалланган 22 бемор ташкил қилди.

Биринчи гуруҳдаги ЖЦ ва МС билан келган 41 беморга ЭРПХГ усули ёрдамида текширилиб, ундаги тошларни бартараф этиш бир ва бир неча уринишдан сўнг ўз самарасини кўрсатди. Ушбу усулда бажарилган 32 беморда биринчи муолажадан сўнг, 8 беморда эса 2-муолажадан сўнг ва 1 беморда 3 марта ЭРПХГ ва ЭПСТ муолажаси қўлланилди. 39 беморда кейинги кундан умумий билирубиннинг камайиши, иштаҳанинг пайдо бўлиши, умумий аҳволнинг яхшиланиши кузатилди. Цитолитик ферментлар 3- кундан бошлаб сезиларли даражада пасая бошлади. Қолган 2 беморнинг бирида мусбат ўзгаришлар ўткир жигар етишмовчилигига қарши олиб борилган интенсив даводан сўнг 6–8 кунда кузатилди. 1 беморда МС миниинвазив усулда бартараф қилинишига қарамасдан, ЖЦ нинг активлашиши ва ўткир жигар етишмовчилиги туфайли беморда ўлим кузатилди. 8 беморда ўткир тошли холецистит белгилари борлиги сабабли кейинги этапда лапароскопик холецистэктомия амалиёти бажарилди.

Иккинчи гуруҳдан 22 беморнинг барчасига махсус тайёргарликдан сўнг дастлаб миниинвазив усулда МС ни бартараф қилишга уриниб кўрилди. 15 беморда ЭРПХГ ва ЭПСТ усулида бир вақтнинг ўзида ташхис қўйиб, МС сабаби муаффақиятли бартараф қилинди. Ушбу муолажадан сўнг 11 беморга 2–3 кунлик кузатувдан кейин амбулатор даволаш учун уйига жавоб берилди. Қолган 4 беморда ўткир тошли холецистит белгилари борлиги сабабли кейинги этапда лапароскопик холецистэктомия амалиёти бажарилди. Шундан 7 беморга ЭРПХГ усулида 2 марта уринишда ҳам МС ни бартараф қилишни иложи бўлмаганлиги ва беморда ўткир тошли холецистит борлигини инобатга олган ҳолда лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитотомия ва холедохни дренажлаш операцияси қилинди. Ҳаммаси бўлиб 11 та беморда жарроҳлик усули қўлланилди. Ҳар иккала гуруҳдан жами 12 та беморга босқичма-босқич ЭРПХГ ва ЭПСТ муолажасидан сўнг лапароскопия усулида холецистэктомия операцияси бажарилди.

Хулоса. Юқорида таъкидланганидек, каминвазив даво усуллари нафақат МС ни билан келган беморларни, ҳаттоки МС нинг ЖЦ билан биргаликда келган ҳолатларда ҳам ўз самарасини кўрсатиб, беморларни стационарда ётиш кунларини камайтириш билан биргаликда, уларнинг актив ҳаёт тарзига тезроқ қайтишида муҳим аҳамиятга эга.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Усаров Т.А., Карабаев Х.К., Мустафакулов И.Б., Камалов С.Ж., Мизамов Ф.О., Жабборов З.И.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Одним из актуальных методов лечения желчекаменной болезни (ЖКБ), острого холецистита (ОХ) является холецистэктомия. До введения лапароскопической холецистэктомии в конце 80-х – начале 90-х открытая холецистэктомия (ОХЭ являлась золотым стандартом лечения симптоматического холелитиаза. В этот период диагноз ОХ служил противопоказанием к лапароскопическому лечению вследствие воспаления и отека. ОХ в тот период лечился консервативно: внутривенными растворами и антибиотиками. Эго требовало отсроченной холецистэктомии через 6–12 недель после выписки больного. Однако окончательно исключать из арсенала лечебных методик ОХЭ, видимо, пока не следует, принимая во внимание, хотя и очень немногочисленные, позитивные оценки этой методики в лечении ОХ у соматически тяжёлых пациентов даже в сравнение с перкутанной холецистостомией. Альтернативой хирургической холецистэктомии стала лапароскопическая холецистэктомия.

Благодаря внедрению современных методов визуальной диагностики (прежде всего ультразвуковой), а также лапароскопических и миниинвазивных операций результаты лечения ОХ во всем мире улучшились, что привело к снижению летальности до 2,5–4%, а в некоторых ведущих центрах – до 1,1% и менее.

Материал и методы. В основу работы положены результаты обследования и лечения 452 пациентов с диагнозом острый холецистит, находившихся в СФ РНЦЭМП. Мужчин было 101 (22,3%), женщин 351 (77,7%). Соотношение мужчин и женщин составило 1:3. Средний возраст больных – 52,9 года.

Все больные поступили в стационар экстренно. Давность заболевания варьировала от 1 часа до 10 суток. В исследование брали пациентов с калькулезными формами ОХ.

Гангренозный холецистит диагностирован у 66 пациентов, флегмонозный – у 386. Оперативному лечению были подвергнуты 450 (99,5%) больных ОХ.

Необходимо отметить, что у некоторых больных имелись различные сопутствующие заболевания, среди которых основное место занимали заболевания сердечно-сосудистой системы: ишемическая болезнь сердца имела место у 29 больных, атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз у 5, гипертоническая болезнь у 9. У 7 больных отмечался сахарный диабет, у 5 – хронические заболевания легких. Всем этим больным проводили соответствующую предоперационную подготовку. Ожирение III–IV степени наблюдалось чаще у лиц женского пола – 52, чем у мужчин – 3, что не являлось противопоказанием к лапароскопическим операциям.

Последовательное использование таких технических приемов как холецистолитотомия, эндолигатурная тракция шейки желчного пузыря в сочетании с холецистэктомией по Прибраму, выделение пузырного протока и одноименной артерии с помощью специального инструмента, позволило предотвратить повреждение магистральных желчных протоков. В 6 случаях имело место значительное кровотечение из короткого ствола пузырной артерии. Для его остановки нами использовалась инсуфляционная приставка, позволяющая значительно увеличить скорость подачи газа в брюшную полость, что крайне необходимо при интенсивной работе отсоса. Осуществлялась эвакуация кровяных сгустков после их механической фрагментации. Переход па лапаротомию имел место в 2 случае – при синдроме Миризи. Среднее время операции составило 84,1+7,2 мин. Летальных исходов и тяжелых послеоперационных осложнений, связанных с оперативным вмешательством, мы не наблюдали.

Результаты. Для осуществления оперативного вмешательства при ОХ мы располагали двумя основными технологиями оперативного лечения: открытыми (традиционными) и эндовидеохирургическими. Операцией выбора при ОХ мы считаем ЛХЭ.

Использование выработанного нами комплекса профилактических мер по предупреждению осложнений при ЛХЭ позволило уменьшить среднюю длительность пребывания больного в стационаре с 10,5 до 4,5 койко-дня. Послеоперационная летальность в группе пациентов, оперированных лапароскопическим способом не было. Количество ранних послеоперационных осложнений уменьшилось с 6,6 после открытой холецистэктомии до 2,2% после лапароскопической.

Выводы. При остром холецистите УЗИ имеет низкий показатель чувствительности (25,3%) в выявлении сопутствующего холедохолитиаза, в то время как РПХГ показала чувствительность в 96%, а МСКТ – в 100%.

Тщательное обследование больных перед операцией, совершенствование и оптимизация техники оперативного вмешательства, применение допплерографического исследования и МСКТ у оперируемых пациентов позволяют предупредить ряд ошибок и развитие возможных осложнений при ЛХЭ и улучшить результаты хирургического лечения больных острым калькулезным холециститом.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ КРОВОТОЧАЩИХ ГИГАНТСКИХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Усербаев А.М., Калмурзаев Е.К., Тагаев П.Ж.

Каракалпакский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Оценить возможности эндоскопических методов в диагностике и лечении кровоточащих гигантских язв желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) у лиц пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни 36 больных пожилого и старческого возраста с гигантскими язвами желудка и ДПК, осложненных кровотечением, находившихся на лечении в отделении хирургии. Возраст больных от 60 до 80 лет. Средний возраст составил 65,3±3,1 года. Мужчин 19 (52,8%), женщин – 17 (47,2%). Язвы желудка диагностированы в 19 (52,8%) случаях; ДПК – в 17 (47,2%).

Результаты и их обсуждение. Всем больным при поступлении проводилась экстренная фиброгастродуоденоскопия, определялся источник кровотечения, при продолжающемся кровотечении проводилась его эндоскопическая остановка и оценка риска рецидива кровотечения. В соответствии с классификацией Forrest, больные разделены на 3 группы: 1 – больные с активным кровотечением. (F1 a, b); 2 – больные с признаками недавнего кровотечения F2 a, b, c; 3 – больные с эндоскопическими признаками стабильного гемостаза.

1. группа: 8 (22,2%) пациентов. Всем больным этой группы выполнялся эндоскопический гемостаз (ЭГ). В зависимости от источника кровотечения, его интенсивности выбирался тот или иной способ ЭГ: аппликационный гемостаз, инфильтрационный гемостаз.

2. группа: 18 больных (50%). У больных этой группы, с высоким риском развития кровотечения F2 a, b, также выполнялся ЭГ.

3. группа: 10 (27,8%) больных, которым ЭГ был проведен с целью профилактики рецидива кровотечения.

В 1 группе результаты проведения гемостаза были следующими: у 3 пациентов достигнут устойчивый гемостаз; у 2 пациентов диагностировано активное кровотечение, попытки гемостаза безуспешны, у 3 пациентов после эндоскопического гемостаза возник рецидив кровотечения. В этой группе оперированы 5 больных (не остановленное кровотечение и рецидив кровотечения после эндоскопического гемостаза) у 4 больных выполнена резекция желудка по Бильрот-2 (Б-2), у 1 – иссечение язвы, пилоропластика, СПВ. Умерла 1 больная после резекции желудка на высоте кровотечения.

Во 2 группе: у 12 пациентов после проведения ЭГ достигнут стабильный гемостаз F3, у 4 пациентов возник рецидив кровотечения, больные оперированы – выполнены гастрэктомия, субтотальная резекция желудка по Б-2, гастродуоденотомия, прошивание кровоточащей язвы с пилоропластикой, иссечение язв желудка; у 2 больных ЭГ выполнялся неоднократно, при контрольных гастроскопиях сохранялись признаки нестабильного гемостаза: 1 больной оперирован – выполнена резекция желудка по Б-2, больной умер; у другого – достигнут стабильный гемостаз после 3 ЭГ (АПК язвы).

Вывод. Таким образом, в 72,2% наблюдений ЭГ при гигантских язвах желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненных кровотечением, оказался эффективен. У 2 пациентов операции выполнены в экстренном порядке ввиду неэффективности ЭГ. В 22,2% случаев ЭГ не явился окончательным, но дал возможность провести адекватную предоперационную подготовку. Летальность составила 5,6%.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ

Фаязов А.Д., Ахмедов А.И.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Самаркандский государственный медицинский институт

Гастродуоденальных осложнения встречаются при термических травмах 15–25%. Наиболее частым осложнением острых гастродуоденальных язв у тяжелообожженных является кровотечение. При этом следует отметить, что после термических травм летальность при кровотечениях из острых гастродуоденальных язв остается высокой и достигает 25–75%.

Цель исследования. Провести комплексный анализ результатов лечения больных с кровотечением из острых гастродуоденальных язв у тяжелообожженных.

Материалы и методы. В ожоговом отделении Самаркандского городского медицинского объединения у тяжелообожженных в течение последних 10 лет вылечены 80 больных с кровотечением из острых гастродуоденальных язв. Средний возраст больных составил 51±16 лет, из них 46,4% было старше 60 лет. По локализации острых язвенных поражений: у 16 (20%) больных – в двенадцатиперстной кишке (ДК), у 41 (51,25%) – в желудке, у 23 (28,75%) – множественные язвы в желудке и ДК.

Результаты. Факторами риска развития послеоперационных острых язв являлись: коагулопатии, длительная (более 48 часов) искусственная вентиляция легких; развитие выраженной органной дисфункции; ДВС-синдром; артериальная гипотензия и шок; алкоголизм; длительная назогастральная интубация и лечение глюкокортикоидами. Все факторы являются абсолютным показанием для проведения профилактики язв желудка. Срок выполнения повторной ЭФГДС зависит от надежности выполненного первичного гемостаза, что в среднем составляет 1–3 дня. Первичный эндоскопический гемостаз был успешен у всех 12 пациентов с активным кровотечением. В группе высокого риска рецидива проводился эндоскопический контроль гемостаза, контрольную ЭФГДС выполняли через 1–3 суток после первичного обследования. При каждой ЭФГДС оценивали качество гемостаза, риск рецидива кровотечения и проводили профилактику кровотечения. Все пациенты получали стандартизированную консервативную терапию: внутривенное болюсное введение ингибиторов протонной помпы с последующей непрерывной инфузией после эндоскопического гемостаза в течение 72 часов, (пантопрозол, контролок болюсно 40 мг и по 8 мг/час непрерывно). С 3-х суток перевели на пероральные формы ингибиторов протонной помпы.

Рецидив кровотечения после первичного эндогемостаза отмечен у 2 пациентов (2,5%), все они были из группы высокого риска. При этом отмечено, что у всех пациентов рецидив кровотечения возник на фоне нарастания органной недостаточности. Повторный эндогемостаз был эффективен у 1 больного. Двое больных в связи с неэффективностью консервативной терапии и повторного эндогемостаза оперированы. У всех пациентов с рецидивом кровотечения острые язвы были множественными и локализовались в желудке. Объем хирургического вмешательства: гастротомия с прошиванием язв. В анализируемой группе умерло 3 больных (3,75%). Из 2 оперированных умер один. Основная причина летального исхода – прогрессирование полиорганной недостаточности.

Выводы. Лечение больных с кровотечением из острых гастродуоденальных язв у тяжелообожженных является актуальной проблемой хирургии.

Учитывая, что они являются вторичными, для них наиболее справедливо положение о том, что проще эту патологию предупредить, чем лечить ее с момента проявления.

Профилактика возникновения и последующих рецидивов кровотечения из острых язв у тяжелообожженных пациентов заключается, прежде всего, в проведении адекватной антисекреторной терапии и лечении органной недостаточности.

ПРОФИЛАКТИКА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ

Фаязов А.Д., Ахмедов А.И.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Самаркандский государственный медицинский институт

Гастродуоденальные кровотечения осложняют течение ожоговой болезни и в некоторых случаях могут увеличивать вероятность наступления летального исхода у пострадавших с тяжелой термической травмой.

На сегодняшний день основными группами препаратов, рекомендованных для проведения антисекреторной терапии у пострадавших с обширными ожогами, остаются блокаторы Н2-гистаминовых рецепторов и ингибиторы протонной помпы. В связи с этим оценка эффективности профилактического использования антисекреторных препаратов производилась на основании определения частоты гастродуоденальных кровотечений.

Цель исследования. Определить эффективность антисекреторных препаратов для проведения профилактики гастродуоденальных кровотечений у пострадавших с тяжелой термической травмой.

Материалы и методы. Для реализации поставленной цели было проанализировано 90 пациентов с тяжелой термической травмой (площадь ожога >20% у пациентов моложе 60 лет; >10% у пациентов 60 лет и старше), госпитализированных в период с 2014 по 2019 год в ожоговое отделение Самаркандского городского медицинского объединения. Все больные были разделены на три группы. В первую группу вошли 32 пациента, не получавшие профилактическую антисекреторную терапию. Во вторую группу вошли 39 пациентов, получавших блокаторы Н2-гистаминовых рецепторов. Третью группу составили 19 пациентов, получавших ингибиторы протонной помпы. Оцениваемая методика представляла собой назначение пострадавшим одного из антисекреторных препаратов в парентеральной форме не позднее чем с 1-х суток от момента поступления в стационар. Замена парентеральной формы введения на пероральную производилась после перевода пострадавших на самостоятельное энтеральное питание, но не ранее выхода из острого периода ожоговой болезни.

Результаты. Частота гастродуоденальных кровотечений среди пациентов, которым не проводилась антисекреторная терапия, составила 15,6% (5 из 32). У пациентов, получавших Н2-блокаторы, частота гастродуоденальных кровотечений не превысила 10,2% (4 из 39), а среди пациентов, получавших ингибиторы протонной помпы, – только 5,2% (1 из 19). Статистический анализ показал отсутствие эффекта от терапии Н2-блокаторами, по сравнению с пациентами, не получающими антисекреторную терапию. Оценка ингибиторов протонной помпы, по сравнению с пациентами, не получающими антисекреторную терапию, показала их относительную эффективность. Межгрупповые различия эффективности между пациентами, получавшими Н2-блокаторы и получавшими ингибиторы протонной помпы, оказались статистически недостаточно значимыми.

Выводы. Полученные результаты исследования показали, что профилактическая терапия блокаторами Н2-гистаминовых рецепторов не снижает частоту развития гастродуоденальных кровотечений у пациентов с тяжелой термической травмой. Использование с профилактической целью ингибиторов протонной помпы статистически значимо снижает частоту гастродуоденальных кровотечений по сравнению с пациентами, не получавшими антисекреторную терапию. Необходимо проведение дальнейших исследований для разработки и внедрения в повседневную практику рекомендаций по профилактики гастродуоденальных кровотечений у пострадавших с термической травмой.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАЦИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ ПРИ ТЕРМИЧЕСКИХ ТРАВМАХ

Фаязов А.Д., Ахмедов А.И.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Самаркандский государственный медицинский институт

По данным ряда авторов частота эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной слизистой при термической травме достигает 75%. При этом своевременная диагностика данных состояний является затруднительной и в ряде случаев может стать решающим фактором в определении исхода травмы. Значительный успех в изучении этиопатогенетических особенностей эрозивно-язвенных поражений при ожоговой травме в последние годы значительно скорригировал лечебно-диагностические алгоритмы у данной категории пострадавших, что значительно снизило количество подобных осложнений. В первую очередь отмечается значительный прогресс в профилактике ранних желудочно-кишечных кровотечений у ожоговых больных за счет внедрения фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС) в алгоритм обследования тяжелообожженных и современ-

ной антисекреторной терапии. С другой стороны проблема поздних осложнений эрозивно-язвенного поражения желудка далека от решения ввиду многочисленности вариантов патогенеза.

Цель исследования. Проанализировать особенности клинического течения и профилактики перфорации гастродуоденальных язв при термических травмах

Материалы исследования. Нами изучены результаты лечения 22 пострадавших с ожоговыми поражениями, течение ожоговой болезни которых осложнилось перфорацией гастродуоденальной язвы. До 6 часов с момента перфорации оперировано 2 больных, 16 оперировано в течение первых суток, 4 больных оперированы в сроки позднее суток с момента перфорации. Всем выполнено ушивание перфорации, дренирование брюшной полости, в 2 случаях операция завершена лапаростомией.

Результаты. В периоде ожоговой болезни поступивших больных, необходимо отметить что все больные поступили в стадию ожоговой токсемии, 18 (82%) пострадавших перенесли аутодермопластику, 13 (59%) больным дальнейшее хирургическое лечение уже не планировалось. Наличие язвенного инфильтрата отмечено у 5 (22,7%) пострадавших, при этом из них язвенный анамнез имели двое, а трое имели гастритический анамнез, в 77% имела место перфорация острой язвы. На момент перфорации антисекреторная терапия в полном объёме не проводилась ни одному больному. Ближайшая послеоперационная летальность составила 13,6% (3 пострадавших). Причиной смерти стал прогрессирующий сепсис с развитием полиорганной недостаточности.

Выводы. Развитие перфоративной гастродуоденальной язвы у больных с термическими поражениями наиболее часто происходит на фоне ожоговой токсемии и в ряде случаев у больных в начальном периоде реконвалесценции, и в 77% сопряжено с острыми изъязвлениями. Ведущим направлением в профилактике данного осложнения можно считать длительную антисекреторную терапию.

ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Хаджибаев А.М., Рахимова Р.А., Шукуров Б.И., Рахимов Р.И.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Клиническая больница скорой медицинской помощи г. Ташкента

Материал и методы. Изучены результаты диагностики и лечения ЯГДК у 413 пациентов с ИБС, госпитализированных в хирургические отделения РНЦЭМП в 2010–2020 гг. Мужчин было 241 (58,4%), женщин – 172 (41,6%). Средний возраст больных 70,7±9,2 года. У 283 (68,5%) обследованных наблюдались острые язвы, у 130 (31,5%) язвенный процесс был хроническим. При этом, острые язвы чаще локализовались в желудке (55,1%), а хронические кровоточащие язвы – в двенадцатиперстной кишке (67,7%). Кроме того, у 16,3% больных с острыми язвами и у 8,5% пациентов с язвенной болезнью имели место смешанная (одновременное поражение желудке и ДПК) локализация язвенного субстрата.

У больных с ИБС лёгкая степень кровопотери имела место лишь у 62 (15,0%) пациентов, у 202 (48,9%) установлена средняя степень кровопотери, у 149 (36,1%) диагностирована тяжелая степень. Практически все больные с ИБС, у которых мы диагностировали кровотечение из хронических язв, указывали на наличие у них язвенного анамнеза продолжительностью до 10 и более лет. И только у 19 (4,6%) пациентов были так называемые немые язвы. По поводу первого эпизода язвенного кровотечения поступили только 176 (42,6%) больных, у остальные пациентов в анамнезе были указания на предыдущие кровотечения.

Наличие явной клиники кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (мелена, рвота «кофейной гущей» и кровью) является абсолютным показанием к проведению эзофагогастродуоденофиброскопии (ЭГДФС) независимо от формы ИБС. При эндоскопии активность кровотечения из гастродуоденальных язв оценивали согласно классификации Форреста (1974).

Результаты. У больных с ИБС продолжающиеся кровотечения (F-1A и F-1B) мы достоверно чаще наблюдали при острых изъявлениях слизистой оболочки желудка и ДПК по сравнению с хроническими язвами (21,9% против 18,4%, ч2=4.449, p=0.035). В сумме у 11 (2,7%) имело место струйное, артериальное кровотечение (F-1A), а у 75 (18,2%) пациентов – подсачивание крови в виде венозного кровотечения (F-1B). Соответственно, с остановившимся кровотечением по F2 и F3 при ИБС чаще поступали пациенты с хронической язвой (81,6% против 78,1%, p=0.032).

Примерно у 1/3 пациентов (149; 36,1%), включенных в исследование, ЭГДФС выполнена на фоне клинической и ЭКГ картины острых коронарных эксцессов в виде острого коронарного синдрома (ОКС) (118; 28,6%) и острого инфаркта миокарда (ОИМ) (31; 7,5%). У этих пациентов диагностическую и лечебную ЭГДФС проводили в условиях отделения хирургической реанимации под наблюдением кардиолога. В наших наблюдениях ни в одном случае не было отмечено развитие острой сердечно-сосудистой недостаточности (ОССН) или кардиогенного шока во время проведения эндоскопических процедур на фоне ОКС и ОИМ.

В зависимости от характера и интенсивности ЯГДК, оцененного при ЭГДФС по классификации Forrest, у 301 (72,9%) больного были использованы различные способы эндоскопического гемостаза, а у 112 (27,1%) пациентов с состоявшемся кровотечением – противоязвенная и гемостатическая консервативная терапия.

Общая частота рецидива кровотечения составил 11,6% – у 48 из 413 пациентов в госпитальный период после первичного гемостаза развилось повторное язвенное кровотечение. Применение эндоскопического гемостаза – электрокоагуляция и инъекции склерозантов – позволили добиться первичной остановки кровотечения у всех 86 больных с активным кровотечением (тип F1) и снизить частоту рецидива кровотечения у 215 пациентов с признаками недавного кровотечения (типы F2A и F2B). Общий показатель рецидива геморрагии после применения эндоскопических методов остановки кровотечения составил 7,3%, тогда как при отказе от использования этих методов ввиду наличия состоявшегося кровотечения (по F2B, F2C и F3) риск рецидива составляет 27,1%.

Результаты хирургических операций, выполненных по жизненным показаниям на фоне рецидива ЯГДК у больных с ИБС, оказались крайне неудовлетворительными с показателем послеоперационной летальности 37,5%.

Более того, после открытых хирургических вмешательств у этой категории пациентов в 66,7% случаях отмечается развития острых коронарных эксцессов, тогда как при использовании эндоскопического гемостаза или консервативной терапии у больных с ИБС риск развития коронарных осложнений составляют 7,9 и 9,3%, соответственно. Развитие острых коронарных эксцессов на фоне острых ЯГДК, являясь, наряду с рецидивов кровотечения, наиболее агрессивным и решающим фактором риска неблагоприятного исхода, сопровождается летальностью, достигающей 93,5%. Показатель общей летальности при традиционной тактике лечения ЯГДК у больных с ИБС составляет 18,4%, при этом летальность от коронарных осложнений достигает 14,0%, что в общей структуре умерших больных составляет 76,3%.

Выводы. У больных с ИБС источником гастродуоденального кровотечения значительно чаще являются острые язвы по сравнению с язвенной болезнью (68,5% против 31,5%). 95,4% больных с ИБС, поступивших с кровотечениями из хронических язв, имеют язвенный анамнез, в связи с чем наличие язвенного анамнеза должно быть включено в перечень предикторов развития ЯГДК на фоне антиагрегантной терапии и эта категория пациентов подлежит эндоскопическому дообследованию и проведению профилактической противоязвенной терапии. У больных с ИБС общая частота рецидива ЯГДК составляет 11,6%, после применения эндоскопических методов гемостаза – 7,3%, при отказе от использования профилактического эндоскопического гемостаза при состоявшемся кровотечении риск рецидива возрастает до 23,2%. У больных с ИБС, оперированных по поводу рецидива кровотечения, послеоперационная летальность составляет 37,5%, частота острых коронарных эксцессов – 66,7% с летальностью 93,5%. При ЯГДК у больных с ИБС наиболее надежными и безопасными методами гемостаза являются эндоскопические способы, при применении которых была отмечена наименьшая частота рецидивов кровотечения (7,3%) и острых коронарных синдромов (7,9%).

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Хаджибаев А.М.[1,2], Рахимов Р.И.[1], Махамадаминов А.Г.[2], Набиев А.А.[2], Халилов А.С.[2]

(РНЦЭМП[1] и ЦРПКМР[2] МЗ РУз)

Среди сопутствующих заболеваний, на фоне которых язвенные гастродуоденальные кровотечения (ЯГДК) протекают особенно тяжело, особое место занимают ишемические заболевания сердца (ИБС). В случаях сочетанного развития этих нозологий наблюдается взаимоотягощающее влияние одного патологического процесса на другой, что обусловливает высокую летальность, составляющую от 37 до 70% при консервативном и оперативном лечении подобных больных.

К большому сожалению, до настоящего времени окончательно не разработаны четкие критерии как оценки тяжести сочетанного течения ЯГДК и различных форм ИБС, так и выбора адекватной тактики лечения. В связи с этим целью настоящего исследования явилась разработка компьютерной программы выбора тактики лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений при ишемической болезни сердца.

Для создания компьютерной программы выбора тактики лечения нами вначале была разработана интегральная шкала прогноза категории тяжести течения ЯГДК сочетающихся с различными формами ИБС, которая в дальнейшем дополнялась данными касающихся объема различных лечебных манипуляций. Эти лечебные данные включали в себя традиционную и усовершенствованную схему консервативной терапии, традиционные и разработанные новые эндоскопические гемостатические вмешательства. Кроме того, список лечебных манипуляций включал в себя хирургические вмешательства паллятивного и радикального характера с показаниями и сроками их осуществления, а также необходимой предоперационной интенсивной терапией.

Весь этот разнообразный лечебный арсенал, в самостоятельном или сочетанном вариантах, в разрабатываемой компьютерной программе должен был получить свое место и соответствующее звучание в зависимости от данных прогноза категории тяжести течения имеющихся сочетанных патологий – ЯГДК и ИБС определяемой интегральной шкалой. При выполнении данной задачи, создаваемая компьютерная программа, кроме самой категории тяжести течения, нами ориентировалась на конкретную сумму баллов набираемых интегральной шкалой в каждой клинической ситуации. На наш взгляд, только лишь применение такого принципа с помощью компьютерной программы создает возможность охвата и отображения всего разнообразного спектра вариантов лечения больных ЯГДК сочетающихся с различными формами ИБС. Следующим этапом наших исследований стала кибернетическая интерпретация и обработка полученных результатов, которая была выражена в виде создания компьютерной программы выбора тактики лечения больных ЯГДК, сочетающихся с различными формами ИБС

На данную компьютерную программу нами был получен патент № DGU 07622 патентного ведомства РУз от 24.01.2020 год.

Отличительной особенностью, созданной нами компьютерной программы являлось то, что она значительно упрощает всю процедуру для практического врача, от которого требуется только ввод требуемых исходных параметров. Далее программа автоматически высчитывает набранные конкретные баллы с указанием категории тяжести течения и рекомендуемую разновидность и объем необходимых лечебных манипуляций больным с ЯГДК, сочетающихся с различными формами ИБС, в конкретной клинической ситуации. Надо отметить, что компьютерная программа выбора тактики лечения больных с ЯГДК сочетающихся с различными формами ИБС достаточно проста для использования, доступна для любого практического врача. Это во-первых позволяет применять ее на всех уровнях системы экстренной медицинской помощи включая филиалы и субфилиалы РНЦЭМП, во-вторых осуществлять компьютерный контроль в динамике лечебного процесса.

Таким образом, подытоживая все вышеперечисленное надо отметить, что разработанная нами компьютерная программа выбора тактики лечения больных с ЯГДК, сочетающихся с различными формами ИБС, наиболее полно соответствует требованиям практической экстренной медицины.

Применение разработанной нами компьютерной программы выбора тактики лечения ЯГДК, сочетающихся с различными формами ИБС, позволит не только точно установить клинический диагноз, но и выбрать наиболее правильную тактику лечения.

ШКАЛА ПРОГНОЗИРОВАНИЯ КАТЕГОРИИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ СОЧЕТАЮЩИХСЯ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ИБС

Хаджибаев А.М.[1,2], Рахимов Р.И.[1], Махамадаминов А.Г.[2], Набиев А.А.[2], Халилов А.С.[2]

(РНЦЭМП[1] и ЦРПКМР[2] МЗ РУз)

Целью настоящего исследования явилась разработка интегральной балльной шкалы прогнозирования категории тяжести течения язвенных гастродуоденальных кровотечений (ЯГДК) в сочетании с различными формами ишемической болезни сердца (ИБС).

Решение данной задачи нами было осуществлено путем модификации и адаптации к ЯГДК с ИБС известной шкалы SAPS. При этом были проведены ретроспективные исследования по определению прогностической значимости и статистической достоверности эмпирически выбранных антропометрических, клинических, инструментальных и лабораторных показателей риска развития и оценки тяжести течения ЯГДК с ИБС. Статистический анализ проводился раздельно в группах пациентов, у которых не наблюдалось развития тяжелого течения ЯГДК с ИБС (117 больных), и в группе пациентов, у которых отмечалось развитие тяжелого течения (131 больной). Нами рассчитывались значения χ^2 для каждого из выбранных показателей. Критическое значение последнего составляло 3,84. Превышение рассчитанных показателей χ^2 данного критического значения оценивалось нами как свидетельство статистической достоверности данного показателя (P<). В итоге всех проведенных нами соответствующих расчетов прогностически значимыми и статистически достоверными оказались такие показатели, как: возраст, систолическое артериальное давление, пульс в 1 минуту, частота дыхания в 1 минуту, сознание, ВСК крови, содержание гемоглобина, тромбоцитов, протромбина, мочевины в крови, показатель гематокрита крови, объем кровопотери, индекс Альговера, степень гемостаза по Форресту, степень ишемии миокарда, показатели ФВ, УО.

После выделения вышеуказанных показателей нам предстояло установить правила прогноза категории тяжести течения ЯГДК с ИБС при наличии конкретного показателя. Для этого нами каждому показателю в зависимости, во-первых, от степени его выраженности, во-вторых, от степени его достоверности (значение χ^2) присваивался прогностический балл от 1 до 3. При этом мы строго придерживались того правила, что чем больше степень выраженности и соответственно значение χ^2, тем выше балл получал тот или иной показатель. В результате этого нами была получена новая модифицированная интегральная шкала прогноза кате-

гории тяжести течения ЯГДК с ИБС. В дальнейшем баллы суммировались и на основании полученной суммы баллов нами разработаны градации прогноза категории тяжести течения ЯГДК с ИБС: от 17,0 до 26,8 баллов (I категория тяжести), от 26,9 до 35,7 (II категория), от 35,8 до 51,0 (III категория).

Проведенные нами проспективные исследования по выявлению эффективности данной шкалы прогноза категории тяжести течения ЯГДК с ИБС у обследованных 62 пациентов позволили заключить, что имеется более 80%-ное совпадение предварительного определения категории тяжести и окончательного диагноза. Данное положение послужило первичным основанием для предположения о надежности и адекватности предложенной нами интегральной шкалы прогноза. Однако для еще большего соответствия, категории тяжести течения ЯГДК с ИБС по разработанной нами интегральной шкале, принципам доказательной медицины нами проведен расчет их «чувствительности» и «специфичности». На разработанную интегральную шкалу прогнозирования категории тяжести течения ЯГДК с ИБС нами получено рационализаторское удостоверение №00114 от 11.01.2020 года выданное Ташкентским институтом усовершенствования врачей.

Таким образом, проведение ретроспективных исследований по определению прогностической значимости и статистической достоверности эмпирически выбранных антропометрических, клинических, инструментальных и лабораторных показателей позволило нам разработать интегральную шкалу прогнозирования категории тяжести течения ЯГДК при сочетании с различными формами ИБС.

Предложенная нами новая интегральная шкала прогнозирования категории тяжести течения ЯГДК при сочетании с различными формами ИБС обладает высокими показателями чувствительности, специфичности и вполне соответствует требованиям практической экстренной хирургии.

В связи с этим ее широкое применение позволит объективировать оценку тяжести течения ЯГДК при сочетании с различными формами ИБС, что соответственно приведет к улучшению результатов лечения у данных больных.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Хаджибаев Ф.А.[1,2], Алиджанов Ф.Б.[2], Шукуров Б.И.[1], Курбонов А.Б.[1]

[1]Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, [2]Ташкентский институт усовершенствования врачей

Введение. Желчнокаменная кишечная непроходимость (ЖККН) является редким осложнением желчнокаменной болезни и встречается менее чем у 0,5% пациентов. Несмотря на редкость ЖККН заслуживает более пристального внимания из-за высокой смертности от 7 до 30%, что пять-десять раз выше, чем со всеми другими доброкачественными причинами механической непроходимости. В целях улучшения диагностики ЖККН нами был применен современный способ эндовизуальной диагностики в виде видеолапароскопии (ВЛС). Необходимо отметить, что последний объединяет в себе уникальные диагностические и лечебные возможности. ВЛС создает возможность визуальной оценки внутренних органов и структур брюшной полости, определения наличия патологии со стороны брюшной полости, степени их выраженности.

Цель. Определить роль ВЛС в диагностике и лечении ЖККН.

Материал и методы. Проанализированы результаты применения ВЛС при диагностике и лечении ЖККН у 11 пациентов из 40 прооперированных в РНЦЭМП в течение 16 лет.

Результаты. Средний возраст больных составил 70,6 (48–87) года. Диагноз ЖККН до операции установлен у 18 (45%) больных, с помощью обзорной рентгенографии брюшной полости, рентгенконтрастное исследование желудка, УЗИ брюшной полости, ЭГДФС, МСКТ и МРТ. В сомнительных случаях у 11 больных использовали ВЛС. При этом у 6 пациентов в брюшной полости определялся серозный, в 5 случаях в брюшной полости выявлялось наличие гнойного выпота. У 3 пациентов имеющийся перитонит носил местный, а у 2 больных диффузный характер. Одним из характерных лапароскопических признаков ЖККН явилось наличие выраженного спаечного процесса, ограниченного правой подпеченочной областью, что отмечено у всех пациентов с данной патологией. Это обстоятельство санкционировало более тщательную ревизии тонкой кишки на предмет выявления обтурирующего конкремента без рассечения спаек подпеченочной области. У 5 пациентов с продолжительным анамнезом ЖККН (более 5 суток) во время лапароскопии определялось наличие некроза стенки кишечника вследствие пролежня конкрементом, что в 2 случаях сочеталась с его перфорацией и перитонитом. Конверсия на срединную лапаротомию осуществлено 9 пациентам, а в 2 последних случаях (2020 год) удалось произвести энтеролитотомию с помощью лапароскопической видеоассистированной минилапаротимии с благоприятным результатом.

Заключение. Таким образом, трудность диагностики ЖККН, возраст пациентов, коморбидный фон диктуют необходимость активной хирургической тактики с оглядкой на минимальный объем оперативного пособия. Наиболее распространенным продолжает оставаться традиционное хирургическое вмешательство (энтеротомия с литоэкстракцией при сохранении жизнеспособности кишечной стенки или резекция кишки вместе с конкрементом при

ее некрозе). Применение видеоассистированной энтеролитотомии через минилапаротомию при этом значительно снижает оперативную агрессию и несомненно улучшает результаты лечения.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ БИЛИАРНОГО ИЛЕУСА

Хаджибаев Ф.А.[1,2], Алиджанов Ф.Б.[1,2], Курбонов А.Б.[1], Муҳаммадаминов А.Г.[2]

[1]Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, [2]Ташкентский институт усовершенствования врачей

Введение. Желчнокаменная кишечная непроходимость (ЖККН) является редким и в то же время серьезным осложнением желчнокаменной болезни. ЖККН отличается высокой частотой послеоперационных осложнений и смертности, доходящий до 50% и 27% соответственно. В связи с редкостью данной патологии в литературе практически отсутствует анализ достоверности традиционных методов лучевой диагностики.

Цель. Определить основные характерные клинические признаки ЖККН и диагностические возможности инструментальных методов исследований.

Материал и методы. Проведен анализ результатов диагностики 40 пациентов, пролеченных по поводу ЖККН в нашей клинике в период с 2005 по 2020 годы. В анализ включены анамнестические данные, течение и продолжительность клинической картины, результаты лучевых методов исследований (Обзорная рентгенография брюшной полости, УЗИ, контрастное исследование ЖКТ, КТ), а также ЭГФДС.

Результаты. В течение последних 16 лет в нашей клинике оперированы 40 пациентов с ЖККН, из них 5 – синдромом Бувере. Средний возраст составил 70,6 (48–87) года. Желчнокаменный анамнез имели 72,9% больных с давностью от 3 до 33 лет. 28 (70%) пациентов в прошлом не были оперированы на органах брюшной полости, что резко снижало вероятность спаечной природы непроходимости. Клиническая картина больных с синдром Бувере и тонкокишечной непроходимости были разными. Основными характерными симптомами у больных с синдромом Бувере были тошнота, многократная рвота съеденной пищей. У 2 (40%) больных имело место наличие примеси крови в рвотных массах, в результате пролежни стенки двенадцатиперстной кишки с большим фиксированным конкрементом. Характерными жалобами больных желчнокаменной тонкокишечной непроходимостью являлись диффузные схваткообразные боли в животе, тошнота, многократная рвота, вздутие живота, не отхождение газов и стула. Тошнота и многократная рвота отмечали у всех больных в данной группе. Задержка газов и стула отмечали 26 (74,3%) пациентов. У 29 (82,8%) пациентов при поступлении имело место вздутие живота различной степени.

Обзорная рентгенография брюшной полости проведена у 37 (92,5%) пациентов, при этом тонкокишечные уровни выявлены у 27, аэробилия у 11, тень от конкремента вне проекции желчных путей выявлена у одного пациента. Рентгенконтрастное исследование желудка выполнено у 15 пациентов, при этом в 5 случаях отмечался рефлюкс контрастного вещества в желчные пути, что указывало на холецистодуоденальный свищ. УЗИ брюшной полости проведено всем пациентам, из них у 6 (15%) выявлена пневмобилия. У 31 (77,5%) пациента выявлен сокращенный, сморщенный и деформированный желчный пузырь, только у 8 (25,8%) из них в желчном пузыре выявлены конкременты. Из 5 больных с синдромом Бувере у 2 выявлены признаки гастростаза, а признаки кишечной непроходимости выявлены у 31 больного ЖККН. ЭГДФС выполнено у 20 пациентов. При этом холецистодуоденальный свищ обнаружен у 16 пациентов, а также у 2 пациентов свищ ошибочно расценён как хроническая язва ДПК. При этом у всех пациентов с синдромом Бувере, при ЭГДС обнаружен обтурирующий конкремент в ДПК. У 5 пациентов с клиникой острой кишечной непроходимости для уточнения диагноза провели МСКТ брюшной полости и у 4 МРТ брюшной полости, при этом во всех случаях выявлены все компоненты триада Ригелра.

Заключение. Известные специфические симптомы ЖККН (аэробилия, тень конкрементов в брюшной полости за пределами желчных путей, перемежающее течение) отличаются низкой чувствительностью. Вместе с тем, сочетание триады признаков у пациентов пожилого и старческого возраста, без абдоминальных вмешательств в анамнезе и тонкокишечным уровнем блока, достаточно точно (95%) позволяет установить желчнокаменную природу кишечной непроходимости. Использование высокотехнологичных методов лучевой визуализации (МСКТ, МРТ) отличается высокой точностью, однако показания к их применению в условиях острой кишечной непроходимости требуют уточнения.

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ХОЛЕЦИСТОБИЛИАРНЫМ СВИЩОМ

Хаджибаев Ф.А., Гуломов Ф.К., Алиджанов Ф.Б., Курбанов А.Б.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Синдром Мириззи II (СМ II) типа выражающийся в формировании холецистобилиарного свища (ХБС) с развитием механической желтухи (МЖ) и

нередко гнойного холангита (ГХ), по данным литературы, встречается от 0,5 до 5% среди всех пациентов, оперированных по поводу ЖКБ. Хирургические вмешательства у больных СМ относятся к разряду наиболее трудных в экстренной хирургии желчевыводящих путей. Летальность при этом достигает до 14%.

Цель исследования. Определить возможности лапароскопического вмешательства в хирургической коррекции механической желтухи, обусловленной холецистобилиарным свищом.

Материалы и методы. Проведен проспективный анализ случаев лапароскопического лечения пациентов с СМ 2 типа (по McSherry, 1982 г.), поступивших в хирургические отделения РНЦЭМП 2017–2020 гг. Всего лапароскопическим способом оперированы 18 больных. Из них женщин было – 10, мужчин – 8. Средний возраст больных составил 53,2 года.

Результаты. У всех больных выполнялась лапароскопическая субтотальная холецистэктомия с сохранением верхней стенки шейки прилегающей к свищу и формированием из нее лоскута для закрытия имеющегося пузырно-холедохеального свища.

В 11 (61,1%) случаях холедохолитоэкстракция была произведена через имеющийся свищ, далее выполнено дренирование холедоха по Керу через свищ с окутыванием дренажа в виде муфты прилегающей к свищу оставшейся стенкой желчного пузыря.

В 7 (38,9%) случаях в связи с большими размерами конкремента холедоха холедохолитоэкстракцию через образовавшийся дефект пузырно-холедохеального свища не представлялось возможным. В связи с этим у этих пациентов была выполнена холедохотомия над конкрементом в поперечном направлении с удалением конкремента и дренированием холедоха по Керу через холедохотомный разрез, а пластику свища осуществляли лоскутом стенки желчного пузыря.

Полноценнось литоэкстрации проверено путем интраоперационной холедохоскопии у 15 (83,3%) пациентов перед дренированием холедоха, а у 3 (16,7%) больных выполнена интраоперационная холангиография через дренаж холедоха.

В 1 (5,6%) случае была произведена конверсия на лапаротомию, причиной которой являлось низкое расположение конкремента в ретродуоденальной части холедоха, который был установлен интраоперационной холангиографией. Что невозможно было удалить лапароскопическим способом.

Из специфических послеоперационных осложнений резидуальный литиаз выявлен в 1 (5,6%) случае. Больному на 5 сутки после операции произведена РПХГ и ЭПСТ с удалением 1 конкремента. Неспецифических осложнений не наблюдалось. Средняя длительность госпитализации была 10,3 дня. Летальный исход наблюдался в 1 (5,6%) случае. При этом причиной смерти явилось развитие тяжелого сепсиса вследствие множественных холангиогенных абсцессов печени.

Вывод. Одним из новых и перспективных направлений лечение холецистобилиарных свищей является малоинвазивное вмешательство с пластикой свища холедоха на дренаже Кера, однако показания к ней должны быть строго аргументированы (одиночный камень холедоха располагающийся в супрадуоденальном отделе) и при условии подготовленности хирургической команды и наличия оборудования.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Хаджибаев Ф.А., Каримов Д.Р., Мадиев Р.З.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Актуальность. Острый аппендицит (ОА) – самая распространенная ургентная патология органов брюшной полости. Летальность при данном заболевании составляет 0,1–0,4%, а послеоперационные осложнения остаются достаточно высокими и при осложненных формах доходят до 40%. Диагностика типичных случаев острого аппендицита споров не вызывает, а при атипичных и редких формах в 15–25% случаях допускаются диагностические ошибки.

Цель исследования. Показать диагностические и лечебные возможности ВЛС при остром аппендиците, в том числе при его атипичных и редких формах.

Материалы и методы. В период с января 2017 года по декабрь 2020 годы в РНЦЭМП с подозрением на острый аппендицит госпитализированы 4430 пациентов. По показаниям им выполнено 1646 видеолапароскопий (ВЛС). Из них диагностическая лапароскопия выполнена у 338 (20,5%), а лечебная у 1308 (79,5%) больных. Средний возраст пациентов – 28,12±4,76 года. Мужчин было 678 (41,2%), женщин – 968 (58,8%). Основной контингент (86%) госпитализированы до 24 часов, остальные (14%) более 24 часов. Среднее время операции 50,0±15,0 мин. Выполнение операции проводилось по стандартной 3-портовой технике. У 585 (46,2%) больных культя червеобразного отростка формирована лигатурным способом, а у 680 (53,8%) методом РНЦЭМП. Лигатурный способ обработки культи червеобразного отростка общеизвестен. При методике РНЦЭМП после наложения у основания червеобразного отростка лигатуры производится кольцевое рассечение серозно-мышечного слоя на 7–8 мм выше наложенной лигатуры. Отсеченный серозно-мышечный слой смещают в виде «валика» в сторону купола слепой кишки. Слизисто-подслизистый слой пересекается и аппендикс удаляется.

Серозно-мышечный слой культи расправляют над слизистой культи червеобразного отростка и клипируют титановыми клипсами.

Результаты и обсуждения. Во время лапароскопии у 194 (11,8%) больных обнаружены симулирующие ОА заболевания. При этом у 67 (34,5%) пациентов установлена наличие кишечной колики, у 35 (18,4%) пельвиоперитонита, 37 (19,1%) рефлюкса маточной крови, у 25 (12,9%) овуляции, у 17 (8,8%) разрывы кист яичника, у 7 (3,6%) некроз жировой подвески, у 3 (1,5%) воспаления дивертикула Мекелля и у 3(1,5%) острый сегментарный мезентеральный артериальный тромбоз. У 84 (43,3%) больных выполнены лапароскопические операции, у 6 (3,1%) из лапаротомного доступа, у остальных 104 (53,6%) проводилась консервативная терапия. Всего лапароскопическая аппендэктомия выполнены у 1452 (88,2%) больных. При этом катаральный аппендицит выявлен у 187 (12,9%), у 994 (68,5%) флегмонозная, у 228 (15,7%) гангренозная и у 43 (2,9%) гангренозно-перфоративная формы острого аппендицита. Местный перитонит обнаружен у 257 (17,7%) пациентов, распространенный у 59 (4,1%): диффузный у 36 (2,5%), разлитой у 23 (1,6%). Периаппендикулярные инфильтраты обнаружены у 6 (0,4%), абсцессы – у 15 (1,0 %) пациентов. Типичное расположение червеобразного отростка выявлено у 1183 (81,5%) больных, атипичные и редкие формы у 269 (18,5%): ретроцекальный у 167 (62,2%), ретроперитонеальный у 19 (7%), тазовый у 28 (10,4%), медиальный у 36 (13,4%), и подпеченочный у 19(7%) пациентов. Тифлит выявлен у 38 (2,6%) больных, перфорации отростка в области основания у 15(1,1%). В связи с техническими трудностями при аппендэктомии, связанный с атипичным расположением червеобразного отростка, тифлитом и перфорацией червеобразного отростка у основания в 108 (7,4%) больных выполнена конверсия на лапаротомию разрезом Дьяконова Волковича. У 26 (1,8%) больных с явлениями разлитого перитонита (23) и периаппендикулярными абсцессами (3) операцию осуществляли из срединного лапаротомного доступа. У 47 (25,1%) больных морфологически червеобразный отросток не был изменен, т.е аппендэктомия оказалась «напрасной».

Послеоперационные осложнения после лапароскопической аппендэктомии наблюдались у 29 (1,9%) больных. При лигатурном способе формировании культи червеобразного отростка у 12 (0,8%) больных наблюдалось образование инфильтрата в брюшной полости, у 8 (0,5%) нагноение троакарной раны, у 5 (0,5%) несостоятельность культи червеобразного отростка с развитием гнойного перитонита. При применении метода РНЦЭМП лишь у 1 (%) больного образовался инфильтрат в брюшной полости и у 3(0,2%) больных наблюдалось нагноение троакарной раны. Инфильтраты в правой подвздошной области после консервативной антибактериальной терапии нивелировались. В 6 случаях несостоятельности культи червеобразного отростка выполнены повторные оперативные вмешательства в объеме срединной лапаротомии. При этом у 4 больных культя червеобразного отростка ушита по Микуличу с дополнительным тампонированием и дренированием правой подвздошной области, у 2 перитонизирована париетальной брюшиной.

Выводы. Результаты проведенного исследования показывают, что ВЛС в 66,6% случаях позволяет устанавливать наличие воспаления червеобразного отростка и в 33,4% его исключит, а в 90,7% выполнить аппендэктомию малоинвазивно.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ГЕМОСТАЗА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

Хаджибаев Ф.А.[2], Кадиров Р.Н.[1]

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

Актуальность. Многообразие различных методов остановки кровотечения свидетельствует о неудовлетворённости их результатами, и до сих пор остаются спорными и противоречивыми вопросы хирургической тактики при острых кровотечениях, целесообразность и последовательность применения различных методов гемостаза, выбора способа коррекции ПГ. С другой стороны, плохая переносимость больными циррозом печени (ЦП) каких-либо хирургических вмешательств привела к активному поиску и разработке рационального сочетания эффективных малоинвазивных вмешательств.

Цель исследования. Оценка эффективности лечения активных кровотечений из ВРВПиЖ с помощью технологий эндоскопического гемостаза.

Материал и методы исследования. Проведен анализ комплексного клинического обследования и лечения 250 пациентов с ЦП и синдромом ПГ, наблюдавшихся с 2014 по 2018 год в СФРНЦЭМП. Во всех случаях в исследуемых группах диагностирована внутрипеченочная форма ПГ. Мужчин было 165 (66,0%), женщин 85 (34,0%).

Все больные поступили в экстренном порядке в связи с кровотечением из ВРВПЖ, при этом у 65 (46,8%) больных основной группы и 45 (42,4%) контрольной на момент поступления отмечено продолжающееся кровотечение, у остальных – состоявшееся.

Эффективность эндоскопического гемостаза при выполнении традиционной склеротерапии с последующей установкой зонда Блекмора составила в среднем 68,9% и в зависимости от интенсивности кровотечения колебалась от 61,9% при Forrest I-a до 75,0% при Forrest I-b. Применение ЭЛ в основ-

ной группе позволило улучшить этот показатель в среднем до 83,1%, при этом наиболее интенсивное кровотечение, соответствующее Forrest I-a, удалось остановить у 75,9% больных, а при Forrest I-b этот показатель достиг 88,9%.

Заключение. При активном кровотечении частота неудовлетворительных результатов ЭС с последующим применением стандартного зонда Блекмора-Сенгстакена в зависимости от уровня источника и интенсивности кровотечения составляет от 16,7% (н/3, Forrest I-b) до 66,7% (кардия желудка, Forrest I-a), в среднем 31,1%.

Применение эндоскопического лигирования повысило показатель эффективного гемостаза с 68,9% до 83,1%, при этом использование подобной методики при активном кровотечении из наиболее сложной зоны для эндоскопии – кардии желудка улучшает гемостатический эффект с 42,9% до 61,5%.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Хаджибаев Ф.А., Хашимов М.А., Ешмуратов А.Б., Мирзакулов А.Г.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В последние годы актуальными проблемами лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ЯГДК) является оценка различных способов гемостаза, вопросы тактики лечения, основанной в большинстве наблюдений на прогнозе риска рецидива кровотечения, анализ эффективности различных видов терапии. При этом возможности эндоскопического гемостаза расширяются, что существенно уменьшает случаи хирургического вмешательства при данной патологии.

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности использования различных методов эндоскопического гемостаза у больных с гастродуоденальными кровотечениями.

Материалы и методы. За период с 2016 по 2020 г. в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи обследовано 5430 больных с гастродуоденальной патологией, причем в 3502 случаях у больных выявлена картина ЯГДК и больные были госпитализированы в отдел экстренной хирургии. Мужчины составили 2486 (71%), женщины – 1016 (29%). При выполнении ургентной эзофагогастродуоденоскопии во всех случаях установлен источник кровотечения с последующим применением эндоскопического гемостаза в виде обкалывания 35% спиртового раствора с 0,18% раствором адреналина. Установлено, что источником кровотечения явилась язва двенадцатиперстной кишки (ДПК) в 2528 случаях (72,2%), причем в 88 (2,5%) случаях – отмечалось осложненное течение язвенной болезни ДПК у пациентов детского возраста. В 974 (27,8%) случаях отмечалось кровотечение из хронической язвы желудка, из них в 14 случаях (0,4%) данное осложнение выявлено у детей. В соответствии с классификацией J.A. Forrest признаки продолжающегося язвенного кровотечения обнаружены у 136 (3,9%) пациентов (Forrest Ia) и у 613 (17,5%) пациентов (Forrest Ib). У 1789 (65%) больных отмечались признаки состоявшегося кровотечения по Forrest IIa, у 628 (22,8%) – Forrest IIb, у 336 (12,2%) – Forrest IIc. С целью гемостаза и профилактики риска рецидива применяли следующие эндоскопические способы: аргоноплазменную коагуляцию (АПК) – у 1169 (43%), инъекционную (35% раствор этанола) и (0,18% раствор адреналина) – у 707 (26%) пациентов, комбинированные вмешательства – у 843 (31%) больных (инъекция 35% раствора этанола и 0,18% раствора адреналина с АПК).

Результаты. У 749 больных с признаками продолжающегося кровотечения первичный гемостаз был эффективен в 727 (97,1%) случаях, 22 пациента оперированы в экстренном порядке. Из 1970 пациентов с угрозой кровотечения эндо гемостаз оказался эффективен у 1912 (97,0%). У 58 больных (3%) возник рецидив кровотечения, что потребовало выполнения повторного эндоскопического вмешательства с применением комбинации нескольких методик. При этом у 50 пациентов достигнут хороший лечебный эффект, 8 больных оперированы.

Заключение. Благодаря лечебной эндоскопии при язвенных гастродуоденальных кровотечениях в большинстве случаев удается достичь адекватного эндоскопического гемостаза и избежать хирургического вмешательства на высоте кровотечения. Комбинированный способ эндоскопического гемостаза показал свою высокую эффективность как в вопросе профилактики рецидивного кровотечения, так и при эндоскопическом лечении повторного язвенного гастродуоденального кровотечения.

КОРРЕКЦИЯ РАННИХ ВНУТРИБРЮШНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ

Хаджибаев А.М.[1,2], Хаджибаев Ф.А.[1,2], Пулатов М.М.[1], Махамадаминов А.Г.[2]

[1]Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, [2]Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Целью данного исследования явилось улучшение результатов лечения ранних интраабдоминальных осложнений после холецистэктомий путем применения современных способов хирургиче-

ской коррекции. Исследование основано на анализе результатов повторных вмешательств при РВБО у 260 больных. Женщин было 178 (68,5%), мужчин 82 (31,5%). Возраст больных в среднем составлял 56,4 года.

Материал и методы. Среди послеоперационных РВБО наиболее часто наблюдались желчные перитониты в 51 (19,6%), желчеистечение по дренажу из брюшной полости в 61 (23,4%) и интраоперационные повреждения внепеченочных желчных протоков – в 68 (26,2%) случаях. Такие осложнения как ВБК 40 (15,4%) и АБП 40 (15,4%) встречались несколько реже. Всем больным с РВБО после ХЭК проводили комплексное обследование, включающее в себя общеклинические, лабораторные и специальные инструментальные методы исследования.

Результаты. Надо отметить, что для коррекции имеющихся РВБО после ХЭК у обследованных больных мы наряду с традиционными релапоротомиями (РЛТ) и реконструктивно-восстановительными операциями (РВО) на желчных путях, использовали возможности современных миниинвазивных вмешательств (СМВ). РЛТ были применены у больных с распространенными формами желчных перитонитов (31), а также с интенсивным внутрибрюшным кровотечением (25). У части больных (22) наряду с этим было осуществлено наружное дренирование холедоха по Пиковскому.

У 68 больных с интраоперационными повреждениями наружных желчных протоков в качестве открытых, были произведены различные виды РВО на желчных путях. У 46 больных эти операции нами осуществлялись в отсроченном порядке, у 22 – по экстренным и срочным показаниям. При этом восстановительные операции всего были выполнены у 22 пациентов. При этом у 3 из них был наложен билиобилиарный анастомоз (ББА) конец в конец с использованием металлического кольца.

Реконструктивные операции, заключавшиеся в создании различных типов анастомозов, проведены у 46 пациентов. Холедохогепатикодуоденоанастомоз (ХДА, ГДА) применен у 11 пациентов, гепатико (холедохо) энтероанастомоз (ГЭА, ХЭА) на выключенной петле по Ру – у 6, ГЭА/ХЭА с межкишечным анастомозом по Брауну – у 6, ГЭА/ХЭА по Ру или по Брауну на металлическом каркасе – у 12. При более высоких поражениях гепатикохоледоха выполнено три, би ГЭА на выключенной петле по Ру тощей кишки на металлическом каркасе у 5 пациентов.

СМВ разделялись на эндоскопические и оперативные вмешательства и всего нами применены у 136 обследованных больных. При этом ЭРПХГ с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) и стандартной литэкстракцией (СЛЭ) была выполнена у 37 (27,2%) пациентов. У 5 пациентов с гнойным холангитом она дополнялась назобилиарным дренированием (НБД), у 7 – с опухолевым поражением БДС стентированием.

Миниинвазивные оперативные вмешательства включали в себя лапароскопические вмешательства (38) больных, пункции и дренирования подпеченочных абсцессов под контролем УЗД (21) и КТ (16), чрескожно-чреспеченочную холангиографию и холангиостомию (ЧЧХГ и ЧЧХС) (10).

У больных с миниинвазивными вмешательствами среднее количество койко-дней составило 7,6+0,82, а у пациентов, подвергнутых открытым хирургическим вмешательствам, 12,4+1,4. Всего в послеоперационном периоде умерли 6 (2,3%) больных. Причиной смерти послужили несостоятельность швов анастомоза и продолжающийся перитонит (3), массивное внутрибрюшное кровотечение (1), печеночно-почечная недостаточность на фоне тяжелой интоксикации при гнойном холангите и сепсисе (1) и ТЭЛА (1).

Заключение. Хирургическая тактика у данной категории больных определяется на основе проведения комплексного обследования включающее в себя общеклинические, лабораторные и специальные инструментальные методы исследования. Оперативное лечение послеоперационных РВБО у этих больных осуществляется миниинвазивными и открытыми вмешательствами, сроки и объем которых зависит от вида и характера установленной послеоперационной патологии. Наложение различных анастомозов во время проведения РВО с использованием металлического каркаса значительно снижает риск развития их послеоперационного сужения и недостаточности швов, сформированных соустий. Проведенный анализ повторных вмешательств при РВБО после ХЭК убедительно свидетельствует о том, что широкое включение в лечебно-диагностическую схему миниинвазивных методов коррекции позволяет максимально сдвинуть хирургические пособия в сторону малоинвазивности и соответственно улучшить результаты лечения.

РОЛЬ ТОРАКОСКОПИИ ПРИ ПОСТРАВМАТИЧЕСКИХ ГЕМОПНЕВМОТОРАКСАХ

Хаджибаев А.М., Шукуров Б.И., Халияров Ч.Ф.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В связи с неуклонным ростом числа дорожно-транспортных происшествий (ДТП), сохранением случаев производственных травм и криминогенных ситуации отмечается увеличение числа пострадавших с закрытой и открытой травмой груди. У 63% из них повреждения носят изолированный, у 37% – сочетанный характер. Общая летальность при этом колеблется от 5 до 17% [Багненко С.Ф.

с соавт., 2017; Хаджибаев А.М. с соавт., 2018]. В настоящее время все большее распространение в диагностике и лечении травм груди получает видеоэндохирургическая техника, которая позволяет не только уточнить локализацию, оценить тяжесть внутригрудных повреждений и осложнения, но осуществлять широкий набор лечебных манипуляций, направленных на обеспечение надежного гемостаза, эвакуацию свернувшегося гемоторакса, ушивание травматических повреждений легочной ткани.

Цель. Оценка результатов применения видеоторакоскопии в диагностике и хирургическом лечении открытых и закрытых травм груди, осложненных гемо- и пневмотораксом.

Материал и методы. За период с 2015 по 2020 гг. видеоторакоскопия применена 258 пациентам, госпитализированным в РНЦЭМП с ранениями (58; 22,5%) и закрытой травмой (200; 77,5%) грудной клетки, у которых при первичной рентгенографии были выявлены различного объема гемо- и/или пневмоторакс. Мужчин было 211 (81,8%), женщин – 47 (18,2%). Возраст больных варьировал от 19 до 85 лет (средний возраст – 52±9,6 лет). Как правило, пострадавшие были доставлены в клинику в сроки от 30 мин. до 2 суток от момента получения травмы.

По данным рентгенографии (выполнена всем 258 пациентам) и МСКТ грудной клетки (у 46 (17,8%) больных с сочетанной травмой) правосторонний гемопневмоторакс диагностирован в 97 (37,6%) случаях, левосторонний – в 155 (60,1%) и двусторонний – в 6 (2,3%).

УЗИ грудной клетки и брюшной полости проведено 238 (92,2%) больным. Основной задачей сонографии при травмах груди является выявление гемоторакса, что обнаружено в 218 (91,6%) случаях из 238. У 20 (8,4%) обследованных УЗИ оказалось неинформативной в связи с подкожной эмфиземой грудной клетки. Вместе с тем, УЗИ в 56 (23,5%) случаях позволил обнаружить изменения со стороны брюшной полости у больных с сочетанной травмой.

Показаниями к применению видеоторакоскопии явились наличие рентгенологических и/или сонографических признаков гемопневмоторакса у 167 (64,7%), гемоторакса – у 48 (18,6%), пневмоторакса – у 38 (14,7%), изолированная подкожная эмфизема без признаков гемопневмоторакса – у 3 (1,2%), расширение границ сердца – у 2 (0,8%) больных.

С помощью видеоторакоскопической ревизии плевральной полости мы смогли обнаружить практически все наиболее вероятные при травмах груди варианты повреждений грудной стенки, плевральных листков, легких, диафрагмы и средостения. Обнаружено, что закрытая травма неизбежно сопровождается субплевральными гематомами в области переломов ребер, почти всегда там же имеют место разрывы париетальной плевры. А у больных с проникающими ранениями грудной клетки отчетливо визуализируется внутреннее отверстие раневого канала грудной стенки. Во всех случаях, когда показанием к ВТС являлось гемопневмоторакс или пневмоторакс, а также подкожная эмфизема мы всегда обнаруживали разрывы и ранения легкого (203) или буллы (5). При ранениях грудной клетки (*n*=58) почти у каждого четвертого пострадавшего (13; 22,4%) при видеоэндоскопии выявляли повреждения диафрагмы. В 2 случаях, когда отсутствовали клинические, рентгенологические и УЗИ-признаки ранения сердца, видеоторакоскопия позволила обнаружить это грозное осложнение травмы.

Заключение. Использование видеоторакоскопии позволяет провести полноценную ревизию и диагностику повреждений органов грудной полости и средостения, остановку кровотечения, герметизацию разрывов легких, санацию и дренирование плевральной полости. Применение видеоторакоскопии ускоряет диагностический процесс, сокращает время дренирования плевральной полости в послеоперационном периоде, способствует ранней активизации пострадавших, сокращает сроки лечения и реабилитации. Видеоторакоскопия должна стать неотъемлемым атрибутом алгоритма лечебно-диагностических мероприятий при травме груди. Хирургическую тактику лечения повреждений груди необходимо определять не по результатам предварительного дренирования плевральной полости, а по результатам торакоскопической ревизии и с учетом лечебных возможностей видеоэндоскопической техники.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕТРОГРАДНАЯ ПАНКРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИЯ И ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ ПРИ ДИВЕРТИКУЛАХ ПАПИЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ

Хайдаров А.А., Абидов У.О., Саъдиев Э.С., Мирзаев В.И., Жумаева Н.Х.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Целью исследования явилось улучшение результатов эндоскопического лечения больных желчнокаменной болезню (ЖКБ), осложненной механической желтухой (МЖ), при наличии дивертикулов папиллярной области (ДПО) путем технического совершенствования диагностических и лечебных мероприятий.

Исследование проведено у 65 больных с ЖКБ, осложненной МЖ, у которых обнаружены ДПО находившихся на лечении в хирургических отделениях Бухарского филиала РНЦЭМП в 2016–2020 гг. Мужчин было 28 (43%), женщин 37 (57%), средний возраст 60,5 года.

Перед эндоскопическими вмешательствами на БДС всем больным проводили клиническое обсле-

дование, лабораторные исследования, УЗИ гепатопанкреатобилиарной зоны и эзофагогастродуоденоскопию (ЭГФДС) с непосредственным осмотром области БДС, что позволило определить общее состояние больных, наличие, продолжительность и выраженность желтухи, степень интоксикации, изменения показателей центральной гемодинамики и микроциркуляции.

С помощью ЭГФДС можно оценить состояние слизистой сосочка (гиперемия, отек, бледность слизистой, наличие полиповидных образований устья сосочка, форма и размеры устья БДС), определить размеры и протяженность продольной складки двенадцатиперстной кишки (ДПК), расстояние от конца продольной до 1-й поперечной складки ДПК, дивертикулы околососочковой области и их взаимоотношение с БДС.

При проведении гастродуоденоскопии ДПО обнаружены у 65(6,1%) из 1055 больных с ЖКБ, осложненной МЖ. У 31 (47,6%) больного установлено расположение дивертикулов вблизи БДС (парафатеральные ПФД), а у 34 (52,4%) пациентов БДС располагался в самом дивертикуле (перипапиллярные ППД).

Эндоскопические вмешательства на холедохе и БДС включали проведение ЭРПХГ, ЭПСТ, стандартной литоэкстракции (СЛЭ) и назобилиарного дренирования (НБД).

У 31 (47,9%) больного дивертикулы располагались вблизи БДС (ПФД), причем у 14 (10,5%) из них на медиальной стенке ДПК выше БДС, а у 17 (54,8%) – на той же стенке ниже БДС. У 34 (52,3%) обследованных дивертикулы располагались перипапиллярно, причем у 27 (79,4%) БДС находился глубоко в полости дивертикула, а у 7 (20,5%) между двумя дивертикулами. Как было отмечено выше, в последних случаях у нас возникали сложности, связанные с визуализацией и канюляцией сосочка.

Дивертикулит, который характеризовался гиперемией слизистой дивертикула, наложениями фибрина и наличием отделяемого серозного характера, установлен у 23 (35,4%) пациентов.

У 22 (33,8%) из них размеры дивертикулов составляли от 1,0 до 2,0 см. У 34 (52,3%) обследованного размеры дивертикулов варьировали от до 3,0 см. У 9 (13,8%) больных выявлены дивертикулы размерами от 3,0 до 4,0 см.

Эндоскопические оперативные вмешательства (ЭПСТ, СЛЭ и НБД) были выполнены у 43 (66,1%) больных с ЖКБ, осложненной МЖ и ДПО.

При ЭРПХГ холедохолитиаз был диагностирован у 32 (74,4%) больных, стеноз БДС – у 7 (16,3%), сочетание холедохолитиаза и стеноза БДС у – 4 (9,3%).

У 31 (72%) больного с ЖКБ с МЖ и ДПО, благодаря соблюдению описанных технических приемов, нам удалось выполнить одномоментную ЭПСТ с последующей СЛЭ корзинкой Дормиа. У 12 (27,9%) больных в связи с высоким риском осложнений, ЭПСТ выполняли парциально (двухмоментно) с интервалами в 3–4 дня с последующей отсроченной СЛЭ. Такую тактику считали наиболее целесообразной из-за возможности наступления достаточной адгезии рассеченных тканей и соответственно максимального уменьшения риска осложнений.

Необходимо отметить, что у 22 (33,89%) пациентов с расположением БДС глубоко в полости дивертикула, особенно у нижнего его края, мы отказались от его рассечения, в связи с высоким риском перфорации ДПК. У этих больных ЖКБ и патологию холедоха в дальнейшем корригировали открытой лапаротомией.

Осложнения после эндоскопических оперативных вмешательств отмечались у 6 (13,9%) больных. Наиболее частыми из них были кровотечения из папиллотомных краев – у 2(4,6%) больных и панкреатит – у 3(6,9%), которые у большинства были корригированы консервативной терапией. У 1 больного наблюдалось вклинение корзинки Дормиа вместе с конкрементом в БДС. Этот больной в дальнейшем был оперирован лапаротомным доступом.

После эндоскопических оперативных вмешательств летальных случаев не было. Таким образом, ДПО встречаются у больных с ЖКБ, осложненной холедохолитиазом и МЖ, довольно часто. ДПО, несомненно, технически осложняют проведение эндоскопических вмешательств на холедохе и БДС, сложность манипуляций на БДС при этом зависит от его расположения относительно дивертикула. Однако при использовании некоторых специальных приемов и соблюдении осторожности у большинства больных с ДПО можно эндоскопически восстановить нормальный желчеотток без тяжелых осложнений. У больных с относительно большими размерами ДПО и явлениями дивертикулита приемлемым и рациональным эндоскопическим вмешательством на БДС оказалась парциальная ЭПСТ с отсроченной СЛЭ. При расположении БДС глубоко в полости дивертикула, особенно у нижнего его края, а также при размерах последнего более 3,0 см целесообразно отказаться от его рассечения в связи с высоким риском перфорации ДПК и дальнейшей коррекции патологии холедоха осуществлять открытой лапаротомией.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МИНИИНВАЗИВНЫМИ СПОСОБАМИ

Хайдаров Г.А., Эгамов Б.Т., Рузибоев С.А., Мансуров Т.Т.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. С тех времен, когда в широкую хирургическую практику были внедрены оперативные вмешательства на органах брюшной по-

лости, проблема спаечной болезни брюшины не теряет своей актуальности и по настоящее время. Адгезиолизис при лапаротомии не является гарантией их отсутствия в дальнейшем. По некоторым данным, рецидивы возникают до 50 % случаев, повторные операции увеличивают риск образования спаек и их осложнений. В сравнении с открытой, лапароскопическая хирургия позволяет снизить выраженность после операционного болевого синдрома, снизить риск развития дополнительных спаек и риск рецидива кишечной непроходимости, сократить длительность восстановления моторной функции кишечника, уменьшить продолжительность госпитализации, риск развития инфекционных осложнений послеоперационной раны, частоту формирования после операционных грыж и имеет лучший косметический результат.

Материалы и методы. Для сравнения эффективности лапароскопического адгезиолизиса нами проанализированы результаты лечения 1988 больных с острой кишечной непроходимостью в Самаркандском филиале РНЦЭМП в период с 2013 по 2019 гг. Из общего числа больных у 1286 (64,7%) диагностирована тонкокишечная, у 702 (35,3%) больных определена толстокишечная непроходимость. Оперативное лечение было применено у 987 больных (49,6%), из них у 706 (71,5%) больных выявлено тонкокишечная и у 281 больного толстокишечная непроходимость.

Результаты и обсуждение. Проводился анализ клинических наблюдений больных с ОКН на основании изучения анамнеза, жалоб больного, данных объективного и инструментального обследования. При поступлении в стационар всем больным выполняли клинический и биохимический анализы крови, рентгенологическое исследования, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости и диагностическую лапароскопию, а при необходимости мультиспиральную компьютерную томографию. Характер оперативных вмешательств; лапаротомия адгезиолизис – 539, лапаротомия резекция кишечника с наложением межкишечного анастомоза – 246, лапаротомия резекция кишечника с выведением кишечного свища – 88, лапароскопия адгезиолизис – 114, что составило 11,5% из (987) операций по поводу острой спаечной кишечной непроходимости за 2013–2019 гг. В процессе операции мы столкнулись с различными вариантами сращений и разделили на следующие группы: одиночные грубые шнуровидные спайки выявлены у 399 больных, множественные плоские висцеропариетальные у 549, смешанные – панцирный живот у 39 больных. Частота конверсии составляет 18%. Почти все больные активизировались на 1–2 сутки. Частота рецедивов после лапаротомии с адгезиолизисом наблюдалось у 129 (23,9%) больных, после лапароскопии с адгезиолизисом у 3 (2,6%) пациентов. Летальных исходов после лапароскопического адгезиолизиса не было. У 1 больного имело место кровотечение из пересеченной спайки, остановленное при повторной лапароскопии. Послеоперационный период составил от 3 до 12 суток (в среднем 6,8 дня).

Выводы: 1. Для лапароскопического адгезиолизиса следует отбирать больных с картиной механической кишечной непроходимости без признаков перитонита, выраженного метеоризма и тяжелого эндотоксикоза, без повторных абдоминальных операций.

2. Преимуществами этого вида вмешательства являются малая травматичность, раннее восстановление перистальтики кишечника, ранняя активация больных с уменьшением риска развития спаечной болезни брюшной полости.

3. При лапароскопическом адгезиолизисе в послеоперационном периоде отсутствует необходимость в наркотических анальгетиках, уменьшается число послеоперационных осложнений, сокращаются сроки госпитализации.

РОЛЬ СТРАХОВОЧНОЙ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ

Хаджибаев А.М., Туляганов Д.Б., Хакимов А.Т., Шукуров Б.И.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Изучена в сравнительном аспекте информативность различных методов диагностики повреждения органов брюшной полости у 208 больных, поступивших в РНЦЭМП с сочетанной травмой. Возраст пострадавших колебался от 5 до 83 лет со стандартным отклонением 33,7±14,4 года. Среди пациентов с сочетанными повреждениями органов брюшной полости заметно преобладали лица мужского пола – 154 (74,0%).

Более чем у половины пострадавших – 130 (62,5%) – в диагнозе фигурировал шок различной степени тяжести, из которых 20 (69,0%) больных мы не смогли вывести из критического состояния. Только у 34 (16,3%) пострадавших отсутствовали нарушения сознания, во всех остальных случаях мы наблюдали оглушение (149), сопор (10) и кому (15).

Частота ошибочных результатов УЗИ у больных с сочетанной травмой живота составляет 17,8%. Поэтому в 102 (48,1%) случаях диагностическая видеолапороскопия выполнена с отрицательным результатам УЗИ у пострадавших, которые подвергались хирургическим вмешательствам по поводу 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. Рентгенографию жи-

вота мы смогли использовать только у 44 (21,2%) пострадавших основной группы с информативностью (ОТ) 27,3%. На 37 (84,1%) рентгенограммах патологии со стороны живота не было выявлено, однако в 30 (68,2%) случаях это оказалось ложноотрицательным результатом, а в 2 (4,5%) – ложноположительным. При экстренной видеолапароскопии в 131 (63,0%) случае 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 боковом канале и в полости малого таза, 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.

Таким образом, частота ошибочных (ЛП и ЛО) результатов основного, на сегодняшней день, инструментального метода обследования пострадавших с травмой живота – УЗИ – составляет 17,8%; этот же показатель рентгенологических исследований достигает 72,7%. КТ и видеолапароскопия обладают наиболее высокой информативностью (соответственно 95,7% и 98,6%), однако частота ложно-отрицательных результатов, обусловливающих позднюю диагностику повреждений, при томографии составляет 4,3%, тогда как при видеолапароспии мы не отмечали такого рода диагностических ошибок (0% ч2тест=0,0023). «Страховочная» видеолапароскопия, выполненная вопреки отрицательным результатам УЗИ у пострадавших с сочетанной травмой, в 27,5% случаях выявляет наличие повреждения органов брюшной полости.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Ҳамдамов Х.Х., Карабоев Б.Б., Касимов Н.А.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижанский филиал РНЦЭМП

Материалы и методы. В работе анализируются результаты лечения двух групп больных с острым холециститом, поступивших в хирургическое отделение РНЦЭМП Андижанского филиала.

В I группу вошли 70 больных с острым холециститом, поступивших в клинику и оперированных с использованием малоинвазивных технологий.

Во II группу вошли 70 больных с острым холециститом, поступивших в больницу и оперированных открытым способом.

Результаты. Анализируя результаты УЗИ острого холецистита, мы выделили три варианта воспалительных изменений желчного пузыря:

I вариант – при УЗИ визуализировалось тотальное расслоение стенок желчного пузыря и скопление жидкостных образований между расслоениями. Свободная жидкость определялась вокруг деструктивно измененной стенки пузыря, в подпеченочном пространстве и других отделах брюшной полости. Описанные изменения желчного пузыря мы наблюдали у 6 больных I группы и 4 пациентов II группы.

II вариант – при УЗИ визуализировались деструктивные изменения желчного пузыря, увеличение его размеров, утолщение стенок (более 4 мм), их расслоение, со скоплением жидкости вокруг пузыря. С такими изменениями мы наблюдали 36 больных I группы и 32 пациентов II группы.

III вариант – при УЗИ определялись признаки воспаления желчного пузыря. Увеличение его размеров, утолщение (до 4 мм) и раздвоение стенок, наличие эхопозитивных структур с акустической тенью в полости желчного пузыря. Такие изменения желчного пузыря были обнаружены у 28 больных I группы и 34 пациентов II группы.

Помимо воспалительных изменений желчного пузыря у 11 больных I группы при УЗИ визуализировались конкременты в расширенных внепеченочных желчных протоках, у 5 больных был заподозрен холедохолитиаз без расширения последнего. Механическая желтуха при наличии холедохолитаза была определена клинико-лабораторными исследованиями у 12 больных. Всем больным при подозрении на холедохолитиаз проводилась эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), у 14 пациентов диагноз был подтвержден.

У больных II группы холедохолитиаз был заподозрен при УЗИ в 11 случаях, у 7 из них отмечались признаки желтухи. Этим больным производилась ЭРХПГ, в 6 случаях холедохолитиаз был подтвержден.

В течение 3-х часов с момента поступления, после предоперационной подготовки оперированы 14 (20%) больных 1 группы с деструктивным холециститом, осложненным распространенным или ограниченным перитонитом.

От 6 до 12 часов с момента поступления была выполнена ЛХЭ у 25 (35,7%) больных с флегмонозным холециститом. От 12 ч до 24 ч оперированы 15 (21,4%) больных с флегмонозным холециститом. От 24 ч до 7 суток оперированы 16 (22,8%) больных преимущественно с катаральным холециститом.

Больным с механической желтухой после ЭРХПГ производилась эндоскопическая оптимальная папиллосфинктеротомия (ПСТ), механическая литотрипсия, литоэкстракция. После санации желчных протоков выполнялась ЛХЭ.

Больным II группы в течение 3-х часов с момента поступления была выполнена операция открытым способом в 13(18,6%) случаях.

От 6 ч. до 12 ч. оперированы 33 (47,1%) больных, из них в 25 случаях отмечалось флегмонозное воспаление, в 1 гангренозное и в 12 случаях катаральное воспаление желчного пузыря. От 12 ч. до 24 ч. оперированы 15 (21,4%) больных, воспалительные изменения в 9 случаях были флегмонозные, у 6 пациентов катаральные.

От 24 ч. до 7 суток оперированы 9 (12,9%) больных преимущественно с катаральными изменениями желчного пузыря. Пациентам II группы с верифицированным холедохолитиазом во время открытой операции выполнялась холедохотомия, холедохолитоэкстракция, операционная холангиография, дренирование холедоха по Керу.

Интра- и послеоперационные осложнения у больных I группы наблюдались в 8 случаях, у пациентов II групп в 15 случаях. Средний койко-день в I группе составил – 8,5 суток, во II группе – 12,5 суток.

Выводы. Применение новых медицинских технологии (УЗИ) позволило своевременно определить показания к холецистэктомии, устранить холедохолитиаз с помощью ПСТ, механической литотрипсии, и литоэкстракции, купировать явления холангита, выполнить лапароскопическую холецистэктомию, существенно уменьшить тяжесть послеоперационного периода, значительно снизить количество послеоперационных осложнений, сократить сроки пребывания больного в стационаре.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОРРЕКЦИИ ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Карабоев Б.Б., Касимов Н.А.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижанский филиал РНЦЭМП

Широкое внедрение малоинвазивных технологий в клиническую практику настоятельно диктует необходимость коррекции алгоритма диагностики и лечения осложнений абдоминальной хирургии, центральным звеном которого долгое время оставалась релапаротомия.

Актуальность выполнения малотравматичных вмешательств у пациентов с послеоперационными внутрибрюшными осложнениями обусловлена трудностями неинвазивной верификации патологии и дискредитацией необоснованной релапаратомии, сопровождающейся высокими цифрами летальности.

Материалы и методы. На базе хирургии РНЦЭМП Андижанского филиала за период с 2005 по 2019 гг. находился 431 пациент с клиникой интраабдоминальных послеоперационных осложнений. Релапаротомию в связи с очевидной на дооперационном этапе невозможностью устранения осложнения эндохирургически выполнили в 62 (14,3%) клинических ситуациях. В 253 наблюдениях для диагностики и коррекции патологии мы применили релапароскопию. На диагностическом этапе предполагаемые осложнения исключили в 33 (13%) наблюдениях. Релапаротомию выполнили в 34 (13,4%) клинических ситуациях, когда эндоскопические лечебные манипуляции признаны нецелесообразными. При подозрении на повреждение магистральных желчных протоков (5), ретродуоденальной перфорации (4), перфорации кишечника (6), неустановленном источнике перитонита (8), неустановленном источнике кровотечения (9), прочих клинических ситуациях (3).

Результаты. Послеоперационное желчеистечение диагностировано в 79 наблюдениях, 64 пациентам выполнены лечебные манипуляции. В 15 клинических ситуациях источник желчеистечения при ревизии зоны оперативного вмешательства выявить не удалось. Критерием отказа от выполнения релапаротомии в этих клинических ситуациях считали полноценную ревизию зоны операции и отсутствие поступления желчи в ходе санационных манипуляций. При отрицательной послеоперационной динамике в 18 наблюдениях выполнены релапаротомии. Санационную лапароскопию при послеоперационном перитоните применили в 21 наблюдении. В процессе манипуляции разделяли рыхлые сращения, эвакуировали экссудат, промывали брюшную полость растворами антисептиков, производили тщательную ревизию зоны оперативного вмешательства. Операцию завершали дренированием брюшной полости. Санационные лапароскопии выполнили в 3 наблюдениях. В 4 клинических ситуациях выполнены релапаротомии. Лечебную лапароскопию при абсцессах брюшной полости произвели в 20 наблюдениях. Лечебные манипуляции заключались во вскрытии полости абсцесса, эвакуации содержимого, санации гнойной полости растворами антисептиков. Объем абсцессов составлял от 10 мл до 1000 мл. Далее осуществляли гемостаз и повторную санацию полости абсцесса. Дренирование полости гнойника производили через отдельную контрапертуру по принципам традиционной хирургии. Содержимое абсцесса в обязательном порядке направляли на бактериологическое исследование. Формирование плотного инфильтрата с участием петель кишечника и невозможность его атравматичного разделения в 4 наблюдениях послужило показанием к выполнению лапаротомии. В 3 наблюдениях с множественными межкишечными абсцессами мы были вынуждены выполнить релапаротомии. Санационные релапароскопии выполнили 16 пациентам с клиническими и у 3 признаками послеоперацион-

ного деструктивного панкреатита. Объем лечебных манипуляций включал санацию брюшной полости с целью максимального удаления токсичного экссудата, блокаду круглой связки печени раствором новокаина, дренирование брюшной полости. Санационные вмешательства произвели в 3 наблюдениях. Лечебные релапароскопии применили в 21 ситуации с послеоперационной внутрибрюшной геморрагией. Продолжающееся кровотечение диагностировали в 7, состоявшееся в 14 наблюдениях. Выполняли гемостаз электрокоагуляцией (6), клипированием (5), прошиванием (3), тампонадой лапаротомном доступом (7).

Лечебные релапароскопии были эффективны в 149 (59%) наблюдениях, релапароскопии, дополненные лапаротомией в 12 (4,7%) клинических ситуациях. В 25 (10%) наблюдениях ввиду неадекватности эндохирургических манипуляций мы были вынуждены выполнить релапаротомии. Отграниченные жидкостные образования в брюшной полости при УЗИ выявили в 139 наблюдениях. Клинические ситуации с интерпозицией петель толстой кишки или плевральной полости на пункционной трассе (9), визуализацией в полости образования крупных гиперэхогенных включений (3), наличием свободной жидкости в брюшной полости (3) мы расценивали как показание к релапароскопии. Отсутствие положительной динамики в 8 наблюдениях было показанием к лечебным релапароскопиям, выполнения релапаротомии не потребовалось. В общей сложности малоинвазивные вмешательства позволили избежать релапаротомии в 310 наблюдениях (85,1%), традиционно реоперированы 59 (15,9 %) пациентов.

Летальность группе пациентов, приоритет в лечении которых базировался на применении малоинвазивных, технологий составила 7,5% (28), а в ситуациях, когда малоинвазивные вмешательства явились окончательным способом диагностики и лечения – 1,6% (5).

Заключения. Применение малоинвазивных технологий позволяет оптимизировать тактический алгоритм коррекции послеоперационных осложнений и тем самым значительно улучшить результаты лечения.

РОЛЬ ФЕНОТИПО-ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Хакимов Ш.К., Мухамедов Б.С.

Бухарский филиал РНЦЭМП, Бухарский государственный медицинский институт

Введение. Воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК) относится к группе дисплазии соединительной ткани (ДСТ) [1]. Это генетически детерминированное заболевание, проявляющееся нарушением развития соединительной ткани в эмбриональном и постнатальном периодах [2]. Значимость изучения фенотипических проявлений диспластических нарушений заключается при выборе метода коррекции ВДГК [3].

Цель. Изучить фенотипические особенности клинических проявлений синдромальных патологий у детей с ВДГК.

Материалы и методы. Исследование проведено в условии клиники хирургии сочетанного повреждения детского возраста Бухарского филиала РНЦЭМП с 2016 по 2019 годы у 20 детей и подростков с ВДГК, пациентам выполнена коррекция по методу D. Nuss и его модификации. Генетическая консультация была проведена в кабинете генетики Областного многопрофильного медицинского центра г. Бухары. Больные были распределены по полу: мальчиков было 12 (60%) и девочек 8 (40%), с отношением 3:2.

Результаты. Генетическое состояние детей было оценено по выраженности фенотипических клинических проявлений ДСТ согласно классификации, предложенной Т. Милковска-Дмитровой и А. Каракашевым. У больных установлена степень дисплазии следующая: у 8 (40%) детей легкая (I) степень дисплазии, у 8 (40%) детей средняя (II) степень и у 4 (20%) детей тяжелая (III) степень ДСТ. По степени тяжести ДСТ был выбрался метод коррекции.

Оперативная коррекция выполнена по методу D. Nuss и его модификации и при всех клинических примерах достигалась адекватная коррекция, даже у 2 (20%) детей подросткового возраста (15–17 лет) с дополнительными манипуляциями, как стернотомия и резекция ребер. Во всех случаях был достигнут хороший косметический результат. После оперативного вмешательства больные чувствовали себя удовлетворительно, были выписаны на амбулаторное лечение. В ближайшем послеоперационном периоде результаты были хорошие.

Как известно, морфологически структура грудины проявляется в недостаточной прочности, особенно в области переднего грудино-реберного комплекса, что могут продолжаться и в динамике роста ребенка, по другому, возрастная мягкость костно-хрящевой основы грудного каркаса сохраняется. Поэтому установленная в ретростернальном пространстве пластина постепенно может втыкаться в тело грудины. При этом, в какой-то степени теряется достигнутая коррекция или же может появиться атипичная килевидная деформация в передней грудной стенке. Поэтому через некоторое время в 2 (10%) случаях пришли к установке второй пластины для удержания грудино-реберного комплекса в корригированном положении. На сегодняшний день у этих 2-х пациентов ношение пластины продолжается и косметический результат хороший.

Заключение. Таким образом, причиной появления таких осложнений, как вторичная килевидная или атипичная деформация в передней грудной стенке связана с тяжестью ДСТ, что усложняет выбор метода коррекции при ВДГК. Поэтому, по нашему мнению, правдоподобно, что пациентам с ВДГК необходимо обследовать на степень ДСТ и в связи с результатом исследования приходится провести индивидуальный подход в отношении выбора метода коррекции и установки количества ретростернальных фиксаторов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ БОЛЬНЫХ ГРУППЫ РИСКА

Халикулов Х.Г., Мансуров А.А., Ахмедов У.Б., Муртазаев С.С., Алиев Ш.М., Чернов Д.А., Хидиров Д.Ф.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В. Вахидова»

Актуальность. Операции по реваскуляризации миокарда без искусственного кровообращения (ИК) обоснованы стремлением к дальнейшему снижению частоты периоперационных осложнений на фоне расширения показаний к оперативному лечению пациентов высокого риска: находящихся в пожилом возрасте, имеющих выраженные нарушения сократительной функции левого желудочка (ЛЖ), страдающих тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Цель исследования. Улучшить результаты коронарного шунтирования на работающем сердце и разработать стандарты хирургической тактики для больных с выраженными нарушениями функции левого желудочка (ЛЖ) и тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Материал и методы. В группу были включены 44 больных, которые перенесли операцию коронарного шунтирования на работающем сердце. Средний возраст больных составил 48,7±8,1 года. 40 (90,9%) пациентов были мужского пола, 4 (9,1%) пациента женского. У 17 (38,6%) больных имелась стенокардия напряжения ФК-III и у 7 (15,9%) больных ФК-IY, у 16 (36,36%) больных прогрессирующая стенокардия, у 2 (4,5%) больных ранняя постинфарктная стенокардия, у 1 (2,2%) больного нестабильная стенокардия, ПИКС у 34 (77,27%) больных, аневризма ЛЖ выявлена у 4 (9,09%), сахарный диабет у 9 (20,45%) больных. На ЭхоКГ сократительная способность миокарда у 4 (9,1%) больных была ниже 35%, у 19 (43,1%) больных в пределах 40–50%, у остальных 17 (47,72%) более 55%. Операции на работающем сердце производились во всех случаях с использованием стабилизатора миокарда «Octopus и Starfish» фирмы Medtronic. 39 (88,6%) больным произведена реваскуляризация миокарда на работающем сердце без применения ИК, 5 (11,36%) больным произведена реваскуляризация миокарда на работающем сердце в условиях параллельного ИК. Реваскуляризация одной коронарной артерии выполнена у 33 (75%) пациентов, двух коронарных сосудов у 4 (9,09%) пациентов, трех коронарных сосудов у 2 (4,5%). По данным КВГ было выявлено: поражение проксимальной трети передне-нисходящей артерии (ПНА) у 32 (72,7%) больных, средней трети ПНА у 12 (27,2%), проксимальной трети правой коронарной артерии (ПКА) у 3 (6,8%), поражение дистальной трети ПКА у 3 (6,8%), поражение проксимальной трети диагональной ветви (ДВ) у 2 (4,5%), в средней трети ДВ у 1 (2,2%) и поражение проксимальной трети огибающей ветви (ОВ) у 1 (2,2%) больного. Для реваскуляризации ПНА в 37 (84,09%) случаях была использована левая внутренняя грудная артерия, в остальных 8 (18,18%) случаях использованы аутовенозные кондуиты. В 4 (9,09%) случаях были использованы обе внутренние грудные артерии. По бассейнам шунтированные артерии: ПНА – во всех случаях, ДВ у 3 (6,8%) больных, ВТК-I у 1 (2,2%) больного, ПКА у 3 (6,8%) больных и ЗМЖВ у 3 (6,8%) больных.

Результаты. Летальный исход имел место у 1 (2,2%) больного, у которого произведено КШ на работающем сердце в условиях параллельного ИК, на фоне имеющейся тяжелой сопутствующей патологии и выраженных нарушений функции ЛЖ (ФВ меньше 35%). Больной умер на 8-е сутки после операции по причине тромбоэмболических осложнений. У всех остальных больных было достигнуто клиническое улучшение: отсутствие загрудинных болей, а также улучшение показателей объективных обследований. Сократительная способность миокарда по данным ЭхоКГ увеличилась в среднем на 4,1±0,34%, на ЭКГ – улучшение коронарного кровообращения наблюдалось у 39 (88,63%) больных. После реваскуляризации миокарда на работающем сердце пациенты экстубированы в течение 6–8 часов после операции, в среднем данный временной показатель составил 6,4±0,14 часа, а при операции в условиях ИК этот показатель составил – 12±0,5 часа. Госпитальный период у больных, оперированных на работающем сердце, составил в среднем 5–7 дней после операций, а у оперированных в условиях ИК соответственно – 10–12 дней.

Выводы. Реваскуляризация миокарда на работающем сердце в условиях параллельного ИК является альтернативой для больных с выраженными нарушениями функции ЛЖ и тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Коронарное шунтирование на работающем сердце позволяет добиться хороших результатов с минимальным риском фатальных сердечных осложнений при условии соблюдении стандартов хирургического лечения и выбора тактики у данной категории больных.

МИНИЛАПАРОТОМИЯ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ОСТРЫХ ХОЛЕЦИСТИТОВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Ходжибаев А.М., Эрметов А.Т., Юсуффбеков Д.А.

Ташкентский областной филиал РНЦЭМП

Актуальность. По данным ВОЗ ежегодно по миру с желчекаменной болезнью и патологией желчных протоков оперируются 2,5 миллиона больных. За последние 10–15 лет отмечается рост частоты холецистита во многих странах мира, вытесняя острый аппендицит на второе место.

При этом более половины больных, поступивших в стационар по поводу острого калькулезного холецистита (ОКХ), составляют лица пожилого и старческого возраста. У этой категории больных наблюдается высокий процент послеоперационных осложнений и летальности. Как правило, лица пожилого и старческого возраста с ОКХ поступают в стационары с осложненными формами холецистита.

Материал и методы исследования. Работа основывается на анализе результатов диагностики и лечения 350 больных с различными формами ОКХ, находившихся в отделении экстренной хирургии ТОФРНЦЭМП с 2008 по 2020 года. Мужчин было – 62 (17,7%), женщин – 288 (82,3%). Возраст больных составил от 60 до 86 лет.

При поступлении всем больным проводили обследование по разработанному стандарту. Из числа поступивших 350 больных оперативное лечение проведено 290 (82,8%) пациентам. В качестве способов оперативных вмешательств применялись малоинвазивные их варианты: лапароскопические (ЛХЭ) и минилапаротомные холецистэктомии (МХЭ). Из оперированных ЛХЭ выполнены 52 (18%), а МХЭ 238 (82%) пациентам. Все операции выполнялись под сбалансированной общей анестезией и ИВЛ.

При выборе метода операции строго контролировали сопутствующую патологию больных. Сроки проведения операций колебались от 8 до 72 часов от момента поступления больных в стационар.

Полученные результаты. У всех пациентов в ходе обследования выявлена 1 и более сопутствующая патология: заболевания сердечно-сосудистой системы (73.1%), органов дыхания (27.7%), сахарный диабет и его осложнения (18.5%). Из 350 пациентов 60 (17,2%) больным удалось купировать приступ ОКХ и больные были выписаны из стационара на плановое оперативное лечение.

Выводы. Лечение больных с деструктивными формами ОКХ пожилого и старческого возраста представляет достаточно сложную и актуальную задачу. Применение малоинвазивных способов, как ЛХЭ и МХЭ, позволяет значительно улучшить результаты лечения и снизить послеоперационные осложнения и летальность.

ПРИМЕНЕНИЕ ЧЕТЫРЕХКАНАЛЬНОГО ОРИГИНАЛЬНОГО ПОРТА ДЛЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ИЗ ЕДИНОГО ДОСТУПА

Чугунов А.Н., Славин Л.Е., Яхин Р.Р.

Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования МЗ РФ

Развитие в последние десятилетия малоинвазивных технологий в лечении пациентов с заболеваниями органов гепатобилиарной системы способствовало появлению однопортовой лапароскопической холецистэктомии. Эволюция операционного доступа от лапаротомии к 4-портовой лапароскопической холецистэктомии логически продолжилась уменьшением количества вводимых троакаров до одного доступа через пупочное кольцо.

Внедрение однопортовой холецистэктомии в клиническую практику выявило ряд недостатков, присущих этому вмешательству. В частности, невозможность создать хорошую экспозицию ввиду параллельного расположения инструментов, необходимость использования для решения этой проблемы специальных приспособлений для разведения в пространстве ручек и рабочих частей зажимов и диссекторов.

Целью нашего исследования была разработка специального троакара и инструментов, позволяющих приблизить условия однопортовой операции и классической лапароскопической холецистэктомии. Нами был разработан оригинальный порт с 4 каналами для введения инструментов. Как и при стандартной ЛХЭ использование порта позволяет ввести два 5 мм и два 10 мм инструмента. Таким образом возможно использовать стандартный лапароскопический инструментарий.

Еще одной важной особенностью предложенного порта является возможность применения изогнутых зажимов или крючка, что позволяет добиться экспозиции близкой к оптимальной и отказаться от дорогостоящих одноразовых изгибающихся инструментов. Использование изогнутых инструментов возможно благодаря конструкционным особенностям порта, заключающимся в том, что площадь контакта инструмента с материалом порта ограничена только толщиной мембраны – то есть не более 3 мм.

Предложенный 4-канальный порт использован нами у 22 пациентов, оперированных в плановом порядке по поводу желчнокаменной болезни. Нами не наблюдалось осложнений, а использование

предложенных инструментов позволили сократить продолжительность операции в среднем на 12 минут по сравнению с трехканальным портом.

БЛОКАДА ПРОСТРАНСТВА МЫШЦЫ, ВЫПРЯМЛЯЮЩЕЙ СПИНУ, ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

Шарипова В.Х., Сиябаев Ф.Х., Алимов А.Х., Содиков М.М.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Введение. Адекватное мультимодальное обезболивание – это не только уменьшение отрицательного субъективного ощущения, но и сокращение времени нахождения больного в стационаре в виду ранней активации, предупреждения кишечного пареза, профилактики тошноты и рвоты и т.д. В последние годы методы межфасциальных трункулярных блокад (блокада влагалища прямой мышцы живота, блокада пространства поперечной мышцы живота, блокада пространства мышцы, выпрямляющей спину и т.д.) продемонстрировали себя как эффективный компонент мультимодального обезболивания в разных областях хирургии, в том числе трансплантологии. Обеспечение адекватного послеоперационного обезболивания у реципиентов почки представляет собой трудную задачу в виду особенностей данной категории больных: нежелательность применения нестероидных противовоспалительных препаратов, которые являются потенциальными нефротоксичными средствами, замедление элиминации метаболитов морфина.

Цель. Изучить эффективность блокады пространства мышцы, выпрямляющей спину (errector spine plane block – ESPb), при гетеротопической трансплантации почки.

Материал и методы. Исследование проведено с участием 28 больных, которым проведена гетеротопическая трансплантация почки от живого родственного донора в подвздошную область в плановом порядке. В контрольную группу (n=14) ретроспективно были включены больные, у которых было использовано стандартное анестезиологическое пособие: общая комбинированная анестезия на основе изофлурана и фентанила. Для послеоперационной базис анальгезии использован метамизол натрий по 1–2 г каждые 8 часов внутривенно и морфин гидрохлорид внутривенно по требованию. В основной группе (n=14) использована сочетанная анестезия: общая комбинированная анестезия на основе изофлурана и фентанила, а также длительная ESPb под ультразвуковой навигацией на уровне Т12 со стороны планируемой операции с установлением катетера, направив его каудально. До начала операции в ESP был введен 20 мл 0,25% раствор бупивакаина. В послеоперационном периоде введен 20 мл 0,125% раствор бупивакаина через катетер ESP каждые 6 часов в течение 24 часов. Также у больных основной группы использован метамизол натрий по 1–2 г каждые 8 часов внутривенно. У обеих групп проведена стандартная медикаментозная профилактика послеоперационной тошноты и рвоты (ПОТР), которая заключалась во введении дексаметазона 4 мг после индукции и метоклопрамида 30 мг в конце операции внутривенно. Все операции проводились одной хирургической бригадой. Проведен стандартный интраоперационный мониторинг (пульс, неинвазивное артериальное давление, сатурация кислорода, капнометрия, температура тела). Первичными конечными точками исследования явились интенсивность послеоперационных болей по нумерической шкале (НШ) и расход морфина на больного за первые сутки после операции. Вторичные конечные точки исследования были интраоперационные дозы фентанила и частота ПОТР. Оценка эффективности послеоперационного обезболивания проведена в течение первых 24 часов после операции (через 6, 12, 18, и 24 часов) в покое и при движении по нумерической шкале и определен средний балл. Все больные обеих групп имели возможность получить морфин гидрохлорид внутривенно титрированием при болях в качестве «спасающей анальгезии».

Результаты. В контрольной группе за первые сутки после операции интенсивность болей в покое составила 3,3±1,17 балла и при движении 5,2±2,15 балла по НШ. В основной группе боли в покое и при движении составили соответственно 2,1±1,09 и 3,8±1,18 балла (p=0,009 и 0,042 по сравнению с основной и контрольной группами). В контрольной группе расход морфина за первые 24 часа составил 15,9±7,1 мг на одного больного, в основной группе данный показатель составил 4,7±6,2 мг (p=0,0001). В контрольной группе интраоперационно фентанил введен в дозировках 4–6 мкг/кг/час, в основной группе же с учётом сочетания регионарной анестезии под контролем адекватности анальгезии с помощью неинвазивного мониторинга параметров гемодинамики у некоторых больных удалось снизить дозу фентанила до 1–2 мкг/кг/час. В контрольной группе 8 больных (57%) в первый день после операции жаловались на тошноту, из них у 3 (21%) отмечалась рвота. У двоих больных основной группы (14%) отмечалась тошнота и у одного из них (7%) она сопровождалась однократной рвотой.

Выводы. Применение длительной ESPb во время операции и в послеоперационном периоде при гетеротопической трансплантации почки позволяет обеспечить более адекватный контроль над болью. Также данный метод прост в использовании и безопасен для пациентов. Кроме того, уменьшение использования опиоидных анальгетиков снижает риск возникновения ПОТР и других побочных эффектов этих средств.

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ТЕХНИКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ РАНЕНИЙ ШЕИ В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОГО ФИЛИАЛА РНЦЭМП

Эгамбердиев Т.Э., Акбаров Ж.А., Эшонкулов Ч.И., Махмудов Н.И., Расулов А.Ф.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Цель. Разработать конкретное хирургическое лечение пострадавших с тяжелыми ранениями шеи и тактику диагностических действий.

Материалы и методы. Изучены результаты лечение 48 больных, с колото-резаным (47 пациентов) и огнестрельным (1 случай) ранением шеи в период с 2010 по 2019 г.

В стандартной ситуации выполняли обзорную рентгенографию шеи и груди, эзофагоскопия, исследование глотки и пищевода с контрастным раствором тразографом, триамбростом 76%, а при подозрении на повреждение магистральных сосудов шеи – ангиографию. Пострадавшие (39 человек) с клинической картиной повреждение воздухоносных путей, магистральных сосудов, пищевода и чаще сочетанием их с нестабильной гемодинамикой и нарушениями дыхания подлежали неотложной операции с одновременными реанимационными мероприятиями без детального обследования.

Ретроспективный анализ показал, что у всех больных с серьезными повреждениями шеи, оставшимися незамеченными (9 случаев), а выполнялась типичная хирургическая обработка ран. В зависимости от локализации возникали существенные трудности для проведения полноценной ревизии в условиях имбибированных кровью окружающих тканей. В результате ревизия принимала вынужденно ограниченный характер. Учитывая это обстоятельство, у пострадавших с глубокими ранениями шеи выполнялась коллотомия по Х. Хаккеру, по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Длина разреза составляла не менее 12 см, сторона доступа определялась локализацией опасных ран. У 7 пострадавших ее выполняли с двух стороны.

Ранение магистральных сосудов.

Данный вид ранений отмечался нами у 19 пациентов. При определении локализации повреждений сосудов мы использовали предложение D. Demetriades деления шеи на три зоны (Demetriades D. etal., 1996).

В преобладающем большинстве целостность сосуда в I и II зонах восстанавливалась наложением атравматичного краевого (у 12 пациентов) и циркулярного (у 4 пострадавших) (по Каррелю) сосудистых швов. В 3 случаях при значительном дефекте сосуда выполнено вшивание венозного аутотрансплантата. Следует отметить, что период полного прекращения кровотечения по сонным артериям не превышал 20 мин (Mauch J. etal., 2000). Поэтому оперирующий хирург поставлен в жесткие временные рамки. Это обусловлено развитием тяжелых необратимых морфологических изменений в головном мозге с формированием грубых парезов и параличей. Восстановление магистрального кровотока осуществлялось с периферического конца. Все манипуляции сопровождались введением антикоагулянтов по схеме. Завершали оперативное вмешательство активным дренированием клетчаточных пространств шеи. В послеоперационном периоде оценивали неврологический статус пострадавшего, проводили доплеровское картирование, компьютерную томографию головного мозга.

Повреждение шейного отдела пищевода и трахеи.

В диагностике этой области, кроме стандартной первичной хирургической обработки и ревизии раны, мы широко применяли малоинвазивные технологии как диагностическая фибробронхоскопия, эзофагоскопия. Во время осмотра фибробронхоскопами и эзофагоскопами тщательно осмотрели целостность слизистого слоя глотки, гортани глотки и пищевода, на наличие нарушения целостности слизистого слоя этого органа.

Летальность при проникающих повреждениях пищевода высокая и достигает, по данным различных авторов, 30–50% (Бисников.Л.Н. Абакумов М.М. 2006 гг.) В проводимом исследовании анализируется опыт лечения 24 ранений пищевода. При ранениях шейного отдела пищевода у 19 пострадавших назначалась ранняя операция до 6 часов, включавшая ушивание раны и дренирование превертебрального пространства и заднего средостения чрезшейным доступом. В зависимости от стороны повреждения использовали левосторонний или правосторонний доступ. Для обнаружения места ранения руководствовались отеком окружающих тканей и гнойной инфильтрацией. При невозможности ушить место повреждения пищевода производили эзофагостомию в 3 случаях с последующим закрытием стомы или кожной пластикой дефекта. В поздние сроки и при наличии гнойника в средостении производили его вскрытие и дренирование у 4 пострадавших. В случаях открытой травмы трахеи с развитием асфиксии и нарастающей подкожной эмфиземы выполняли трахеостомию. После устранения дыхательных нарушений производился доступ к трахее. Дефект ее стенки ушивали или производили резекцию 1–3 колец, либо выполняли пластику.

Учитывая значительное бактериальное загрязнение ран шеи, в послеоперационном периоде особое внимание уделяли антибиотикопрофилактике, стартовой эмпирической терапии. Предпочтение отдавали фторхинолонам и цефалоспоринам III–IV поколения в сочетании с препаратам с антианаэробной активностью. С 4–5 суток проводили дезинтоксикационную терапию.

Вывод. Применяемые нами тактики, диагностики и быстрые (моментальное) решения хирургического лечения включает ряд принципиальных положений:

1. Методом выбора к поврежденным сосудам и органам шеи в подавляющем большинстве случаев является переднебоковая коллотомия с соответствующей стороны.

2. Время полного прекращения кровотока по магистральным сосудам не должно превышать до 20 мин.

3. При наличии сочетанных повреждений гортани, трахеи, пищевода, щитовидной и слюнных желез одновременно проведены реанимационно-анестезиологические мероприятия, оперативные вмешательства решали индивидуально каждому больного, и в большинстве случаев операции начаты с сосудистого этапа, сначала остановили кровотечение.

4. Ранения трахеи в большинстве случаев требуют превентивного выполнения трахеостомии.

5. При повреждениях пищевода наряду с восстановлением его целостности важное значение имеет активное дренирование превертебрального пространства и заднего средостения.

НАШ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ СПОСОБОВ УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Эгамов Б.Т., Хайдаров Г.А., Рузибоев С.А., Мансуров Т.Т.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Введение. В настоящее время в литературе встречается достаточное количество наблюдений, сравнивающих непосредственные результаты ушивания перфоративных дуоденальных язв традиционным и лапароскопическим способами. Однако в литературе не встречается сравнительная оценка результатов лечения больных, перенесших ушивание перфоративной язвы 12-пк с использованием различных малоинвазивных способов. Научная новизна нашего исследования заключается в том, что мы сравнили течение послеоперационного периода у пациентов, перенесших лапароскопическое ушивание (ЛУ) и ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки (ПЯДПК), чего ранее не делалось. Кроме того, мы разработали алгоритм для выбора способа ушивания перфоративного отверстия в зависимости от времени, клиники и диаметра перфорации, измеренного во время видеолапароскопии.

Материалы и методы. Для сравнения эффективности ЛУ нами проанализированы результаты лечения 381 больного, в Самаркандском филиале РНЦЭМП в период с 2015 по 2019 гг., которым были произведены ушивания перфоративных язв желудка и ДПК. К настоящему времени нами накоплен опыт 220 (57,7%) ушиваний ПЯДПК с использованием малоинвазивных методик. В исследование были включены пациенты в возрасте от 14 до 60 лет и более. Средний возраст составил 39,5 года. В первые 12 часов от момента перфорации поступило 268 человек (70,3%), до 24 часов – 92 человека (24,1%). Причиной поздних госпитализаций (более 24 часов 21 (5,5%) явились случаи прикрытой перфорации, когда атипичное течение заболевания привело к несвоевременному обращению больных за медицинской помощью и диагностическим ошибкам на догоспитальном этапе. Диагноз перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки устанавливали, используя общепринятую комплексную диагностическую программу. Из специальных методов исследования, кроме обзорной рентгенографии брюшной полости, применяли ФГДС, а в диагностически трудных случаях – лапароскопию и у 5,5% больных пневмогастрографию. В большинстве случаев клиническая диагностика перфоративной пилородуоденальной язвы не представляла особых затруднений. Все пациенты были оперированы в течение первого часа с момента поступления в стационар, после проведения необходимых диагностических исследований.

Состояние брюшной полости: в реактивной стадии перитонита поступило 289 больных, токсической стадии – 86 и в терминальной стадии 6 пациентов. Релапаротомия выполнена у 5 больных после открытых операций с терминальным перитонитом. Средние сроки стационарного лечения больных после открытых операций составили 6,2±1,2 дня и после лапароскопических операций 4,3±0,8. Перистальтика кишечника и отхождение газов восстанавливались на 2–3-е сутки после операции. Это объясняется малой травматичностью применяемого метода, когда отсутствует интраоперационное механическое воздействие на брыжейку и стенку кишечника. Из 381 больного повторно в течение 1 года обратились с жалобами на наличие симптомов спаечной кишечной непроходимости 38 (10%) больных. Среди них 35 (9,2%) пациентов после открытых и 3 (0,8%) после лапароскопических операций. С рецидивом язвенной болезни после перенесенной операции обратились в стационар 93 больных (24,4%). Осложнений по ходу лапароскопических операций не возникало. Летальных исходов после лапароскопических операций не было. Летальный исход отмечен у 4 пациентов с терминальным перитонитом после открытых операций.

Выводы. Таким образом, лапароскопическое ушивание прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки имеет все преимущества малотравматичных операций, но не оказывает существенного влияния на частоту рецидива язвенной болезни. Лапароскопическое ушивание перфора-

тивных дуоденальных язв позволило эффективно предупреждать болевой компонент в послеоперационном периоде, сократить сроки стационарного лечения и ускорить послеоперационную реабилитацию пациентов.

ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Эгамов Б.Т., Усаров Т.А., Жабборов З.И., Рузибоев Ш.Ж., Мухаммадиев М.Х.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Неутешительная статистика свидетельствует, что заболеваемость панкреатитом за последние годы увеличивается. Непрерывный рост заболеваемости острым панкреатитом, трудоспособный возраст большинства пациентов, большие экономические затраты на длительное лечение и реабилитацию свидетельствуют о социальной значимости этой патологии. С увеличением распространенности острого панкреатита увеличивается и необходимость в своевременном и эффективном лечении. Общая летальность при остром панкреатите варьирует от 3 до 6%, а летальность при тяжелых формах составляет 30–40%, даже в специализированных клиниках мира 15%.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с тяжелым острым панкреатитом, путем усовершенствования лечебно-диагностической тактики ведения больных и использования малоинвазивных методов оперативного лечения.

Материалы и методы. В 2016–2019 гг. в хирургических отделениях Самаркандского филиала РНЦЭМП получали лечение 83 больных с тяжелыми формами острого панкреатита. Среди обследованных было 57 мужчин (68,7%) и 26 женщин (31,3%), в возрасте от 18 до 73 лет (средний возраст 43,8 лет). Из них оперированы 32 (38,6%) пациента, а 19 (59,4%) пациентам из числа всех оперированных операции проводились исключительно лапароскопическими методами. У 13 (15,7%) пациентов панкреонекроз был выявлен после лапаротомии, произведенной по поводу перитонита. Показанием к проведению лапароскопической санации брюшной полости являлась клиника распространённого перитонита и прогрессирование эндотоксикоза на фоне неэффективности проводимого консервативного лечения.

Результаты. При экссудативных осложнениях выполнялась лапароскопическое дренирование полости малого сальника и брюшной полости. При распространенном гнойно-деструктивном процессе проводилась санация брюшной полости с использованием раствора «декасан», а также дренирование полости малого сальника и брюшной полости двухканальными дренажами. Применение малоинвазивных вмешательств на первом этапе лечения способствовало сабилизации больных, отграничению воспалительно-некротического процесса в поджелудочной железе, забрюшинной клетчатке, что позволило избежать применения, или же провести открытое полостное вмешательство в более поздние сроки и сделать его менее травматичным.

Заключение. Применение лапароскопического метода оперативного лечения позволяет выполнить адекватное хирургическое пособие, а также снизить количество ранних осложнений острого панкреатита. Увеличение процента проведения малоинвазивных вмешательств коррелирует со снижением процента летальности при тяжелой форме острого панкреатита, способствует снижению инвалидизации в послеоперационном периоде, а также повышает уровень качества жизни в ситуациях, когда является основным и единственным методом лечения. При развитии локальных инфекционных осложнений острого панкреатита применение эндовидеохирургических вмешательств дает возможность эффективно санировать очаги в брюшной полости и улучшить результаты лечения.

РОЛЬ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ

Эрметов А.Т., Ходжибаев А.М., Кобилов М.О.

Ташкентский областной филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и хирургического лечения закрытой травмы грудной клетки (ТГК) на основе активного применения видеоторакоскопии (ВТС).

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 248(100%) больных с закрытой травмой грудной клетки, находившихся на лечении в ТОФРНЦЭМП и его субфилиалах. За период 2017–2020 г. в ТОФРНЦЭМП на лечении находилось 158(63,7%) больных с изолированной и сочетанной травмой грудной клетки. В субфилиалах Ташкентской области – 90 больных, которые обслужены по линии санитарной авиации нашими специалистами. Из общего числа мужчин было – 205, женщин – 43 в возрасте от 18 до 74 лет. Различные плевральные осложнения были выявлены у 140 больных с закрытой травмой груди. Из них 80 находились в ТОФРНЦЭМП и 60 в субфилиалах. В процентном разрезе – ТОФРНЦЭМП/ субфилиал осложнения составили: гемопневмоторакс – 60%/55%, гемоторакс – 20%/15%, пневмоторакс – 14%/12%, подкожная эмфизема – 6%/8%. Таким образом, травмы грудной клетки, требующие активного вмешательства, вне зависимости от территориального расположения, требуют однозначной тактики обследования и лечения.

Результаты исследования. Вне зависимости от централизации узких специалистов, лечение рассматриваемой патологии в условиях системы ЭМП должно соответствовать стандартам оказания помощи больным с травмой грудной клетки. Ввиду отсутствия ВТС в субфилиалах, большинство больных после проведения плевральной пункции и неэффективности лечения были переведены в ТОФРНЦЭМП для продолжения лечения. У всех больных травмы грудной клетки сопровождались плевролегочными осложнениями. Больные оперированы на базе ТОФРНЦЭМП торакоскопически – 80(32,5%). Из них у 32(13%) ввиду невозможности устранить основную причину перешли к конверсии на торакотомию. Все больные с травмой грудной клетки разделены на 2 группы:

группу составили 14,7% пострадавших, у которых лечение проводили без применения ВТС.

группу составили 85,3%, у которых на этапе хирургического лечения была использована ВТС. Произведено удаление фрагментов свернувшейся крови, коагуляция и/или ушивание ран легкого, грудной стенки, остановка кровотечения из межреберных артерий и аспирация излившейся крови в плевральную полость.

В 33 случаях выполнены видеоассистированные вмешательства через миниторакотомный доступ, в 9 – широкая торакотомия, (во время которой произведена резекция костных отломков ребер – 2, ликвидация свернувшегося гемоторакса – 3, ушивание разрыва диафрагмы – 3, ушивание раны перикарда – 1, лобэктомия – 1).

Торакоскопия позволила визуализировать раны легкого в 101 случае, перикарда – в 1 случае, диафрагмы – у 3 больных, продолжающееся внутриплевральное кровотечение – у 18 больных, свернувшийся гемоторакс – в 15 случаях. В большинстве случаев характер и объем ранения позволили ограничиться коагуляцией и/или ушиванием поверхностных ранений легкого и грудной клетки, аспирации излившейся в плевральную полость крови.

Заключение. Таким образом, больным с закрытой травмой грудной клетки с плевролегочными осложнениями оперативное лечение необходимо начинать с ВТС, которое позволяет не только установить точный топический диагноз, но и быстро и надежно устранить не требующие открытого вмешательства повреждения с минимальной травмой для пострадавшего. Применение ВТС у пострадавших с закрытыми травмами груди позволяет снизить частоту развития послеоперационных осложнений, частоту широкой торакотомии, что в конечном итоге приводит к уменьшению сроков лечения и реабилитации пациентов. При наличии соответствующего оборудования и подготовленных специалистов ВТС возможно выполнять на базе субфилиалов.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ТРАХЕОСТОМИИ

Эшонходжаев О.Д., Худайбергенов Ш.Н., Ёрмухаммедов А.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени акад. В. Вахидова

Цель. Провести сводный анализ осложнений после различных вариантов трахеостомии. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 442 больных после выполнения трахеостомии в период с 1976 по 2019 год в отделении реанимации и интенсивной терапии РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова.

Введение. Благодаря достижениям анестезиологии и реаниматологии стало возможным спасение больных, находящихся на длительной ИВЛ, которые считались ранее безнадежными и инкурабельными (A. Abbasidezfouli, 2009; Татур А.А., 2014; Cameron Stock et al., 2015). Частота возникновения рубцовых стенозов после ИВЛ и/или трахеостомии по данным разных исследователей может достигать 25%. При этом число пациентов с данной патологией за последние годы неуклонно возрастает. Ежегодный прирост стенозов гортани и трахеи составляет 5% (Паршин В.Д., Порханов В.А., 2016). Данные европейских изданий свидетельствуют, что у 7–16% пациентов отделений интенсивной терапии процесс отлучения от продленной вентиляции легких сопровождается наложением трахеостомы [Крюков 2011, Cheung 2014, Yu 2010]. К примеру, в медицинских центрах Великобритании ежегодно проводятся приблизительно 12000–14000 чрескожных трахеостомий. В Соединенных Штатах Америки частота выполнения трахеостомий у пациентов на длительной вентиляционной поддержке (более 48 часов) приближена к 34% [McGrath 2012, Martin 2016, NHS 2017].

Частота встречаемости посттрахеостомического стеноза среди интубированных пациентов колеблется от 10 до 22%, при этом тяжелая степень стеноза наблюдается в 1–2% случаях [11, 17].

Материал и методы. Критериями включения пациентов в исследование явились проявления дыхательной недостаточности в периоперативном периоде: состоявшаяся или угрожающая обструкция верхних дыхательных путей и необходимость респираторной поддержки у больных, находящихся на ПИВЛ (ОНМК, ОРДС, компартмент синдром и др.). Возраст больных в исследовании колебался от 10 до 72 лет, средний возраст составил 44±14 лет. Мужчин было 149 (33,71%), женщин – 293 (66,29%).

Результаты. Общее количество осложнений после трахеостомии отмечено у 63 пациентов, из них после традиционного способа у 54 (19,4%) пациентов и после ПТС (перкутанная трахеостомия) – у 9 (12,7%). При этом, среднее количество осложне-

ний на одного больного составило 2,0 и 1,9 соответственно. Кровотечение отмечено в 21 (7,6%) случае после ТТС (традиционная трахеостомия) и в 3-х (4.2%) случаях после ПТС; повреждение слизистой трахеи наблюдалось в 31 (11,2%) случае после ТТС и в 5 (7,0%) случаях после ПТС. Наибольшее количество случаев в обеих группах пришлось на инфекционные осложнения: в 36 (12,9%) случаях после ТТС и в 6 (8,5%) случаях после ПТС. Более редким осложнением явилось образование подкожной эмфиземы лица и шейной области, которое отмечено в 18 (6,5%) случаях после ТТС и в 2 (2,8%) случаях после ПТС. Ложный ход наблюдался только у 1 (1,4%) пациента после ПТС. Таким образом, общее количество пациентов без осложнений отмечено у 80,6% пациентов после ТТС и у 87,3% пациентов после ПТС.

В структуре факторов риска развития специфических осложнений трахеостомии выделены ожирение, короткая шея, длительная ИВЛ, наличие трахео-бронхо-пульмональных осложнений и операция на щитовидной железе, при этом при традиционной методике операции наличие одного из указанных факторов обусловливает повышение этого показателя с 8,5% (у 15 из 177 пациентов без выявленных факторов) до 25% (у 11 из 44 больных с 1 фактором), при сочетании двух факторов – до 37,1% (у 13 из 35 больных), трех – до 61,5% (у 8 из 13 больных) и четырех – до 77,8% (у 7 из 9 больных).

При отсутствии факторов риска у 97,9% пациентов после ПТС не отмечено каких-либо осложнений, тогда как наличие факторов риска снижает этот процент до 66,7% (ч2= 13.977; Df=1; p <0,001). Наибольший процент (44,4%) осложнений отмечен у пациентов с ожирением 3 степени и короткой шеей, а сочетание четырех факторов приближает процент общих неудовлетворительных результатов в 66,7% случаев. Таким образом, при перкутанной трахеостомии наличие одного из факторов риска обусловливает повышение частоты осложнений с 2,1% (у 1 из 77 пациентов без выявленных факторов) до 10% (у 1 из 10 больных с 1 фактором), при сочетании двух факторов – до 37,5% (у 3 из 8 больных), трех или четырех – до 66,7% (у 2 из 3 больных).

Выводы. Таким образом, анализ результатов трахеостомии показал, что при традиционной методике частота осложнений составила 19,4% (у 54 из 278 пациентов), при перкутанной – 12,7% (у 9 из 71 пациента), при этом этот указанный показатель зависел не только от общего статуса пациентов (9,4% – 26 больных и 4,2% – 3 больных соответственно), но и от технических особенностей выполнения манипуляций на фоне различного спектра факторов риска (10,1% – 28 больных и 8,5% – 6 больных). При перкутанной трахеостомии наличие одного из факторов риска обусловливает повышение частоты осложнений с 2,1% (у 1 из 77 пациентов без выявленных факторов) до 10% (у 1 из 10 больных с 1 фактором), при сочетании двух факторов – до 37,5% (у 3 из 8 больных), трех или четырех – до 66,7% (у 2 из 3 больных).

ИНФОРМАТИВНОСТЬ МУЛЬТИСРЕЗОВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ЖИВОТА

Янгиев Б.А., Элмуродов Г.К., Мансуров Т.Т.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Наиболее информативным методом, позволяющим уточнить состояние органов и структур брюшной полости и забрюшинного пространства, по данным разных авторов, является мультисрезовая компьютерная томография (МСКТ) [Хаджибаев А.М. с соавт., 2018]. Применение МСКТ обосновано рядом очевидных преимуществ: возможностью получения четкого послойного изображения органа с практически полным анатомическим соответствием; высокой разрешающей способностью, позволяющей обнаружить достаточно малые контрастные образования и незначительные различия физических, анатомических свойств тканей и органов; неинвазивностью. Диагностическая точность метода повышается при внутривенном контрастировании паренхиматозных органов, что позволяет получить при абдоминальной травме значимую для лечебной тактики информацию по топографии и степени разрыва органа, провести мониторинг посттравматических интра- и параорганных изменений, особенно в условиях консервативной и эндохирургической лечебной тактики [Цап Н.А., Жуков В.А., 2010].

Выявление гемоперитонеума при закрытой травме живота имеет принципиальное значение, так как это является индикатором жизнеугрожающих последствий повреждения. МСКТ обладает высокой чувствительностью и специфичностью в выявлении свободной жидкости. При объеме жидкости до 500 мл чувствительность МСКТ составляет 76%, специфичность – 72%, от 500 до 1000 мл – 89 и 86%, более 1000 мл – 98 и 96% соответственно [Блаженко А.Н. с соавт., 2011].

Чувствительность МСКТ с контрастным усилением при диагностике травмы селезенки достигает 98,5%, тогда как бесконтрастная КТ при внутрипаренхиматозных кровоизлияниях имеет низкую чувствительность и специфичность [Drezin D., Minera F., 2012].

Чувствительность МСКТ в выявлении повреждений печени составляет от 91 до 97%, специфичность и точность – от 96 до 98% [Starling S.V. et al., 2015]. К КТ-признакам повреждения желчного пузыря относятся нечеткость контуров стенки, спавшийся желчный пузырь у больных натощак, мягкотканное образование у двенадцатиперстной

кишки, кровотечение в просвет пузыря, особенно при наличии жидкости в перивезикальном пространстве.

В последние годы возрос интерес исследователей к травме надпочечников, в результате было установлено, что данная патология встречается в 2% случаев и хорошо диагностируется при МСКТ. Приблизительно в 75% случаев повреждается правый надпочечник, в 15% – левый, в 10% – оба надпочечника. Большинство из повреждений надпочечников не являются изолированными [Aziz M.U. et al., 2014]. Описаны КТ-признаки гематомы надпочечника. Они заключаются в том, что в его проекции появляется объемное образование овальной формы с четкими контурами, размером, не превышающим 60×30 мм. Денситометрические показатели гематомы зависят от сроков с момента травмы. В 1–3-и сутки гематома имеет однородную структуру, плотность ее повышена, затем плотность ее снижается. В динамике гематома постепенно уменьшается в размерах. Многие авторы считают важной проблему дифференциального диагноза между гематомой и образованием надпочечника, так как случайные находки последних происходят у 5% пациентов, в 75% из них это аденомы надпочечников. Применение контрастирования в данном случае необходимо – в аденомах обычно происходит вымывание контраста в течение 15 мин, тогда как гематомы свою плотность не изменяют [Gans SL et al., 2012].

В настоящее время МСКТ брюшной полости считается золотым стандартом в диагностике повреждений органов брюшной полости. Однако метод имеет и ряд таких недостатков, как возможные артефакты из-за движения пациента, нефротоксичность МСКТ-исследования с контрастным усилением, лучевая нагрузка и высокая стоимость исследования [Kornezos I et al., 2010].

FAST-ПРОТОКОЛ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ ЖИВОТА

Янгиев Б.А., Элмуродов Г.К., Мансуров Т.Т.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

На сегодня сфокусированная оценка с помощью сонографии при травме (Focused assessment with sonography in trauma – FAST) является стандартным и инициальным ультразвуковым скрининговым исследованием, выполняемым «у постели больного», и направлен на быстрый поиск свободной жидкости в абдоминальной, плевральной и перикардиальной полостях, а также пневмоторакса [Engles S et al., 2019]. FAST-исследование является важным средством быстрой сортировки больных с нестабильной гемодинамикой, помогает в ту же секунду определиться с тактикой ведения пациента с травмой. Сегодня FAST-протокол включен в клинические рекомендации ATLS (Advanced Trauma Life Support), как обязательное начальное диагностическое исследование пациентов с тяжелой травмой, и может выполняться любым специалистом, в связи с чем во всем мире ведется интенсивное обучение врачей-хирургов, травматологов, реаниматологов этому методу исследования [Osterwalder J et al., 2019].

Согласно рекомендациям ATLS, обследование FAST необходимо провести сразу после первичного обследования пациента. Это достаточно информативный инструмент у гемодинамически нестабильных пациентов. Исследования показали, что FAST на 64–76% сокращает время предоперационной диагностики, необходимое для обоснования показаний к экстренному хирургическому вмешательству, снижает потребность в выполнении компьютерной томографии (КТ), благотворно влияет на частоту осложнений и сроки стационарного лечения [Smith ZA, Wood D., 2014]. Процедура FAST занимает примерно 5 минут времени. При этом специфичность исследования в выявлении свободной жидкости в плевральной полости и перикарде составляет от 98 до 100%, а общая точность метода находится в диапазоне от 98 до 99% [Patel NY, Riherd JM., 2011]. Ввиду того, что УЗИ существенно сокращает время диагностики признаков повреждения внутренних органов, возможности его использования у постели тяжелого больного, неинвазивности метода, не требующего, к тому же, введения контрастного вещества, и не сопряжено с облучением больного и медперсонала, безопасности многократного применения у детей и беременных женщин, FAST приобрела широкую популярность в экстренной хирургии повреждений внутренних органов груди и живота.

Однако, несмотря на все эти преимущества, у метода есть и свои подводные камни, к числу которых можно отнести сложность дифференциальной диагностики гемоперитонеума от перитонеальной жидкости, низкую информативность в выявлении забрюшинной жидкости, ограниченные возможности в визуализации повреждения внутренних органов, зависимость результатов от опыта врача, проводимого исследование, трудности у лиц с ожирением и при пневматозе кишечника [Lagi A, Marini F., 2012].

По данным Кокрановского, систематический обзор чувствительности УЗИ в обнаружении гемоперитонеума у пациентов с травмами составляет 85–95% [Cochrane Libr. 2015;9: CD004446]. Несмотря на достаточно высокую специфичность положительной сонограммы при выявлении свободной жидкости в брюшной полости, указывающей на наличие внутрибрюшного повреждения, тем не менее, учитывая ее низкую общую чувствительность, отрицательный результат УЗИ не может быть использован самостоятельно для полного исключения повреждения органов брюшной полости. Кроме того,

ультрасонография обладает низкой чувствительностью (41%) при выявлении повреждений паренхиматозных органов, при повреждениях поджелудочной железы, ретроперитонеуме, повреждениях диафрагмы. Практически невозможно при ультразвуковом исследовании выявить разрывы полых органов [Труфанова Г.Е., Рязанова В.В., 2009].

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Янгиев Б.А., Мансуров Т.Т., Элмуродов Г.К.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Диагностическая точность компьютерной томографии с внутривенным контрастированием заметно превосходит точность обзорной рентгенографии и УЗИ брюшной полости. В дополнение к более высокой чувствительности и специфичности, немаловажным преимуществом компьютерной томографии считается ее способность предоставить информацию об основной причине кишечной непроходимости или же выявлять альтернативную патологию при исключении острой кишечной непроходимости (ОКН). Компьютерная томография способствует более точному выбору тактики ведения пациента и более рациональному планированию объема и характера предстоящей операции [Frager D., 2002].

При МСКТ-исследовании у больных с подозрением на тонкокишечную непроходимость нету необходимости в пероральном введении контрастного вещества, так как внутрипросветная жидкость и газ, уже присутствующие в расширенных петлях кишечника, являются отличными контрастными веществами. При наличии сомнения относительно наличия толстокишечной непроходимости диагностике способствует МСКТ-колонография с трансанальным введением водорастворимого контрастного [O'Malley RG et al., 2015].

Компьютерная томография также может точно определить стадию опухолевой непроходимости кишечника и выявить развившиеся осложнения, такие как перфорация кишечника и перитонит [Brown CV, 2014]. При определении тактики лечения у больных с ОКН важное значение имеет своевременное выявление ишемии и некроза кишки, особенно при спаечной тонкокишечной непроходимости и завороте сигмовидной кишки. Компьютерная томография позволяет достаточно точно оценить состояние стенки кишечника, ее сосудов, брыжейки и сальника. Чувствительность МСКТ варьируется от 75 до 100%, а специфичность – от 61 до 93% [Paulson EK, Thompson WM, 2015].

У больных с клиникой ОКН сложную задачу представляет диагностика внутренних ущемленных грыж из-за отсутствия их характерных клинических признаков. Точная предоперационная диагностика таких внутренних грыж возможна только с помощью компьютерной томографии [Doishita S et al., 2016].

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Янгиев Б.А., Мансуров Т.Т., Элмуродов Г.К.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

В диагностике ОКН в настоящее время все шире стали использовать ультразвуковое исследование (УЗИ), которое отличается простотой, доступностью, относительной дешевизной, неинвазивностью, эффективностью и не связано с лучевой нагрузкой, позволяет оценивать перистальтику кишечника в режиме реального времени. В зависимости от уровня обструкции кишечника чувствительность метода колеблется в пределах 69–98% и является максимальной при острой механической непроходимости тонкой и правой половины толстой кишки. На чувствительность УЗ отрицательно влияет степень пневматоза кишечника, которая сильно возрастает при ОКН и, тем самым, препятствует адекватной визуализации левой половины толстой кишки, а также ожирение и рубцы после ранее перенесенных операций в брюшной полости [Кушнеров А.И., 2002].

Ультразвуковыми признаками обструкции тонкой кишки является расширение петель кишечника со значительным снижением или отсутствием их перистальтической активности. В диагностике тонкокишечной непроходимости сонография проявляет чувствительность в 90% и специфичность также 96% [Taylor MR, Lalani N., 2013].

УЗИ крайне редко позволяет визуализировать опухоли кишки менее 3–4 см в диаметре, так как эхогенность злокачественных новообразований и стенки кишки отличаются незначительно [Lin Y.C. et al., 2021]. При предварительном введении в просвет толстой кишки специальных диагностических смесей информативность УЗИ в выявлении опухолей диаметром менее 3 см и поражающие менее 1/2 окружности толстой кишки может достигать 86%, однако этот метод не нашел широкого распространения ввиду трудоемкости, длительности проведения исследования, плохой переносимости пациентами [Pйrez M.J.M. et al., 2020].

Качество визуализации непроходимости толстой кишки с помощью ультразвука практически не уступает компьютерной томографии, однако последняя имеет явные преимущества по сравнению с УЗИ в уточнении причины как тонкокишечной, так и толстокишечной непроходимости [Hollerweger A. et al., 2015]. Однако ультразвуковое исследование является более информативным по сравнению с об-

зорной рентгенографией брюшной полости в диагностике толстокишечной непроходимости [Chen SC et al., 2002]. Достоинством УЗИ по сравнению с классическими рентгенологическими методами является возможность исследования кровотока в стенке кишки с использованием дуплексного сканирования и цветового допплеровского картирования.

Кроме того, при УЗИ в ряде случаев удается визуализировать имеющиеся метастазы в паренхиматозных органах, забрюшинных и висцеральных лимфатических узлов. При комбинированном применении трансабдоминального, трансректального, трансвагинального и эндоскопического УЗ-метода чувствительность метода в выявлении метастазов в печень может достигать 80%, однако в диагностике метастазов в лимфатические узлы этот показатель не превышает 32% [Yu K. et al., 2020].

По данным Balthazar E.J. et al. (1988), с помощью УЗИ довольно редко (не более 35,7% случаях) удается установить этиологию ОКН. Необходимо учитывать, что УЗИ является так называемым операторзависимым методам исследования, поэтому результаты обследования и их интерпретация достаточно существенно зависят от опыта специалиста и ряда других субъективных факторов [Peiris D., Wills M., 2020].

Таким образом, применение различных методов УЗИ позволяют заподозрить или подтвердить наличие ОКН, в ряде случаев оценить уровень и предположить причину поражения, выявить метастатическое поражение лимфатических узлов и паренхиматозных органов, но тем не менее требуют подтверждения другими методами исследования, в частности с помощью компьютерной томографии.

ВОЗМОЖНОСТИ НАТИВНОЙ И КОНТРАСТНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Янгиев Б.А., Мансуров Т.Т., Элмуродов Г.К.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Общепризнано, что своевременная и точная диагностика причины, уровня и тяжести поражения при ОКН определяет результаты лечения. На сегодня в диагностике ОКН ведущая роль принадлежит рентгенологическому исследованию, которое в подавляющем большинстве случаев позволяет подтвердить или исключить ее наличие, определить причину, уровень и характер поражения ЖКТ.

Рентгенография брюшной полости является инициальным методом инструментального обследования больных с подозрением на ОКН. При тонкокишечной непроходимости обзорная рентгенография позволяет получить явные признаки илеуса у 50–60% больных, еще у 20–30% пациентов выявляются косвенные признаки заболевания, и только в 10–20% случаях исследование оказывается неинформативным [Gans SL et al., 2012; Frager D., 2002]. Van Randen A. с соавт. (2011) показали, что чувствительность рентгенографии брюшной полости в выявлении признаков ОКН была значительно выше по сравнению с оценкой только клинических проявлений заболевания: 74% против 57%, соответственно ($p < 0,01$). Однако прогностическая ценность положительного результата указанных методов достоверно не отличались между собой. В другом исследовании, где оценивалась диагностическая ценность рентгенографии у 140 больных с подозрением на толстокишечную непроходимость, чувствительность метода составила 84%, а специфичность – 72% [Chapman AH et al., 1992].

Точность рентгенологического исследования ЖКТ существенно повышается при введении в просвет кишечника рентгенконтрастного вещества. Самым ранним и распространенным методом был способ пассажа по кишечнику водной взвеси сульфата бария, предложенный в 1911 г. Г. Шварцем. В настоящее время этот метод используется значительно реже ввиду недостаточной информативности, большой длительности, сравнительно высокой лучевой нагрузки [Королюк И.П., Поляруш Н.Ф., 2005] и риска закупорки суженного участка кишки отвердевшим контрастным веществом [Демерчан Е.А., 2003].

На сегодня наибольшее распространение получает способ пассажа водорастворимого контрастного вещества, который широко используется у больных с подозрением на спаечную тонкокишечную непроходимость. При этом, если контрастное вещество не достигает толстой кишки на рентгенснимках, выполненных через 24 часа после введения препарата, то ставится вопрос о необходимости хирургического вмешательства. Многочисленные исследования показали, что использование водорастворимых контрастных препаратов при ОКН позволяет точно определить показания к хирургическому лечению [Хаджибаев А.М. с соавт., 2014].

Введение водорастворимых контрастных веществ при спаечной непроходимости тонкой кишки считается безопасным методом, однако опубликованы единичные сообщения о случаях развития аспирационной пневмонии и отека легких после их применения. С целью профилактики указанных осложнений авторами рекомендуется прием контрастного вещества после полного опорожнения желудка с помощью назогастрального зонда. Другой потенциальный побочный эффект пассажа водорастворимых контрастных веществ через ЖКТ обусловлен высокой осмолярностью этих препаратов, что может еще больше усугубить обезвоживание пациента с тонкокишечной непроходимостью, увеличивая секвестрацию жидкости в просвете кишечника. Этот фактор особенно ярко выражен у де-

тей раннего возраста и пожилых пациентов, у которых потеря плазматической жидкости может быть достаточной, чтобы вызвать гиповолемическое шоковое состояние [https://www.acr.org/Clinical-Resources/Contrast-Manual].

У больных с подозрением на толстокишечную непроходимость чаще используют ирригографию с водной взвесью сульфата бария. Диагностическая точность ирригографии при острой толстокишечной непроходимости составляет 40–60% [Королюк И.П., Поляруш Н.Ф., 2005], что обусловлено трудностями получения полипозиционных снимков, плохой подготовкой кишечника в экстренных ситуациях. У больных в стабильном состоянии имеется возможность проведения ирригографии по общепринятой методике с двойным контрастированием после адекватной подготовки кишечника. Информативность первичного двойного контрастирования повышается в условиях искусственной гипотонии кишечника и достигает при толстокишечной непроходимости 89,6-98%, а при ирригографии с водорастворимым контрастом чувствительность метода составляет 96%, специфичность – 98% [Маринчек Б., Донделиджер Р.Ф., 2009]. Однако метод не позволяет четко дифференцировать различные причины непроходимости толстой кишки.

Тяжелое состояние пациента, нестабильная гемодинамика, наличие признаков перфорации полого органа являются противопоказаниями к проведению рентгеноконтрастных исследований. Кроме того, при толстокишечной непроходимости прохождение взвеси сульфата бария проксимальнее от участка обструкции может усугубить течение патологического процесса [Демерчан Е.А., 2003]. При проведении УЗИ или КТ следует иметь в виду, что наличие в просвете кишечника остатков взвеси сульфата бария может исказить результаты исследования.

У этой категории пациентов практикуется также пневмоколонография, когда в качестве контрастного вещества используется только введение воздуха, но этот метод считается недостаточно информативным [Булатов Н.Н., 2003].

Некоторые специалисты высказывают мнение, что использование контрастирования кишечника в рентгенодиагностике ОКН не всегда оправданно и лишь увеличивает продолжительность процесса диагностики и лучевую нагрузку на пациента [Маринчек Б., Донделиджер Р.Ф., 2009], поэтому рекомендуют применять этот метод по ограниченным показаниям [Тотиков В.З. с соавт., 2006].

2. ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЭКСТРЕННОЙ НЕЙРОХИРУРГИИ

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНОЧНИКА НА ФОНЕ ОСТЕОПОРОЗА

Абдуллаев Д.Д., Ашуров И.С., Мирзаматов Н.И., Игамназаров Ж.Ж.

Ферганский филиал РНЦЭМП, Ферганский филиал ТМА

Остеопороз – это хроническое заболевание костей скелета, которое связано с нарушением обмена веществ, проявляется прогрессирующим снижением плотности и нарушением структуры костной ткани и приводит к переломам при минимальной травме (например, при падении с высоты собственного роста). В то же время остеопороз является «безмолвной эпидемией»: о своём недуге знают менее 1% больных. В результате этого в нашей стране каждую минуту происходит семь переломов позвонков, а каждые пять минут – один перелом шейки бедра, которые связаны с остеопорозом. По данным различных авторов переломы позвоночника на фоне остеопороза в 46% приходятся на грудные и поясничные позвонки.

Цель. Анализ результатов лечения пациентов с переломами тел грудных и поясничных позвонков, возникших на фоне остеопароза.

Материал и методы. В Ферганском филиале РНЦЭМП и частной клинике города Коканда оперированы 6 больных с неосложненными переломами тел позвонков грудного и поясничного отделов позвоночника, возникших на фоне остеопороза. У всех больных диагностированы компрессионные переломы различной степени. У всех больных в анамнезе отмечены физические нагрузки и травмы. Все больные получали консервативную терапию у невропатологов и травматологов по месту жительства. Эффекта от консервативной терапии не было, пользовались различного рода корсетами. Болевой синдром был купирован частично. Все больные подверглись оперативному лечению. Операция проводилось под общим обезболиванием, сначала в тела позвонков введен костный цемент и введены титановые винты транспедикулярным методом. После купирования болевого синдрома позвоночник фиксировали съемным ортопедическим корсетом, пациенты выписаны на амбулаторное наблюдение.

Результаты. Всем больным укрепление тела позвонков произведено рентгенконтрастным костным цементом метилметакрилат фирмы Stryker и винты введены через ножки позвонков (транспедикулярная фиксация). При переломах, возникших на фоне остеопороза, достигнуты хорошие результаты у всех больных. В сроки до 1 года у больных отмечалось прогрессирование болевого синдрома. Хирургическое лечение переломов тел позвонков дало отличный результат у 5 больных, хороший у одного пациента. В послеоперационном периоде отмечена коррекция всех компонентов деформаций поврежденного сегмента позвоночника.

Заключение. Дифференцированный подход к выбору метода лечения переломов тел позвонков грудного и поясничного отделов позвоночника, возникших на фоне остеопороза, с использованием костного цемента и транспедикулярной фиксацией позволяет улучшить результаты лечения и качество жизни больных.

ПЕРКУТАННАЯ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКА ПРИ ТРАВМАХ И ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМАХ ПОЗВОНОЧНИКА

Абдуллаев Д.Д., Ашуров И.С., Уринбоев Б.К., Махмудов Н.И., Игамназаров Ж.Ж.

Ферганский филиал РНЦЭМП, Ёзъяванский субфилиал

Материалы и методы. С 2018 по 2020 г. в Ферганском филиале РНЦЭМП и частной клинике Авиценна проведено 38 вертебропластик у 32 больных. Из них с гемангиомами 18(56%) больных, остеопорозом 10(31%) больных, с травмой позвоночника 4(13%) больных. Из них женщин – 23(72%), мужчин – 9(28%). Средний возраст больных составил 61 год (от 36 до 78 лет). Всем больным проведены МРТ и МСКТ-исследования. У всех 32 больных до операции отмечался стойкий болевой синдром. Проведена оценка болевого синдрома по шкале ВАШ. Вмешательства проводили на Th8-L5 уровнях. В грудном отделе выполнена ПВП – 9 позвонков, в поясничном – 23, в грудном и поясничном отделах – 6. Для проведения игл использовали транспедикулярный доступ. Пункцию тел позвонков выполняли под флюороскопическим контролем. При введении костного цемента использовали системы PCD фирмы «Страйкер» с добавлением контрастирующих веществ (порошков сульфата бария).

Результаты. Эффективность ПВП при патологических неосложненных переломах вследствие системного остеопороза исключительно высока. Так, у 28 (87%) больных болевой синдром регрессировал полностью. Четверо пациентов (13%) в течение недели после операции получали симптоматическую терапию в виде приема ненаркотических

анальгетиков, НПВП и в последующем не требовали какой-либо медицинской помощи. Осложнений во время процедуры не отмечано.

Выводы. Пункционная цементная вертебропластика является достаточно быстрым, безопасным эффективным методом для компрессионных переломов и патологических переломах на фоне гемангиом, остеопороза стойким выраженным болевым синдромом. Метод вертебропластики является малоинвазивным методом и позволяет выполнять вмешательство одновременно на нескольких уровнях в условиях локальной анестезии, что позволяет сократить время пребывания больного в стационаре.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ОСЛОЖНЕННЫХ И НЕОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Абдуллаев Д.Д., Ашуров И.С., Уринбоев Б.К.

Ферганский филиал РНЦЭМП, Ёзъяванский субфилиал

Материалы и методы. В Ферганском филиале РНЦЭМП в отделении экстренной нейрохирургии за 2019–2020 года прооперированы 57(100%) больных с неосложненными нестабильными и осложненными повреждениями грудного и поясничного отделов позвоночника. 41(72%) больному с осложненными компрессионными переломами произведены декомпрессивно-стабилизирующие операции. 10(17%) больным с нестабильными компрессионными переломами произведена открытая рекленация с установлением ТПФ. Использованы ТПФ системы фирмы ChM производства Польша и фирмы «Медбиотех» производства Белоруссии. Из них мужчин было 33(58%), женщин – 24(42%). Возраст больных колебался от 16 до 62 лет. Переломы грудного отдела составили 23(40%), поясничном отделе – 34(60%) больных. Всем больным по стандарту проведена рентгеноскопия или рентгенография и МСКТ пораженного уровня позвоночника. При сочетанных травмах Узи органов брюшной полости и синусов грудной клетки. Осмотр травматолога, хирурга, торакального хирурга и др. Неврологические расстройства оценивали по шкале ASIA (American Spine Injury Association). Характер повреждения оценивался по классификации Denis F. Оперативные вмешательства проведены от 3 до 14 суток после поступления больных. Так как 24 (42%) больных переведены из районных больниц. Послеоперационного нагноения и перелома винтов не отмечено. Миграция внутреннего винта отмечена у одного больного. Переустановка винта проведена у одного больного. Анализ результатов клинического применения метода внутренней транспедикулярной фиксации показал, что во всех случаях конкретная цель была достигнута.

Таким образом, применение транспедикулярных фиксаторов позволяет выполнять операции у тяжелых больных с осложненными и неосложненными нестабильными переломами позвоночника, что в свою очередь позволило существенно сократить постельный режим, сроки стационарного и общего лечения, отказаться от внешней иммобилизации, обеспечить более раннюю социальную реабилитацию пострадавших.

РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ ЧМТ В УСЛОВИЯХ ФФРНЦНЭМП

Абдуллаев Д.Д., Тожиев М.Т., Мирзаматов Н.И., Ашуров И.С.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Внедрение в неврологическую и нейрохирургическую практику компьютерной томографии (КТ) качественно изменило подход к обследованию, лечению и реабилитации пострадавших с ЧМТ. Такие преимущества КТ, как высокая достоверность, возможность с ее помощью оценивать одновременно состояние головного мозга и костей черепа, выявлять характер, форму, размер, локализацию повреждения, постепенно вытесняют пневмоэнцефалографию и рентгенографию.

В Ферганском филиале РНЦЭМП за период 2018–2019 гг. у 200 больным с черепно-мозговой травмой проведена МСКТ головного мозга. Из них 110 были мужчины, 31 женщины, дети составили 59 больных. Компьютерная томография головного мозга проводился 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 конвекситально-полюсно-базальные отделы лобных и височных долей мозга с глубинным распространением). Ушиб в сочетании с переломами черепа обнаружена у 13 больных, геморрагические ушибы (диапедезных кровоизлияний в вещество мозга) – у 17, ушибы с субарахноидальным кровоизлиянием – у 16, эпидуральные гематомы с переломами костей черепа выявлены у 33 больных и на КТ выглядели как двояковыпуклые или плосковыпуклые зоны повышенной плотности под сводом черепа, субдуральные гематомы с переломом костей черепа выявлена у 13 больных и на КТ имели вид серповидной зоны повышенной плот-

ности, широко охватывающей полушарие мозга, внутримозговые гематомы выявлены у 3 больных.

Внутричерепные гематомы по локализации разделились следующим образом: лобная – 7, теменная область – 8, височная – 12, затылочная область – 4, лобно-височная – 4, лобно-теменная – 1, височно-затылочная – 1, теменно-высочная – 7. Большинства гематом располагалось в лобно-теменно-височной области. Поэтажные гематомы выявлены у 9 больных. Из них сочетание внутримозговой гематомы с эпидуральной гематомой выявлены у 3 больных, у 2 больных внутримозговая гематома с субдуральной гематомой, и у 4 больных обнаружена эпи и субдуральные гематомы. Все эти находки обусловливают деформацию желудочковой системы, подоболочечных пространств и смещение срединных структур вплоть до сдавления и ущемления ствола.

Таким образом, компьютерная томография головного мозга является современным и информативным методом исследования в ургентной нейрохирургии и имеет первостепенное значение в диагностике внутричерепных гематом. Это позволяет своевременно выбрать тактику лечения больных со спасением многих жизней и предотвращением различных осложнений.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Авезов С.К., Ражабов М.М.

Бухарский филиал РНЦЭМП

При черепно-мозговой травме импрессионные переломы свода черепа очень часто наблюдается в детском возрасте и механизмом травмы в этих случаях является падения с высоты, особенно из рук матери ребенка, удар тупым предметом. Основным методом лечения вдавленных переломов костей свода черепа является хирургическое вмешательство. В таких случаях производится либо вправления вдавленного участка отломков, либо удаления вдавленных костных отломков. Удаление вдавленного участка кости в дальнейшем может привести к развитию оболочечно-мозгового рубца, появлению неврологических расстройств. В связи с этим вопрос лечения данной категории больных является актуальной проблемой нейрохирургии детского возраста.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения импрессионных переломов костей свода черепа.

Материал и методы. В отделении хирургического повреждения детского возраста Бухарского филиала РНЦЭМП с 2018 по 2020 год находилось 9 больных детей в возрасте от 4 месяцев до 6 лет с вдавленными импрессионными переломами костей свода черепа. По механизму полученной травмы больные были распределены следующим образом:

1. Падения с высоты из руки матери – 5 больных.
2. Удар тупым предметом – 4 больных.

Всем больные при поступлении в приемно-диагностическое отделение РНЦЭМП БФ произведен клинико-неврологический осмотр. Уровень нарушения сознания у 6 больных от оглушения до сопора, 3 больных – без неврологических нарушений.

Всем больным была произведена рентгенография черепа в двух проекциях, МСКТ-исследование головного мозга, при которых выявлены признаки импрессионного перелома костей свода черепа. Площадь вдавленного участка перелома колеблется от 2,0–3,0 см до 4,0–5,0 см и глубина составила от 1,0 до 2,0 см.

В зависимости от вида проведенных оперативных вмешательств больные были разделены на 2 группы:

Наложение расширенного фрезевого отверстия с последующим вправлением вдавленного костного отломка черепа – 6 больных.

Костно-пластическое выкраивание кости, устранение импрессионного перелома и установление костного лоскута на место – 3 больных.

В первом случае накладывали расширенное фрезевое отверстия рядом с участком вдавленного импрессионнного перелома и при помощи элеватора приподнимали вдавленный участок кости. Во втором случае, когда не удавалось приподнять вдавленный участок, было произведено удаления вдавленных костных отломков.

Результаты и обсуждение. Послеоперационный период протекал без осложнения. Пальпаторно и рентгенологически отмечали полное устранение вдавления, косметического дефекта не наблюдалось. Швы снимали на 9–10 сутки после операции и больные выписывались на амбулаторное лечения под наблюдением детского врача-невропатолога.

Выводы. Предпочтительным хирургическим методом лечения вдавленных импрессионых переломов костей свода черепа в детском возрасте является репозиция вдавленного участка или при невозможности этого процесса – костно-пластическое устранение вдавленного импрессионного перелома свода черепа.

Данный вид оперативного малоинвазивного вмешательства является профилактикой поздних осложнений черепно-мозговой травмы.

ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СУБДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Алимов Д.Р., Карабаев О.В.

Ташкентский областной филиал РНЦЭМП

Проблема черепно-мозговой травмы (ЧМТ) остается актуальной на протяжении многих лет. По данным ВОЗ, число таких пострадавших в мире пре-

вышает 10 млн и ежегодно увеличивается не менее чем на 1–2%. Травматические субдуральные гематомы (СГ) являются осложнением ЧМТ и наиболее частым видом внутричерепных гематом. Под СГ понимают скопление крови между твердой и паутинной мозговыми оболочками, вызывающее общую или местную компрессию головного мозга. Частота СГ колеблется от 2,4 до 49% в зависимости от тяжести ЧМТ. Неоперированные больные с большими и массивными СГ чаще всего умирают, тогда как своевременно произведенная операция дает хорошие результаты.

Цель исследования – улучшить результаты хирургического лечения травматической СГ в зависимости от клинического течения процесса и нарушений витальных функций.

Материалы и методы. Материал исследования основан на 114(100%) наблюдениях пострадавших с СГ, поступивших ТОФРНЦЭМП и его филиалы и находившихся на стационарном лечении в период с 2017 по 2019 г. Мужчин было 76 (66,7%) больных, женщин – 38 (33,4%) больных. Возраст больных – от 21 до 67 лет. Среди причин травмы превалировала бытовая – 56 (49,1%) больных и транспортная – 28 (24,5%) больных, производственная травма была у 14 (12,2%) больных, и у 16 (14,0%) пострадавших причина травмы осталась неизвестной. Всем больным проводили комплексное обследование: неврологический осмотр, рентгенографию черепа в двух проекциях, КТ. При выполнении КТ головного мозга вычисляли объем гематомы, сопутствующие очаги ушиба, гидромы и зоны перифокального отека. В зависимости от клинического течения и скорости развития синдрома сдавления головного мозга СГ подразделялись на острые – 63 (55,2%) больных, подострые – 33 (28,9%) больных и хронические – 18 (15,7%) больных.

Результаты и обсуждение. У 28 (24,5%) больных, с малыми по объему гематомами, после проведения консервативного лечения по данным МСКТ головного мозга наблюдалась полная резорбция гематомы в сроки до 10 суток. В 18 (15,7%) случаях удалось перевести острую гематому в подострую, а подострую в хроническую форму и в последующем применить малоинвазивную тактику – закрытое наружное дренирование хронической субдуральной гематомы. Для подострых форм в связи с наличием как жидкостного содержимого, так и сгустков крови применен метод установления приливно-отливной системы через 1–2 фрезевых отверстия. Полость гематомы промывалась растворами антибиотиков и фибринолитиков, до полной санации и устранения релапса мозга. 68 (59,6%) больным в связи с тяжелыми неврологическими проявлениями в первые сутки была проведена резекционная декомпрессивная трепанация черепа с удалением гематомы. Послеоперационная летальность составила 5 (10,9%). Результаты хирургического лечения по шкале исходов Глазго распределились по группам: 1) с хорошим восстановлением – 48 (42,1%) больных; 2) с умеренной инвалидизацией – 29 (25,4%) больных; 3) с тяжелой инвалидизацией – 22 (19,2%) больных; 4) в вегетативном состоянии пациентов не было. Относительно высокий процент летальности обусловлен тем, что все умершие пациенты поступали в крайне тяжелом состоянии по шкале комы Глазго – 3–6 баллов.

Выводы. Отрицательное влияние исходы ЧМТ при СГ оказывает нахождение больных в стадии грубой декомпенсации, сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания, отсутствие диагностических и миниинвазивных принадлежностей. Применение миниинвазивной тактики влияет на более благоприятный исход, быстрое выздоровление и социальную адаптацию пациента, а также уменьшение затрат на лечение пациента в стационаре. Тактика «перевода» гематом в стадию инволюции и лизирования, для обеспечения малоинвазивности операций, возможна только в профильных стационарах под постоянным наблюдением нейрохирурга. Соблюдение вышеперечисленных признаков позволит минимализировать оперативную тактику лечения больных с СГ.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭПИДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМОЙ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Алимов Д.Р., Карабаев О.В.

Ташкентский областной филиал РНЦЭМП

Актуальность. Эпидуральная гематома (ЭГ) – травматическое кровоизлияние, располагающееся между внутренней поверхностью костей черепа и твердой мозговой оболочкой (ТМО) и вызывающее местную и общую компрессию головного мозга. Характерным и наиболее часто выявляемым источником кровотечения при ЭГ является поврежденная средняя оболочечная артерия и ее ветви, иногда оболочечные вены, синусы и сосуды диплое. Это наблюдается примерно в 10% от всех черепно-мозговых травм (ЧМТ). Для детального изучения гематомы, ее места локации и размера необходимо провести МРТ или КТ. На изображениях, полученных с помощью КТ и МРТ, ЭГ обычно проявляются выпуклой формой, так как их распространение останавливается в полости черепа на уровне швов свода, где ТМО плотно прикреплена к костям черепа. Таким образом, они расширяются внутрь к мозгу, а не вдоль внутренней части черепа, как это происходит при субдуральной гематоме. ЭГ чаще всего проявляются «агрессивностью» своего течения.

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения и улучшить результаты хирургического лечения больных с острыми ЭГ при ЧМТ.

Материал и методы. Материал исследования основан на 96(100%) наблюдениях, пострадавших с ЭГ, поступивших в ТОФРНЦЭМП и находившихся на стационарном лечении в отделении сочетанных травм с нейрохирургией и субфилиалах, в период с 2017 по 2019 г. 85 (88,5%) больных были в возрасте до 60 лет, а 11 (11,4%) – 60 и старше. Больные разделены на 3 группы в зависимости от стадии клинического течения ЧМТ при СГ, в которой больные находились при поступлении.

46 (47,9%), пациенты поступили в стадии клинической субкомпенсации.

31 (32,2%) – в стадии умеренной клинической декомпенсации.

19 (19,7%) – в стадии грубой декомпенсации.

Техника операции была не сложной и сводилась к трепанации черепа с удалением ЭГ и гемостазом из источника кровотечения. Применение оптического увеличения 3–4 Х, микроинструментов, атравматического шовного материала позволило минимализировать дополнительную операционную травму, осуществить тщательный гемостаз. Чаще мы пользовались наложением расширенного фрезевого отверстия – 42 (43,7%) больных, резекционная декомпрессивная трепанация – 38 (39,5%) больных, костно-пластическая – 16 (16,6%) больных.

Результаты и обсуждение. При анализе общего количества 96 больных с ЭГ выписаны в удовлетворительном состоянии – 42 (43,7%) больных, в состоянии средней тяжести – 27 (28,1%) больных, в тяжелом стабильном состоянии – 18 (18,7%) больных переведены для продолжения лечения по месту дислокации. Скончались в стационаре – 9 (9,3%) пострадавших.

Выводы. Установлено, что ЧМТ приводит к наиболее тяжелым видам повреждений головного мозга: ЭГ, очаги ушиба и размозжения мозга, а также множественные переломы черепа.

Основными причинами смертельного исхода были отек, дислокация мозга и пневмония.

Использование малоинвазивных методик позволяет обеспечить приемы удаления ЭГ различной консистенции и распространенности, так как риск травмирования здоровых тканей мозга отсутствует, как и вероятность осложнений после операции.

В связи с чем, существует реальная необходимость в приобретении и внедрении в практику ТОФРНЦЭМП и филиалов МСКТ, МРТ, операционного микроскопа, энцефалоскопа, что позволит качественно улучшить результаты лечения СГ при ЧМТ и качество оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим больным.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ

Аминов М.А., Ашуров И.С., Тожиев М.Т., Кузиев О.И., Исаков Э.А.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Сосудистые заболевания мозга остаются актуальной медицинской и социальной проблемой, основной причиной смерти и инвалидизации населения любой страны, в том числе и в Республике Узбекистан. В настоящее время в мире около 9 миллион человек страдают цереброваскулярными болезнями (ЦВБ). Основное место среди них занимают инсульты, каждый год поражающие от 5,6 до 6,6 млн человек и уносящие 4,6 млн жизней. Смертность от ЦВБ находится на 3-м месте (после заболеваний сердца и опухолей всех локализаций) и достигает в экономически развитых странах 11–12%. По данным зарубежных авторов ишемический инсульт (ИИ) при ОНМК встречается чаще (85–90%), чем геморрагический инсульт (ГИ) (10–15%). Однако для геморрагического инсульта характерна высокая летальность, достигающая 50%. Среди выживших пациентов 75% с ГИ остаются инвалидами, при чем 10–20% нуждаются в посторонней помощи. Главной причиной развития геморрагического инсульта являются высокое артериальное давление (АД) и врожденные или приобретенное поражение сосудистой стенки (аневризмы, артерио-венозные мальформации, васкулиты сосудов мозга и д.р).

В 2017–2019 гг., на лечении в отделениях нейрореанимации, неврологии и экстренной нейрохирургии ФФРНЦЭМП находились 3677 пациентов с ОНМК. Из них с геморрагическим инсультом 399 (10,8%), ишемическим инсультом 2495 (67,8%), преходящие нарушение мозгового кровообращения 783 (21,4%) пациента.

За три года в отделении экстренной нейрохирургии находились 72 больных, из них 49 (68,1%) мужчин, 23 (31,9%) женщины. Возраст больных до 1–18 лет 3 (4,2%), до 10–15 лет 1 (1,4%), старше 18 лет – 68 (94,4%).

Клиническая картина. При гипертензивных внутричерепных кровоизлияниях наблюдались выраженные общемозговые симптомы (острая возникшая головная боль, тошнота и рвота), снижение бодрствования от оглушения вплоть до комы. Для неврологического дефицита было характерно постепенное развитие от нескольких минут до нескольких часов (в отличие от эмболического инсульта), когда неврологическая симптоматика (двигательная и чувствительная) возникает сразу. Большинство пациенты поступили сразу в отделение нейрореанимации. Проконсультированы смежными специалистами.

Экстренная нейрохирургическая операция проведено 35(48,6%) пациентам. Остальным пациен-

там проведено консервативное лечение. По нашим данным послеоперационная летальность составила 17(45,5%) больных.

Ретроспективный анализ показал, что несмотря на использование нейровизуализации (МСКТ) для дифференциальной диагностики характера ОНМК (геморрагический и ишемический) не превышает 20%. Кроме того, полученные данные позволяют говорить о низкой обеспеченности центра специализированными койками для лечения больных с инсультом, недостаточном использовании хирургических методов лечения при внутричерепных кровоизлияниях, низкой эффективности терапии артериальной гипертензии. В связи чем летальность после оперативных вмешательств остается достаточно высокий, по нашим данным 17 (45,5%) из 35 пациентов.

Таким образом, анализ результатов хирургического лечения пациентов с геморрагическим инсультом показал, что необходимо снижение частоты основных факторов риска заболевания (артериальная гипертония, сахарный диабет), уменьшение 28-дневной летальности пациентов с геморрагическим инсультом, усовершенствование методов диагностики и применение малоинвазивных хирургических вмешательств (при наличии церебральной ангиографии, круглосуточной МСКТ, использование интраоперационной сонографии с техническими возможностями обработки «field-of-view» для улучшения и увеличения изображения, пункционная аспирация с локальным фибринолизом гематом, эндоскопическая аспирация гематом).

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Ашуров И.С., Тожиев М.Т., Аминов М.А., Уринбоев Б.К., Сафаев М.К., Исройлов З.Г., Кузиев О.И.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Диагностика опухолей головного мозга до настоящего времени является одной из сложных проблем, так как ряд заболеваний ЦНС протекает с похожими симптомами. При инсультоподобном течении болезни опухоли головного мозга диагностируются как находка при МСКТ-исследовании. МСКТ-метод помогает своевременно диагностировать опухоль, оценить результаты лечения в послеоперационном периоде и выявить послеоперационные осложнения на ранних этапах, прогнозировать катамнез.

Цель исследования. Определить диагностическую роль МСКТ-исследования при опухолях головного мозга в послеоперационном периоде для своевременного выявления послеоперационных осложнений.

В ФФ РНЦЭМП за период 2016–2019 гг. диагностированы и пролечены 96 (100%) пациентов с новообразованиями головного мозга в возрасте от 18 до 80 лет. Из них на дооперационном этапе КТ проводилось 96 (100%) и в послеоперационном периоде 82 (85,4%) больным. По показаниям проводилось исследование внутривенным введением контрастного вещества.

Из 42 (100%) КТ-исследований с ОНМК позволили выявить опухоль головного мозга у 10(23,8%) больных, в 32 (76,1%) случаях был диагностирован инсульт.

Внутримозговые опухоли имели вид пониженной плотности, неоднородной структуры с кистозными включениями без четких границ и с выраженным перифокальным отеком накапливающим контрастное вещество.

Основными задачами КТ-исследования в послеоперационном периоде является выявление ранних или поздних послеоперационных осложнений, оценка радикальности проведения операции, выявление продолженного роста опухоли.

Раннее послеоперационное МСКТ-исследование головного мозга проводится при подозрении на гематому в ложе опухоли. Это ухудшение соматического и неврологического статуса больных.

Также МСКТ показано всем пациентам с инородными металлическими имплантами в организме, если противопоказано МРТ-исследование.

Выводы:

1. Компьютерно-томографическое исследование является высокоинформативным методом диагностики опухолей головного мозга.
2. Также КТ-исследование помогает определить эффективность и тактику проводимого лечения в до и послеоперационном периоде.
3. Дополнительное контрастное МСКТ увеличивает достоверность в постановке диагноза опухолей головного мозга.

THE EFFECTIVENESS OF VERTEBROPLASTY WITH A COMPRESSION FRACTURE OF THE LUMBAR SPINE

Buronov I.S., Nazarova N.Z.

Tashkent Medical Academy

Spinal injuries are one of the most severe injuries of the musculoskeletal system, requiring long-term hospital and rehabilitation treatment. According to the literature, 17.7% of among all the injuries of the skeleton is spinal injury. Fractures of the vertebrae in the lower thoracic and lumbar regions, due to the anatomical and biomechanical features, represent the largest group, up to 54.9% of all injuries of the vertebral column. It is generally recognized that surgical treatment for uncomplicated spinal fractures should be aimed primarily at stabilizing the spinal segment and, if possible, restoring the physiological axis of the spine. In this case, one of

the effective methods is a transpedicular fixation of the spine, which allows you to solve all tasks. But this type of operation is traumatic, disabling, not physiological since there is the additional fixation of at least two neighboring healthy vertebrae with blocking movements in them and increasing vertical load in neighboring ones. Conservative treatment, consisting of long bed rest.

The location of the fracture has negative impact: due to deformation of the axis of the spine, an increase in the load on the anterior support complex increases the risk of developing fractures of the underlying vertebrae and makes a contribution to the emergence of persistent pain syndrome and a deterioration in the quality of patients life. In this case, vertebroplasty becomes the most optimal and promising approach of surgical treatment for uncomplicated compression fractures of the spine, including traumatic ones.

Purpose of the study. It will be evaluated the effectiveness of vertebroplasty in the compression fracture of the lumbar spine.

Materials and methods. We observed 30 patients with compression fractures of the lumbar spine. The age of patients is between 25 and 60 years.

The examination was conducted at the Department of Emergency Traumatology and Neurosurgery of the Tashkent Medical Academy. The study was divided into 2 groups. The main group included 15 patients with the fracture of type A1.1, A1.2, A1.3 (according to the classification of «AO Spine»). Patients of this group underwent vertebroplasty, which was performed under general anesthesia.

Method of strengthening the vertebra at the fracture site using bone cement injected through a transpedicular installed cannula. Vertebroplasty strengthens the structure of the vertebra, restoring its support when the body of the vertebrae is partially broken at the acute period of damage.

The control group consisted of 15 patients carrying out by traditional conservative methods.

The primary target of conservative management of patients with compression uncomplicated vertebral fractures is the relief of pain. First and foremost, this treatment is based on immobilization of the damaged segment by using anaesthetics, and conservative therapy mostly consists of the use of non-steroidal anti-inflammatory drugs, bisphosphonates and calcium preparations, as well as rarely myorelaxants.

Results. After vertebroplasty, the patient is activated, probably after 1–2days, verticalized. The pain syndrome has significantly decreased; there are no limitations in the motor sphere and sensory impairment. On the control CT – tomograms, the height of the vertebral body restoration is noted;

Conservative treatment consisting of prolonged bed rest at the fracture site has negative consequences: a persistent decrease in vertebral body height and spinal deformity, which subsequently lead to the occurrence of kyphosis, and gradually to the formation of a chronic pain syndrome. Other disadvantages of conservative treatment are unavoidable side effects with prolonged use of drugs.

Conclusion. Vertebroplasty is an effective minimally invasive surgical treatment for compression fractures of the spine type A1.1, A1.2, A1.3 (according to the classification of AO Spine). The use of vertebroplasty in the treatment of compression fractures can considerably improve the patients' life quality and achieve better clinical results than when using methods of traditional conservative therapy.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДИК В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ ГЕМАТОМАМИ

Каримбаев Ш.Т., Тожибоев А.Т.

Наманганский филиал РНЦЭМП

В связи с ростом числа травматизма увеличилось количество черепно-мозговых травм среди детей. По данным литературы, от 5 до 23% всех больных с черепно-мозговыми травмами имеют внутричерепные гематомы. При оказании помощи в таких случаях наиболее значимыми являются быстрая и своевременная диагностика травмы центральной нервной системы и патологических синдромов, респираторная поддержка, коррекция нарушения гемодинамики, ликвидация отека головного мозга.

Цель. Уточнить показания и эффективность применения миниинвазивных хирургических методов лечения травматических внутричерепных гематом у детей.

Материал и методы обследования. Обследованы 50 детей с внутричерепными гематомами в возрасте от 2-х до 18 лет. Средний возраст составил 12 лет, средний балл по шкале Глазго 12 баллов.

Результаты. По данным МСКТ ребенка 32 (64%) были диагностированы эпидуральные гематомы, у 18 (36%) субдуральные. Определяющими факторами для выбора тактики лечения были давность травмы, уровень сознания по шкале Глазго, динамика неврологических нарушений, наличие анизокории, объем и локализация гематомы, выраженность отека мозга, смещение срединных структур. Оперировано 36 (72%) больных методом наложения расширенного фрезевого отверстия, у 14 (28%) больных произведено удаление эпидуральных гематом через множественные фрезевые отверстия. При эпидуральных гематомах, объем которых не превышал 15 мл, применялся метод удаления гематом через расширенное фрезевое отверстие, у остальных использовался метод удаление эпидуральных гематом через множественные фрезевые отверстия. Субдуральные гематомы, проявляющиеся без неврологического дефицита, удалялись через фрезевые отверстия. Максимальный объем ВЧГ

с благоприятным исходом у детей был 15 мл. У этих детей уровень ШКГ при поступлении был больше 12 баллов, анизокории не отмечалось, на МСКТ головного мозга базальные цистерны были нормальными, смещение срединных структур не повышало 3 мм. Между ШКГ, анизокорией, степенью сдавления базальных цистерн и степенью смещения срединных структур выявлена достоверная связь.

Внедрение миниинвазивных нейрохирургических операций в лечении пострадавших детей позволило улучшить исходы лечения, снизить летальность, сократить сроки пребывания больных в стационаре.

Выводы. Для определения тактики лечения внутричерепных гематом с применением миниинвазивных хирургических методов лечения травматических внутричерепных гематом у детей следует учитывать динамику сознания по ШКГ, наличие анизокории, объем гематомы, его локализацию, сдавление базальных цистерн и смешение срединных структур головного мозга. Применение миниинвазивных операций позволяет улучшить результаты лечения этой категории пострадавших и сократить сроки пребывания больных в стационаре. Данная категория больных в последующем не нуждаются в пластике дефекта черепа и повторных операциях.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЕ ГАЛО-АППАРАТА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ВЕРХНЕШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Кузиев О.И., Сафаев М.К., Мирзаматов Н.И., Разоков В.В.

Ферганский филиал РНЦЭМП

В структуре травмы шейного отдела позвоночника повреждения верхнешейного отдела позвоночника (ВШОП) занимают от 5,5 до 35% и 1 – 2% от всех повреждений позвоночника.

Основной задачей при их лечении является профилактика вторичных смещений, по возможности устранение деформаций, обеспечение надежной стабилизации.

Недостатками наиболее часто используемых конструкций для открытого спондилодеза являются увеличение риска деформации, миграции компонентов фиксирующих конструкций. Число интраоперационных осложнений достигает 9–12%, а неудовлетворительные результаты хирургического лечения у 18–29% больных обусловлены вторичными деформациями с развитием неврологических расстройств на почве несостоятельного спондилодеза, рубцово-спаечных процессов, унковертебрального артроза. Проблема лечения пострадавших с осложненными дислокациями С1, С2 позвонков до настоящего времени полностью не решена.

Цель. Изучение эффективности лечения пострадавших с повреждением ВШОП с помощью Гало-аппарата в качестве самостоятельного метода лечения.

Материалы и методы. В период с 2012 по 2019 г. в экстренном нейрохирургическом отделении ФФРНЦЭМП было пролечено 28 пациентов с повреждением ВШОП. Из них мужчин – 21 (75,0%), женщин – 6 (25,0%). Возраст пациентов от 18 до 72 лет, в среднем 31 год. По механизму травмы преобладали дорожно-транспортные происшествия – 18 (64,3%) случаев, реже – падение с высоты – 6 (21,4%) и ныряние на мелководье – 4 (14,3%).

У всех больных оценивали интенсивность болевого синдрома, функций спинного мозга по шкале ASIA/ISCSCI. Тяжесть состояния больных оценивали по общепринятой классификации оценки тяжести состояния Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

Пациентам с переломами ВШОП при поступлении выполняли обзорную рентгенографию шейного отдела позвоночника в 2-х проекциях, прицельную рентгенографию ВШОП в трансоральной укладке и МСКТ с целью предоперационного планирования.

Результаты: Выраженный болевой синдром в состоянии покоя у 47,2% и возникающий при легкой физической нагрузке у 49,4% больных. Легкая боль в шее была только у 3,4% больных.

У 85,7% пациентов переломы ВШОП были неосложненными (степень Е по шкале ASIA). Степень В по шкале ASIA была у 3,3% пациентов, степень С – в 8,8% наблюдениях, степень D – у 2,2% пострадавших.

При рентгенологическом исследовании у 1 (3,6%) пациента выявлен перелом С1 позвонка по первому типу, у 3 (10,7%) пациентов по второму типу и – 2 (7,2%) пациента по третьему типу с суммарным расхождением латеральных масс атланта относительно латеральных масс аксиса более чем на 8,1 мм.

Согласно классификации повреждений зубовидного отростка С2 позвонка по Anderson и D'Alonzo (1974) тип I отмечался у 1 (3,6%) пациента, тип II – у 4 (14,3%), тип III – у 5 (10,7%).

По рентгенологической классификации травматического спондилолистеза С2 позвонка тип I – 2 (7,2%) пациентов, тип II – 4 (14,3%), тип II A – 4 (14,3%), тип III – 2 (7,2%), тип IV – не выявлено.

У всех больных после тщательного обследования накладывали Гало-аппарат по стандартной методике, после чего производили дозированную дистракцию с целью устранения смещения костных фрагментов.

Больных переводили в вертикальное положение в первые сутки после наложения аппарата. Контрольные рентгенограммы шейного отдела позвоночника производили 1 раз в 4 недели. Фикса-

ция в Гало-аппарате продолжалась до 3–4 месяцев. После его снятия внешнюю фиксацию осуществляли съемным головодержателем в течение 2–3 месяцев.

Полная коррекция смещения достигнута в 2 (11,2%) случаях, регресс смещения различной степени выраженности – в 8 (44,4%), не удалось добиться значимого смещения – в 3 (16,7%), фиксация в достигнутом положении осуществлена у 5 (27,7%) пациентов. Во всех случаях отсутствовали какие-либо вторичные смещения С2 позвонка. Углубления неврологической симптоматики не наблюдались.

Среди осложнений аппаратного метода лечения, воспаление мягких тканей в области кортикальных винтов, развития пролежней в местах давления корсета, затруднение глотания, боли и онемение в руках, перфорация винтом костей черепа с образованием эпидуральной гематомы не наблюдалось.

Вывод. Таким образом, применение Гало-аппарата позволяет рационально устранить смещение костных фрагментов, восстановить анатомические соотношения в краниовертебральной области с одновременной фиксацией шейных позвонков и позволяет начать раннюю активизацию и реабилитацию пострадавших.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ У ДЕТЕЙ

Махкамов К.Э., Махкамов М.К., Матякубов Х.Н., Тухтабеков З.Л.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель. Провести анализ результатов хирургического лечения детей с торакоабдоминальными повреждениями при сочетанных травмах (СТ).

Материал и методы. Наши исследования основаны на анализе результатов лечения 45 детей с торакоабдоминальными повреждениями при СТ за период с 2018 по 2021 год (с момента функционирования отделения хирургии повреждений детского возраста с нейрохирургией). Среди всех пострадавших преобладали мальчики – 60% (27 детей), в возрасте – от 2-х до 18 лет.

По шкале ISS тяжесть сочетанных травмы у пациентов с торакоабдоминальными повреждениями составила 28,4±12,2 балла. Комплекс проводимого обследования включал в себя клиническую, лабораторную оценку, обзорную рентгенографию грудной клетки, УЗИ, МСКТ, диагностические лапаро-, торакоскопии. Стандартная хирургическая тактика включала выполнение лапароскопии, по показаниям лапаротомию, дренирования плевральной полости (по показаниям торакоскопию), стабилизацию костных отломков при скелетной травме и нейрохирургические вмешательства при черепно-мозговой травме, которые требовали ургентного вмешательства по поводу устранения сдавления головного мозга. Очередность хирургических вмешательств определяли локализацией доминирующей патологии.

Результаты. Причиной сочетанных повреждений в 37,7% случаев (у 17 детей) была кататравма, в 62,3% (у 28 детей) – дорожно-транспортное происшествие.

Наиболее часто торакоабдоминальная травма сочеталась с черепно-мозговой по сравнению со скелетной, что наблюдалось у 37 пациентов (82,2%). Из них в 70% случаев отмечалось нарушение сознания ниже 10 баллов по шкале комы Глазго. При оценки тяжести абдоминальной травмы при применении УЗ-диагностики нами была использована шкала USS. При проведении анализа у 45 больных, в 4 случаях оценка тяжести по шкале USS была равна 0 баллов, у которых в вмешательство ограничилось страховочной лапароскопией. В остальных 41 случае оценка по шкале USS была равна 1–2 баллам. На УЗИ наличие крови в латеральных каналах, подпеченочном пространстве, а также в полости малого таза выявлено у 34 детей.

У 9 пациентов (20%) определялось сочетание абдоминальной и торакальной травмы. Среди повреждений органов и структур груди были отмечены переломы ребер у 6 пациентов, перелом лопатки у 1 пациента, перелом ключицы – у 3 пациентов, наличие гемо- и пневмоторакса отмечено у 6 пациентов, у 1 пациента наблюдалось легочное кровотечение, которое требовало проведения диагностической торакоскопии.

При диагностической лапароскопии были выявлены: в 9 случаях повреждение селезенки, в 6 случаях повреждение печени, в 2 случаях повреждение поджелудочной железы, в 1 случае разрыв полого органа и в 6 случаях повреждение почек, в 1 случае разрыв уретры. При повреждениях печени у 3 больных и при кровотечении из селезенки у 5 больных достижение гемостаза удалось выполнить путем электрокоагуляции. В 2 случаях осуществлены санация и дренирование сальниковой сумки при травматическом панкреатита.

В 12 (26,7%) наблюдениях выявленные при лапароскопии повреждения органов брюшной полости потребовали перехода к широкой верхне-средне-срединной лапаротомии, показаниями к которой были – разрыв полого органа брюшной полости у 1 пациента, глубокие повреждения печени и селезенки у 9 пациентов и разрыв почек у 2 пациентов.

В 6 (13,3%) наблюдениях операция начато с лапаротомии, из-за общего тяжелого состоянии пациенты и выявленной на УЗИ жидкости во всех отделах в брюшной полости.

Заключение. 1. Видеоэндохирургический доступ в большинстве случаев позволяет провести как хирургическую коррекцию, так и выполнить органосохраняющие операции у детей с сочетанными травматическими повреждениями органов брюшной и грудной полостей и забрюшинного пространства.

2. Применение видеоэндохирургии при сочетанных травмах органов брюшной полости, грудной полости и забрюшинного пространства у детей реализует концепцию «быстрого ведения хирургического больного», что ведет к снижению длительности пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии.

3. Таким образом, одним из важнейших направлений улучшения медицинской помощи больным с СТ является диагностическая эндовидеохирургия, которая представляет собой малоинвазивный метод и не усугубляет тяжесть травматической болезни, заметно снижает частоту напрасных торакотомий, лапаротомий и диагностических ошибок.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ И НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Махкамов К.Э., Салаев А.Б.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В настоящее время современные протоколы лечения больных тяжелой черепно-мозговой травмой (ТЧМТ) включают этапное применение медикаментозных методов лечения, а при отсутствии эффекта – хирургическое вмешательство. Для этого необходим мониторинг внутричерепного давления (ВЧД), который доступен не во всех клиниках. Обычно, при отсутствии возможности мониторирования ВЧД, признаки внутричерепной гипертензии оцениваются по таким данным компьютерной томографии (КТ), как смещение срединных структур, сглаженность извилин коры мозга, сдавление цистерн основания черепа. Между тем, высокое ВЧД может отмечаться и при отсутствии этих признаков, что приводит к диагностическим ошибкам, поздним оперативным вмешательствам, некорректной медикаментозной терапии.

Наше исследование основано в оценке результатов мониторинга ВЧД у 45 больных. Все больные мужского пола, в возрасте от 22 до 50 лет, поступали с ТЧМТ и исходным нарушением сознания ниже 12 баллов по шкале Глазго (сопор). При поступлении после первичного КТ-исследования, выполнялась установка паренхиматозного датчика измерения ВЧД фирмы Spigelberg (Германия), в точке Кохера недоминантного полушария головного мозга на глубину до 1 см. По монитору регистрировались исходные показатели ВЧД. Оценка ВЧД проводилась по общепринятой методике, при этом норма 3–15 мм. рт.ст; гипертензия средней степени тяжести – 15–25 мм.рт.ст.; выраженная гипертензия – более 25–35 мм.рт.ст;, грубая – более 40 мм. рт.ст. При интраоперационном выявлении показателей выраженной гипертензии одномоментно выполнялось хирургическое вмешательство – резекционно-декомпрессивная трепанация черепа. При обнаружении гипертензии средней степени тяжести больные с установленным датчиком получали интенсивную противоотечную терапию в реанимационном отделении. Всем больным проводилось КТ-исследование в динамике на 2 сутки после операции и при необходимости в динамике на 7, 10, 14 сутки. При сохранении показателей ВЧД в пределах нормы в течение 48 часов паренхиматозный датчик удаляли. По КТ-данным проводилось измерение изменений ДОЗН (норма 4,5–5,1 мм), увеличение которого отмечено у всех больных с ТЧМТ.

Результаты измерений были сопоставлены и подвергнуты статистическому анализу r–Пирсона. При этом выявлена сильная положительная связь $p<0,001$. При высчитывании средних величин, нами получено следующее соответствие величин ДОЗН к показателям ВЧД. Нормальным показателям ВЧД соответствуют изменения ДОЗН до 5,1 мм; при гипертензии средней степени тяжести – изменения ДОЗН 5,2–6,5 мм; выраженной гипертензии соответствовали пределы ДОЗН 6,5–8 мм; при грубой гипертензии ДОЗН более 8 мм.

Таким образом, результаты малоинвазивной установки ВЧД у больных с ТЧМТ позволили выявить взаимосвязь показателей ВЧД с изменениями размеров ДОЗН. Предлагаемые параметры изменения ДОЗН могут служить косвенными показателями уровня ВЧД как в дооперационный период, так и при динамическом КТ-исследовании больных с ТЧМТ и проводить медикаментозную коррекцию внутричерепной гипертензии.

ПЕРКУТАННАЯ КИФОВЕРТЕБРОПЛАСТИКА ПРИ НЕОСЛОЖНЁННЫХ ПЕРЕЛОМАХ ПОЗВОНОЧНИКА НА ГРУДОПОЯСНИЧНОМ УРОВНЕ

Муминов М.Д., Мирзоев У.М., Мустафоев Н.К.

Бухарский филиал РНЦЭМП, Бухарский государственный медицинский институт

Хирургия острой неосложнённой позвоночной травмы первично включает в себя надежную стабилизацию позвоночного столба в правильном положении. Приоритетом в хирургии спинальной травмы приобретает способ фиксации поврежденного сегмента. При стабилизации нестабильного позвоночно-двигательного сегмента (ПДС) широ-

ко применяются системы задней транспедикулярной фиксации, целью которой является достаточно раннее по времени восстановление опороспособности повреждённого позвонка.

Однако достижение стойкого аналгетического эффекта, значительное сокращение сроков стационарного лечения, достижение исключительно ранней активизации пациента и его социальная адаптация при неосложнённом и относительно «стабильном» повреждении позвонка зачастую затруднительно. Решение данного вопроса побуждает клиницистов к поиску более доступных и эффективных способов их решения.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с неосложнёнными переломами позвонков на грудном и поясничном уровне позвоночника травматического генеза методом перкутанной кифовертебропластики.

Материал и методы. За период 2018–2019 гг. нами пролечено 42 пациента с неосложнёнными переломами позвоночника на нижнегрудном (Th9-12) и поясничном уровне, из них мужчин – 29 (69,05%), женщин – 13(30,95%), в возрасте от 20 до 69 лет (средний возраст – 41,0±9,7 лет). С учётом показаний и противопоказаний 34(80,95%) пациентам была произведена перкутанная кифовертебропластика. В группу исследования были включены пациенты с неосложнёнными компрессионными переломами на указанных уровнях 1–2 степени, придерживаясь классификации AO/ASIF переломов позвоночника. Больным проводилось стандартное вертеброневрологическое обследование. Из дополнительных методов обследования применялись: классическая спондилограмма повреждённого отдела позвоночника в стандартных проекциях, компьютерная (МСКТ) и/или магнитно-резонансная томографии (МРТ).

Результаты. Больные были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли пациенты, которым была проведена кифовертебропластика с 2-х сторон – 18(52,94%) пациентов и 2-я группа: больным проведена кифовертебропластика с одной стороны – 16(47,06%). Эффективность лечения оценивали по степени регресса болевого и мышечно-рефлекторного синдромов и данных рентгенконтроля. В послеоперационном периоде, при проведении рентгенологических (спондилограмма, МСКТ) исследований в 1-й группе, эффект устранения кифотической деформации с восстановлением высоты тела сломанного позвонка более 90% и регресс болевого синдрома по оценке боли по визуальной аналаговой шкале ниже 3 баллов отмечено в 13(72,22%) наблюдениях. Тогда как, анализ результатов проведённой кифовертебропластики у лиц 2-й группы регресс болевого синдрома по визуальной аналаговой шкале ниже 3 баллов и рентгенологически подтверждение эффекта нормализации оси и высоты тела сломанного позвонка отмечено удовлетворительно в 9(56,25%) наблюдениях.

Вывод. Проведение кифовертебропластики при неосложнённых компрессионных переломах грудопоясничных позвонков, позволяет значительно восстановить высоту тела сломанного позвонка, нормализовать вертикальную ось позвоночника, устранить фактор, вызывающий болевой синдром. Двустороннее её проведение позволило добиться стойкой стабилизации переднего опорного столба ПДС, а также ранней активизации данной категории пациентов.

ОСТРАЯ ТРАНЗИТОРНАЯ ГИДРОЦЕФАЛИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА, ОСЛОЖНЁННАЯ ГИПЕРТЕНЗИОННЫМ СИНДРОМОМ

Муминов М.Д.

Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Бухарский государственный медицинский институт

Рост частоты черепно-мозговой травмы (ЧМТ) в структуре травматизма населения, продолжительной временной и стойкой нетрудоспособности, обусловливает его важнейшую медико-социальную проблему современной медицины. Как правило, в структуре травмы значительное число пострадавших (около 36%) составляют лица с тяжёлой ЧМТ. Синдром внутричерепной гипертензии (ВЧГ) при ЧМТ, как правило, обусловливается отёком и набуханием головного мозга. Синдром прогрессирующей «злокачественной» внутричерепной гипертензии (СПЗВЧГ) имеет характерные особенности течения и тактики лечения у лиц с развившейся острой формой гидроцефалии. Данный факт обусловлен отсутствием данных о частоте встречаемости острой формы транзиторной гидроцефалии, её вида и сроков возникновения.

Современные методы нейровизуализации, такие как МСКТ, МРТ, существенно позволяют выявить не только наличие, локализацию, размеры интракраниальных гематом с клиникой прогрессирующей компрессии и дислокации мозга, что чрезвычайно важно для нейрохирурга, но и позволяют объективизировать внутричерепную гипертензию и степень ее компенсации. Вычисление морфометрических (кранио-ликворные, ликворо-мозговые и вентрикуло-краниальные) соотношений, являющихся ранними предвестниками развития не только дислокационного синдрома, но и прогрессирующей внутричерепной гипертензии, создают предпосылку математически точного, достоверного мониторирования динамики ВЧГ.

У большинства тяжелых пациентов разрешить возникающие вопросы по тяжести состояния могут

мониторинг внутричерепного давления и динамическая компьютерная томография (КТ) головного мозга. Однако не все случаи, например дислокации и вклинения, могут сопровождаться выраженной внутричерепной гипертензией, что тоже нельзя забывать в нашей повседневной практике. Так, при кровоизлияниях в мозжечок и IV желудочек и острой окклюзии ликворопроводящих путей головного мозга могут лавинообразно приводить к вклинению и смерти больного.

Синдром прогрессирующего «злокачественного» повышения внутричерепного давления при острой форме транзиторной гидроцефалии побуждает специалистов к поиску адекватных и эффективных методов оказания помощи данной категории пациентов.

Цель. Изучить синдром злокачественной внутричерепной гипертензией на фоне острой транзиторной формы гидроцефалии травматического генеза.

Материал и методы исследования. Нами обследованы 105 пациентов со среднетяжелой и тяжёлой черепно-мозговой травмой. Возраст больных составил от 18 до 69 лет. Состояние больных оценивалось по шкале ком Глазго не выше 10 баллов. Всем больным было проведено комплексное клинико-неврологическое исследование. Для объективизации патологических состояний желудочковой системы мы изучали её положение, величины и степень смещения по данным мультислайсной компьютерной томографии (МСКТ) головного мозга с вычислением 3 вентрикуло-краниальных индексов (ВКИ), церебро-вентрикулярного индекса (ЦВИ индекс Эванса – норма 12,0–18,0±0,85). При компрессии головного мозга изменение ВКИ обусловлено коэффициентом дислокации, что является прямым отображением дислокации мозга. Критерием прогрессирующей внутричерепной гипертензии является интегральный показатель ВКИ, измеренный на трех уровнях, отражающий ситуацию в головном мозге в целом.

Компьютерная томография головного мозга проводилась на мультиспиральном компьютерном томографе Siemens Somatom Emotion-16 в спиральном режиме сканирования. Во всех случаях первое МСКТ-исследование головного мозга выполнялось на 1–2-й день после поступления пациента в клинику. В случае оперативного вмешательства по поводу внутричерепных гематом повторные МСКТ-исследования проводились на 1-й, 7-й, 12-й и на 14-й день после операции. В случае консервативного ведения больных повторные МСКТ-исследования проводились в зависимости от тяжести состояния пациента, динамики клинической картины на 1-й, 3-й, 5-й, 10-й и 15-й день после травмы.

Результаты. Анализ исследования у 26 (24,76%) пациентов выявил 2 вида острой формы гидроцефалии: дислокационная – 18 (69,24%) и окклюзионная – 8(30,76%). Дислокационная односторонняя моновентрикулярная острая гидроцефалия выявлена при сдавлении мозга субдуральными гематомами и внутримозговыми геморрагическими субстратами – 11(61,1%), в 7 случаях (38,9%) отмечена двухсторонняя дислокационная гидроцефалия вследствие гематом задней черепной ямки. Окклюзионная симметричная форма гидроцефалия была обусловлена субарахноидально-интравентрикулярными кровоизлияниями в III желудочек – 5(62,5%), при гемотампонаде водопровода мозга – 2(25,0%) и тампонаде IV желудочка в 1(12,5%) случае.

Во всех наблюдениях по данным нейровизуализации на 1-е сутки поступления была отмечена прогрессирующая «злокачественная» внутричерепная гипертензия, проявившаяся повышением среднего значения церебро-вентрикулярного индекса Эванса до 21,0±0,78 и сужением ширины субарахноидальных щелей и борозд менее 1 мм.

Измерения производились в мягкотканном режиме на реконструированных аксиальных сканах. Сущность способа состояла в определении соотношений ликворной системы головного мозга и объема черепа с вычислением 3-х вентрикуло-краниальных индексов (ВКИ):

– ВКИ-1 – отношение расстояния между самыми латеральными участками передних рогов к максимальному расстоянию между внутренними пластинами костей черепа на скане;

– ВКИ-2 – отношение ширины боковых желудочков на уровне головок хвостатых ядер к максимальному расстоянию между внутренними пластинами костей черепа;

– ВКИ-3 – отношение ширины III желудочка к максимальному расстоянию между внутренними пластинами костей черепа.

Значение ВКИ-1 в динамике проведённых исследований изменялось в пределах 22–34%, ВКИ-2 – в пределах 11–19%, ВКИ-3 – 2,2–4,1% от исходного показателя.

Значения ЦВИ Эванса изменялось в процессе исследований на 3-и сутки – ЦВИ=19,0±0,91, на 5-е сутки – ЦВИ=16,0±0,8, на 7-е сутки – ЦВИ=11,0±0,82, на 12-е сутки – ЦВИ=10,0±0,76 и на 15-е сутки вновь повышался до средних показателей нормы – ЦВИ=14,0±0,83.

Выводы. На основании исследования мы констатировали, что острая транзиторная форма гидроцефалия является частой и грозной причиной развития «злокачественной» внутричерепной гипертензии при острой нейрохирургической патологии травматического генеза. В остром периоде ЧМТ отмечено существенное изменение ВКИ, являющееся прямым отображением внутричерепной гипертензии. Критерием мониторинга внутричерепной гипертензии по данным нейровизуализации являлся интегральный показатель ВКИ, измеренный на

трех уровнях и ЦВИ Эванса, отражающие ситуацию в головном мозге в целом.

Наличие определённых трудностей в распознавании и определении адекватной тактики ведения данной категории больных позволяет заключить о целесообразности проведения дальнейшего поиска решений проблемы острой транзиторной формы гидроцефалии в аспектах её развития.

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЗВОНОЧНО-ПОДКЛЮЧИЧНОГО ОБКРАДЫВАНИЯ

Муминов Ш.М., Минаев Т.Р., Хамидов Б.П., Ким Д.Л., Алимухамедов Д.Д., Хакимов А.Б.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Синдром позвоночно-подключичного обкрадывания (steal-syndrome) – комплекс симптомов, возникающих вследствие стеноза или окклюзии проксимального отдела подключичной артерии, из-за чего по позвоночной артерии возникает ретроградный отток крови из системы Вилизиева круга назад в подключичную артерию, дистальнее уровня ее окклюзии. В результате этого, снижается кровоток в артериях головного мозга, что приводит к развитию церебральной ишемии.

Основными причинами, вызывающими окклюзию подключичной артерии, являются облитерирующий атеросклероз, облитерирующий эндартериит, неспецифический аорто-артериит, постэмболические и посттравматические облитерации.

Мозговая симптоматика при выраженных степенях поражения весьма характерна: головокружение, обморочные состояния, ТИА, ухудшение зрения, гемианопсия, атаксия, мышечная слабость, отсутствие или ослабление пульса в конечности на стороне поражения. Разница в артериальном давлении на верхних конечностях – более 20 мм рт.ст.

Признаки ишемии верхней конечности той или иной степени отмечается примерно у 55% пациентов. В целом же при синдроме позвоночного-подключичного обкрадывания в 64% случаев преобладают симптомы вертебробазилярной недостаточности и только в 36% случаев симптомы – ишемии верхней конечности.

Следует отметить низкую эффективность консервативного лечения – улучшение отмечается лишь у 10–15%. Многолетняя практика не только подтвердила эффективность и приоритетность ангиохирургической помощи при поражении подключичной артерии по сравнению с консервативным лечением, но и выделила три вида стандартных операций при данной патологии.

Реимплантация подключичной артерии в общую сонную артерию (сонно-подключичный анастомоз). Гемодинамическая эффективность операции не оспаривается: при уменьшении не более чем на 10–15% каротидного кровотока, кровоток по позвоночной артерии увеличивается в 1,5 раза от исходного.

Сонно-подключичное шунтирование синтетическими протезами.

Операции подключично-подключичного или сонно-подключичного перекрестного шунтирования.

Развитие и широкое распространение эндоваскулярных технологий привело к их предложению в качестве стартовых (первичных) методов лечения атеросклеротических поражений подключичной артерии. Считается, что только при невозможности реканализации зоны атеросклеротической окклюзии подключичной артерии или брахицефального ствола внутрисосудистым способом (транслюминальная баллонная ангиопластика со стентированием или без него) или развитии окклюзии после предшествующего стентирования, целесообразно выполнение открытых вмешательств.

Между тем, сравнительный анализ результатов различных методов лечения при стил-синдроме не выявил преимуществ эндоваскулярных технологий.

Процент тромбозов через 2 года после сонно-подключичного анастомоза (шунтирования) составляет 19,5%, а после эндоваскулярных вмешательств – 51,2%, а через 5 лет – 31,6% и 80,1% соответственно.

Первичная проходимость после выполнения баллонной ангиопластики (БАП) при стенозах– 80–90%, при окклюзиях – 20–45%. БАП вообще невозможно выполнить в 30%. Но эндоваскулярные вмешательства имеют преимущества, если оценивать, во-первых, длительность вмешательства – это 40 минут + 12 минут против 2 часов + 32 минуты при открытых операциях, и во-вторых, сроки госпитализации 6+2 койко-дня против 15+3 соответственно.

Мы располагаем собственным небольшим опытом 3 удачно выполненных операций сонно-подключичного анастомозирования у больных с стил-синдромом, с гладким послеоперационным течением, положительной динамикой в регрессии мозговой симптоматики, четкой пульсацией на левом запястье и одинаковых показатели АД на обеих верхних конечностях.

С учетом того, что набор комплектующих для выполнения эндоваскулярных вмешательств (зонды, проводники, стенты и т.д.) довольно недешев, а результаты манипуляций, как ближайшие, так и отдаленные, далеко не всегда удачны, получается, что проверенные годами и усовершенствованные современными технологиями методы открытой реконструкции на сегодняшний день все же остаются в приоритете.

К ВОПРОСУ ПРИМЕНЕНИЯ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Норов А.У., Раджабов М.М., Саидов К.К.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии, Бухарский государственный медицинский институт

Работа посвящена хирургическому лечению компрессионных переломов тел позвонков грудопоясничного отдела позвоночника методом вертебропластики (ВП).

Целью исследования является изучение эффективности вертебропластики в лечении неосложненных травматических переломов тел позвонков грудного и поясничного отделов позвоночника.

В период 2015–2018 гг. оперированы 68 пострадавших с острыми травматическими переломами тел позвонков. Мужчин было 40 (59%), женщин – 28 (41%), возраст больных от 22 до 65 лет. Продолжительность периода от момента травмы до проведения ВП у 43 (63,2%) больных составляла от 1 до 3 сут, остальные 25 (36,2%) больных обратились в течение от 4 до 30 суток. Травматический перелом тела позвонка в 32 наблюдениях возник вследствие дорожно-транспортного происшествия, в 30 случаях падения с высоты и в 6 – при получении спортивной травмы.

Всем больным была выполнена обзорная рентгенография позвоночника, МСКТ и МРТ. Хотим обратить внимание на то, что рентгенография позвоночника не полностью определяла объем повреждения и ее данные не могли служить показанием для выполнения ВП.

МСКТ позволяло максимально точно оценить состояние костной ткани позвонков. С ее помощью детализировали переломы, устанавливали уровень, число поврежденных позвонков, выявляли переломы дуг, суставных отростков, тел позвонков, определяли длину линий переломов при простых компрессионных переломах тел позвонков выявляли трещины в пределах губчатой ткани. При этом контур тела позвонка во всех наблюдениях был не изменен, целостность других костных структур не нарушена.

С помощью МРТ оценивали деформацию тела позвонка, состояние костной ткани. Возможное смещение оси позвонков по отношению один к другому, компрессия спинного мозга и его корешков, деформация позвоночного канала и задних костных структур, переломы дуг, повреждения суставно-мышечного аппарата, которые хорошо определяются по данным МРТ, оценивали на сагиттальных срезах. Компрессия или клиновидная деформация тел позвонков I степени – высота тела позвонка или его передних отделов снижена менее чем на 1/2 исходной отмечена у 38 (55,6%) больных, II степени – на 1/2 исходной – у 30 (44,4%).

Показанием к выполнению вмешательства было наличие компрессионного перелома тел позвонков I–II степени без сопутствующего повреждения суставно-мышечного аппарата и неврологических симптомов. ВП выполняли под местной анестезией, в положении больного на животе в день госпитализации в нейрохирургическое отделение.

При проведении вмешательства на грудном и поясничном отделах позвоночника использовали транспедикулярный доступ. ВП выполнялась первично с одной стороны. При недостаточном заполнении цементом тела позвонка ВП выполняли с двух сторон.

Анализ результатов лечения в ближайшем и промежуточном периоде показал, что хороший результат был достигнут у 60 (88,2%) больных, удовлетворительный у 8 (11,8%).

Заключение. Таким образом, ВП является малоинвазивным методом выбора лечения неосложненных травматических переломов тел позвонков, который способствует в раннем послеоперационном периоде резкому уменьшению болевого синдрома и активизации больных.

РАДИОЧАСТОТНАЯ ИМПУЛЬСНАЯ АБЛЯЦИЯ СПИНАЛЬНЫХ ГАНГЛИЕВ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО КОРЕШКОВОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Норов А.У., Саидов К.К., Рахматов К.Р., Ибрагимов А.И.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии, Бухарский государственный медицинский институт

Цель. Оценка возможности использования ИРЧА спинальных ганглиев в сочетании с эпидуральной блокадой для лечения острого корешкового болевого синдрома после оперативных вмешательств по поводу дегенеративно-дистрофических заболеваний пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Материал и методы. В данной работе проводится анализ результатов диагностики и лечения больных с болевым синдромом после оперативного лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний поясничного отдела позвоночника, которое выполнялось в период 2018–2019 гг. В рамках основного исследования 78 пациентов обследовалось и прослеживалось проспективно. Больные были распределены на две группы. 44 пациентам основной группы выполнялась ИРЧА спинальных ганглиев в сочетании с ЭБ, 34 пациентам контрольной группы – только ЭБ трансфораминальным доступом. Для анализа отбирались пациенты, первично или повторно оперированные на одном или нескольких

уровнях по поводу грыж межпозвонковых дисков или дегенеративного стеноза позвоночного канала в объеме дискэктомии/декомпрессии или декомпрессии с задним межтеловым спондилодезом и транспедикулярной фиксацией, с радикулярным болевым синдромом.

Результаты. Клиническая картина протекало в виде корешкового болевого синдрома. Корешковый синдром выражался болями различной интенсивности по ходу пораженного корешка. Больным с корешковым синдромом производилась ИРЧА «больного» корешка. Результаты лечения оценивались по шкале ВАШ. Анализ результатов лечения в ближайшем и промежуточном периоде показал, что хороший результат был достигнут у 30 (68,2%) основной и 17 (50%) контрольной группы, удовлетворительный у 11 (25%) больных основной и 12 (35,3%) контрольной группы, неудовлетворительный результат был отмечен у 3 (6,8%) больных основной и у 5 (14,7%) контрольной группы.

Заключение. Исходя из результатов проведенного исследования, импульсная радиочастотная абляция и эпидуральное введение стероидов являются эффективными и безопасными методиками для лечения послеоперационного корешкового болевого синдрома при условии отсутствия хирургически значимых субстратов компрессии.

ПЛАСТИКА ТВЕРДОЙ МОЗГОВОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРОНИКАЮЩЕЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Нуруллаев Б.Б., Эрметов А.Т., Карабаев О.В.

Ташкентский областной филиал РНЦЭМП

На долю проникающих ранений твердой мозговой оболочки (ТМО) и головного мозга приходится до 35% от всех тяжелых черепно-мозговых травм (ЧМТ). Хирургическое лечение этой патологии считается актуальной проблемой нейрохирургии. Наличие ликвореи, особенно базальной, при переломах основания черепа обусловливает высокий риск гнойно-септических осложнений. Консервативное лечение ликвореи при переломах черепа в большинстве случаев не эффективно. Наряду с устранением компримирующего агента (гематомы, вдавленные костные отломки, массивные очаги ушибов и т.д.) необходимо пластическое закрытие дефектов ТМО, в особенности переходящих на основание черепа.

Материалы и методы. В 2017–2020 гг. в ТОФ-РНЦЭМП оперировано 18(100%) больных с тяжелой проникающей черепно-мозговой травмой (ТПЧМТ). Возраст больных 20–55 лет. Из них мужчины – 65%, женщины – 35%. У 17(94,5%) при поступлении отмечались признаки ото- назо- и орогемоликвореи. У 1 больного повреждение ТМО выявлено во время операции. Пластика ТМО проводилась ушиванием, перемещенным мышечным лоскутом на сосудистой ножке, лоскутом широкой фасции бедра, пластическим материалом «DURAFORM» и гемостатическим материалом «Тахокомб». Все операции проводились под 4-кратным оптическим увеличением.

Результаты. У 9(50%) больных выполнена декомпрессивная краниотомия, удаление компримирующего агента с последующей пластикой ТМО, перемещенным мышечным лоскутом на сосудистой ножке. Данный этап проводился ввиду наличия диастаза ТМО, который невозможно было ушить и/либо в связи с переходом дефекта ТМО на основание черепа. Перемещенный лоскут подшивался к не поврежденной ТМО узловыми швами, отступя 1–2 мм от края дефекта. После достижения относительного гемо-лимфостаза, линия швов дополнительно укреплялась фибрин-тромбиновой губкой «Тахокомб», до достижения полной герметичности и прекращения ликвореи.

У 6(33%) больных обнаружены большие дефекты ТМО с диастазом, сопровождающиеся отеком головного мозга. Этим больным произведено закрытие дефекта ТМО забранной интраоперационно широкой фасцией бедра в виде «паруса». Фасция подшивалась к краям дефекта «сосудистым» непрерывным швом. Дополнительно укреплялась губкой «Тахокомб». В ряде случаев проводилась изоляция воздухоносных пазух перемещенным мышечным лоскутом (при кранио-фациальных травмах).

У 3(16,7%) больных с дефектами или множественных ранениях ТМО использован искусственный заменитель ТМО «DURAFORM», который прост в применении и не требует подшивания к ТМО.

КТ-контроль, проведенный на 3 сутки после операции и при выписке больных, подтвердил отсутствие кист, абсцессов, гематом в зоне операции. Больные выписаны по стабилизации состояния. При поступлении больных на краниопластику, во время операции верифицирована полная герметизация ТМО.

Вывод. Вне зависимости от тяжести ПЧМТ необходимо выполнить герметизацию ТМО любым из описанных способов. Особое внимание уделить изоляции воздухоносных пазух с полостью черепа. В последующем это поможет избежать осложнений и улучшить результаты выздоровления.

ПРИМЕНЕНИЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ОПЕРИРОВАННОГО ПОЗВОНОЧНИКА

Рахматов К.Р., Норов А.У., Ражабов М.М.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Цель. Изучить эффективность радиочастотной абляции (РЧА) в лечении болей у больных с синдромом оперированного позвоночника.

Материал и методы. Работа основана на анализе данных обследования 102 больных с синдро-

мом оперированного позвоночника. Возраст больных варьировал от 17 до 72 лет. Мужчин было 52, женщин 30. У всех больных был диагностирован синдром неудачно оперированного позвоночника. Больные были разделены на две группы. Первую группу (основная) составили 52 больных, в лечении которых наряду с традиционным лечением была включена РЧА, а вторую группу (контрольная) составили 50 больных с синдромом оперированного позвоночника, получивших традиционное лечение и сакральные эпидуральные блокады. Оценка болевого синдрома производилась по шкале ВАШ, а качество жизни по шкале Освестри.

Результаты. Клиническая картина у больных с синдромом оперированного позвоночника протекала в виде вертебрального, корешкового и смешанного типов течения. Вертебральный синдром был диагностирован у 25 (24,5%) больных и характеризовался наличием хронических болей в пояснице с ограничением движений в поясничном отделе позвоночника. Корешковый синдром был диагностирован у 16 (15,6%) и выражался болями различной интенсивности по ходу пораженного корешка. Смешанный синдром характеризовался сочетанием вертебрального и корешкового синдрома и был выявлен у 61 (59,9%) больного. В зависимости от вида клинического синдрома больным основной группы была произведена импульсная (ИРЧА) или термальная (РЧД) радиочастотная абляция. Так, больным с вертебральным синдромом производилась термальная РЧД фасеток пораженного уровня с обеих сторон. Больным с корешковым синдромом производилась ИРЧА «больного» корешка. Больным со смешанным синдромом (вертеброрадикулярным) производилась РЧД фасеток и ИРЧА корешков. Результаты лечения оценивались по шкале ВАШ. Анализ результатов лечения в ближайшем и промежуточном периоде показал, что хороший результат был достигнут у 31 (59,6%) основной и 25 (50%) контрольной группы, удовлетворительный у 18 (34,6%) больных основной и 19 (38%) контрольной группы, неудовлетворительный результат был отмечен у 3 (5,8%) больных основной и у 5 (10%) контрольной группы.

Заключение. Таким образом, радиочастотная абляция является малоинвазивным методом выбора лечения болей у больных с синдромом оперированного позвоночника.

РОЛЬ МИКРОХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Салаев А.Б., Махкамов К.Э.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Тяжелая черепно-мозговая травма (ТЧМТ) является одной из актуальных проблем современной нейрохирургии. В настоящее время произошло значительное развитие исследований системы ликворообращения, роли ликвора в формировании внутричерепной гипертензии – являющейся основной причиной стойких осложнений в ранний послеоперационный период после ТЧМТ. В исследованиях доказано, изменение типичной ликвородинамики ликвора, способности после ТЧМТ проникновению ликвора из цистерн мозга в вещество мозга, поддерживая отек головного мозга. Выполнение микрохирургических подходов с дополнительным вскрытием, санацией и дренированием цистерн основания мозга создает дополнительный декомпрессивный эффект, приводящий к улучшенным результатам лечения больных данной категории. Положительные результаты лечения являются основаниям к развитию микрохирургического подхода к лечению больных с ТЧМТ.

Цель. Сравнительная оценка результатов традиционного хирургического лечения пациентов с ТЧМТ с методом дополнительного микрохирургического вскрытия базальных цистерн.

Материалы и методы. Наше исследование основано на сравнении результатов хирургического лечения 171 больного с ТЧМТ, пролеченных в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи. Из них 129 больным выполнена традиционная резекционно-декомпрессивная трепанация черепа с удалением патологического субстрата, 42 больным выполнено микрохирургическое вскрытие базальных цистерн с санацией ликвора. Средний возраст больных составил 42,3±5,3 лет. Критерием выбора больных в данное исследования являлось нарушение сознания по шкале ком Глазго (ШКГ) менее 8 баллов. Проводилось изучение анамнеза, неврологического осмотра по общепринятым протоколам исследования. Всем больным выполнялась мультислайсная компьютерная томография (МСКТ) в до и послеоперационный периоды, с помощью которой оценивался размер обводной цистерны, являющейся признаком сдавления ствола головного мозга, диаметр окружности зрительного нерва, растяжение которого является признаком нарастания внутричерепной гипертензии. Оценка результатов микрохирургического лечения проводилась с использованием шкалы исходов Глазго (ШИГ).

Результаты. Результаты нашего исследования показали, что в обеих группах средний объем гематом составил 74,4±24,7 см^3. В первой группе в послеоперационный период средний размер обводной цистерны составил 3,1(1,1) мм, в группе с применением цистернотомии 4,4 (1,2) мм. Это свидетельствует о более полном раскрытии цистерн, полноценного удаления патологического субстрата и регрессе дислокационного синдрома. При измерении диаметра окружности глазного нерва в первой группе в послеоперационный период 6,5 (0,9) мм, во второй 5,2 (0,8) мм. Растяжение ди-

аметра зрительного нерва выше 5,1 мм свидетельствует о нарастании внутричерепной гипертензии. В нашем исследовании отмечается более быстрый регресс растяжения зрительного нерва в результате снижения исходно высокого внутричерепного давления. При оценке по шкале исходов Глазго в первой группе. Оценка при выписке по шкале исходов Глазго ШИГ – 5 составило – 52 (40,3%), ШИГ – 4 у 36(27,9%), ШИГ – 3 у 18(13,9%), ШИГ – 2 у 4(3,1%). Умерло – 19(14,7%) больных. Во второй группе ШИГ – 5 составило – 19 (45,2%), ШИГ – 4 у 11(26,1%), ШИГ – 3 у 7 (16,6%), ШИГ – 2 у 3(7,1%), Умерло – 2(4,7%). При сравнении пациентов 2-х групп по результатам измерений МСКТ показателей получено статистическое значимое различие $p<0,05$.

Выводы. Таким образом, результаты применения микрохирургического подхода в лечении больных с ТЧМТ показывают необходимость развития микрохирургических подходов при хирургическом лечении больных с ТЧМТ.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ

Махкамов К.Э., Толипов Н.Н., Махкамов М.К., Алиакбаров М.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Наиболее частым видом сочетанных травм в настоящее время являются переломы костей конечностей у детей с одновременным повреждением черепа и головного мозга: они составляют от 20 до 40%. Летальность при этих тяжелых травмах достигает от 37,2% до 59,2%. Сочетание переломов костей конечностей с наличием у пострадавшего ЧМТ в значительной мере затрудняет выбор и тактику лечения перелома.

Целью настоящего исследования является улучшение результатов хирургического лечения переломов костей у детей при сочетанных черепно-мозговых травмах (СЧМТ).

Проанализированы результаты оперативного лечения 250 пострадавших детей с переломами костей конечностей при СЧМТ, пролеченных в отделении хирургии повреждений детского возраста с нейрохирургией Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) в период 2018–2020 гг.

Среди пострадавших мальчиков было 168 (67,2%), девочек – 82 (32,8%). В результате дорожно-транспортного происшествия травма была получена в 152 (60,8%) случаях, в 31 (12,4%) случае – кататравма, в 67 (26,8%) – на улице и в бытовых условиях. Шок 1 степени наблюдался у 109 (58,6%), 2 степени – 67 (36%), 3 степени – 10 (5,4%) пострадавших. У 223 (89,2%) детей отмечалось преимущественное повреждение опорно-двигательного аппарата (ОДА) с черепно-мозговой травмой, у 27 (10,8%) – превалировала черепно-мозговая травма (ЧМТ).

Вопрос о сроках проведения оперативных методов лечения переломов костей решается в зависимости от степени нарушения витальных функций больного. Если тяжесть состояния по шкале TS не более 8 баллов и после проведения противошоковых мероприятий на фоне интесивной инфузионной терапии состояние больного остается прежним, более приемлемым является консервативный способ лечения. Если на фоне проводимой терапии показатели баллов по шкале TS (TraumaScore) значительно увеличились, то методом выбора остается оперативное лечение переломов с применением малоинвазивных способов фиксации отломков. Основными противопоказаниями к проведению операции является нестабильная гемодинамика и наличие тяжелой степени шока. Выбор метода лечения перелома костей при СЧМТ производится с учетом возраста больного, его общего состояния, степени тяжести ЧМТ, вида перелома костей конечностей, степени смещения отломков и характера сопутствующих повреждений.

Среди хирургических методов оперативного лечения большинство случаев нами было применено интрамедуллярный остеосинтез.

Изучение ближайших результатов лечения хирургического лечения переломов длинных костей при сочетанной травме ОДА выявило хорошие результаты у 221 (88,4%) ребенка. Удовлетворительные результаты получены у 25 (10%) детей. Неудовлетворительные результаты наблюдались у 4 (1,6%) детей, в этих случаях отмечался летальных исход в результате тяжелой черепно-мозговой травмы.

Выводы. При переломах костей при СЧМТ ранний остеосинтез может уменьшить частоту осложнений (ОРДС, пневмонии, тромбоэмболии легочной артерии, синдрома жировой эмболии, сепсиса и полиорганной недостаточности), снизить летальность и улучшить анатомо-функциональные результаты лечения. Анализ результатов хирургического лечения перелома длинных костей у детей при СЧМТ выявил преимущества различных видов малоинвазивного интрамедуллярного остеосинтеза.

ШОШИЛИНЧ НЕЙРОХИРУРГИЯ АМАЛИЁТИДА КЎЗ ТУБИ ҲОЛАТИНИ ТЕКШИРИШ АҲАМИЯТИ

Тураева Ё.М., Махмудов Н.И., Валиев А.С.

РШТЁИМ Фарғона филиали

Долзарблиги. Кейинги йилларда нейроофтальмология клиник амалиётига электроэхоэнцефалография, компьютер томографияси, маг-

нит резонанс компьютер томогафияси каби янги замонавий текширув усуллари кириб келиши, бош мия патологияларининг аниқланишида диагностика сифатини яхшилашга олиб келди. Шу билан биргаликда бемор учун зарарсизлиги, ҳар бир беморда унинг ҳолати қандайлигидан қатъи назар, ҳар қандай шароитда қўллаш мумкинлиги ва қўшимча маблағ талаб этмаслиги хусусиятлари билан кўз тубининг ҳолатини ўрганиш бош мия патологияларини аниқлашда каминвазив асосий диагностик методлардан бири бўлиб ҳисобланади.

Текширув мақсади. Бош мия шикастланишларида кўз тубида бўлиши мумкин бўлган ўзгаришларни ўрганиш.

Текширув материаллари ва усуллари. Кўз туби ҳолатини бош мия патологиялари билан узвий боғлиқлигини аниқлаш мақсадида РШТИМФФ нейрохирургия бўлимида 2017–2018 йиллар давомида даволанган 614 нафар беморларни клиник текширув натижалари таҳлил қилинди. Кўз тубидаги аниқланган ҳолатлар, уларни даражасига қараб қуйидаги ўзгаришларни ташкил қилади. Ангиоспазм 41 беморларда (6,6%), ангиопатия 328 (54,3%) беморларда, кўрув нерви дискини I даражадаги димланиши 48 (7,9%) беморларда, II даражадаги димланиши 16 (2,5%) беморларда, III даражадаги димланиши 4 (0,5%) беморларда аниқланди.

Бош мия чайқалиши диагнози билан 284 (46,4%) беморда кўз тубида ангиоспазм ва бош мия лат ейиши диагнози билан 44 (7,3%) беморда кўз тубида ангиопатия белгилари топилди.

Кўрув нерви дискининг I даражадаги димланиши бош мия чайқалиши диагнози билан даволанган 37 нафар (6,2%) беморларда, бош мияси лат ейиши билан 10 нафар (1,6%) беморларда аниқланди. Кўрув нерви дискининг II даражадаги димланиши 12 та (2,1%) бош мияси оғир жароҳатланган ва 4 та (0,5%) бош мия ўсмаси билан касалланган беморларда аниқланди.

Кўрув нерви дискининг III даражадаги димланиши 3 та (0,48%) бош мия оғир шикастланишларида суяклар синиши, лат ейиши ҳамда бош мия гематомалари бор беморларда аниқланди.

Беморларнинг даволаниш жараёнида, дори муолажаларидан кейин 5–6 кундан сўнг, кўз туби ҳолати қайтадан текширилди ва кўрув нерви дискидаги бўлган патологик жараёнлар яхши томонга ўзгарганлиги аниқланди.

Хулосалар:

1. Бош мия шикастланишини даволаш билан биргаликда кўрув нерви дискининг субатрофия ҳолатига олиб борувчи асоратларни ҳам даволаш зарур. Бу беморларда микроциркуляцияни яхшилаш учун 4% – 0,5 мл тауфон, 0,2% – 0,5 мл трентал, 1% – 0,5 эмоксипин эритмаларини парабулбар клетчаткага юбориш яхши натижалар беради.

2. Текширув натижалари шуни кўрсатдики, кўрув нерви дискидаги ўзгаришлар бош мия шикастланишининг оғирлиги даражасига узвий равишда боғлиқ бўлади.

ЭХОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОБЪЕМНЫХ ПРОЦЕССОВ

Тухтасинов Х.Т., Юсупова Р.Т., Махмудов Н.И.

Ферганский филиал ТМА

Появилась и развивалась эхоэнцефалоскопия (Эхо, ЭГ) в период, когда о методах рентгеновской компьютерной томографии (КТ) и магнитно-ядерном резонансе (МРТ) не возникало еще речи. А в неврологии и, особенно в нейрохирургии, проблема с диагностической целью неинвазивно прижизненно проникнуть внутрь черепной коробки всегда стояло очень остро. И хотя информационное поле Эхо ЭГ практически полностью перекрывается боле современными возможностями КТ и МРТ, тем не менее, Эхо ЭГ не только не покидает стены лечебно-диагностических учреждений, но и продолжает распространяться.

Преимущества использование компьютерной и ЯМР томографии в диагностики объемных обрезаний головного мозга очевидны. Но томографы имеются в распоряжении лишь центральных клиник. В центральных районных больницах, куда доставляется большая часть пострадавших с черепно-мозговой травмой, таких диагностических возможностей нет и единственным диагностическим аппаратом, способным оказать помощь врачу в дифференциации мозговой комы, является эхо энцефалограф.

В Ферганской области эхо-энцефалограф используется уже более 25 лет и не без помощи этого аппарата за этот период времени спасены жизни многих тысяч больных. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) остается одой из актуальных медико-социальных проблем. Интерес к ней обусловлен неуклонным ростом таких повреждений у лиц молодого и наиболее работоспособного возраста. Зачастую даже легкое повреждения черепа и головного мозга приводит к инвалидности.

Среди причин, влияющих на прогноз у пострадавших с ЧМТ, важное значение имеют правильное диагностика и специализированное лечение.

Нами проанализированы 637 историй болезни пострадавших с ЧМТ различной степени тяжести, находившихся на стационарном лечении в эксэкстренном нейрохирургическом отделении Ферганского филиала научного центра экстренной медицины.

В приемно-диагностическом отделении больным, поступающим в нейрохирургическое отделение, проводились эхоэнцефалографии, рентгено-

графия черепа, при необходимости выполнялись эхо-энцефалографии, в динамике повторно. В неспециализированных отделениях в лучшем случае проводилась только рентгенография черепа. Легкая ЧМТ – сотрясения головного мозга встречается во всех возрастных группах одинаково часто. Как правило, легкая ЧМТ обусловлена бытовой причиной – падением, избиением, ударами и т.д. 1206 – проводилась Эхо ЭГ с сотрясением головного мозга. Из 731 больного с ушибами головного мозга у 402 (55%) легкая степень, у 220 (30%) средняя, у 109 (15%) тяжелая. В основном, ушибы головного мозга вызывали механическим воздействием – 731 больной с ушибами головного мозга на Эхо ЭГ. У 321 найдено смещение М-Эхо от 4 мм до 19 мм. Это показывает повышение давления головного мозга, обусловленное внутричерепными гематомами. Из 231 оперированного по поводу внутричерепной гематомы:

(58%) 134 – субдуральная гематома.

(15%) 35 – внутримозговая и субдуральная гематомы.

(23%) 53 – эпидуральная гематома.

(4%) 9 – эписубдуральная гематома.

Выводы: В структуре травм головного мозга преобладает легкая черепно-мозговая травма. Больных с черепно-мозговой травмой следует, по мере возможности, госпитализировать только в специализированные нейрохирургические отделения. Больных с ЧМТ, госпитализированных в другие стационары, необходимо обследовать Эхо-энцефалоскопом и консультироваться с нейрохирургом. Бригаду нейрохирургов, обслуживающих по линии САС, необходимо оснастить портативным Эхо-энцефалографом. Пострадавших необходимо госпитализировать в первые часы после травмы. Это позволит проводить адекватные диагностические и лечебные мероприятия не ранних этапах.

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В УСЛОВИЯХ УРГЕНТНОЙ НЕЙРОХИРУРГИИ

Холбаев Р.И., Карабаев О.В., Рахимов Т.Х.

Ташкентский областной филиал РНЦЭМП

Использование «щадящих» фиксирующих аппаратов при различных травмах шейных позвонков во многом упростило процесс операции и улучшило результаты лечения в нейротравматологии, особенно в условиях экстренной нейрохирургии.

Цель. Анализировать и улучшить результаты лечения травматических повреждений шейного отдела позвоночника при позвоночно-спинномозговой травме (ПСМТ).

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов лечения шести больных с травматическими повреждениями шейного отдела позвоночника при ПСМТ. Из них женщин – 1, мужчин – 5. Больные находились на лечении в клиниках Ташкентской области (в филиале и в субфилиалах). Возраст больных от 18 до 56 лет (средний возраст 28,3 года). Параллельно с клинико-неврологическим обследованием проводились рентгенологические, МСКТ и МРТ-исследования, после чего определялась тактика лечения. Причиной травмы явились дорожно-транспортные происшествия в 3 случаях. Кататравма в 3 случаях. В 2 наблюдениях – повреждение верхне-шейных позвонков, у 4 больных были повреждения средне- и нижне-шейных позвонков.

Пострадавшие доставлены в экстренном порядке по линии СМП и лечились под наблюдением нейрохирурга.

Результаты и обсуждение. У 2(33,3%) больных были осложненные нестабильные переломы верхне-шейных позвонков (переломы зубовидного отростка VCII). В 1(16,7%) случае в сочетании с переломом шейки бедренной кости. В1(16,7%) случае в сочетании с тяжелой черепно-мозговой травмой (ЧМТ). В 1(16,7%) случае у больной после ДТП наблюдалась сочетанная травма – «Закрытая осложненная ПСМТ. Перелом зубовидного отростка второго шейного позвонка (VCII) со смещением костного фрагмента внутрь позвоночного канала с компрессией бульбарного отдела спинного мозга. Болевой синдромом. Закрытый переломом шейки бедренной кости со смещением костных отломков». В отсроченном порядке, симультанно проведены операции: тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава и установление аппарата внешней коррекции и фиксации (Halo-аппарата). После выписки больной в течение 3-х месяцев (1 раз в 30 дней, всего 3 раза) проводился клинико-неврологический и рентген-контроль состояния больной и положения шейных позвонков.

В 2(33,3%) случаях у пострадавших исходя из состояния больных и учитывая «уязвимую» локализацию перелома верхне-шейных позвонков и в 1(16,7%) наблюдении из-за тяжелой сочетанной травмы, репозицию, т.е. лигаментотаксис осуществляли под общим обезболиванием. В 4(66,7%) наблюдениях Halo-аппарат установлен под местной анестезией.

Среди пострадавших с осложненным переломом зубовидного отростка VCII со смещением после пробуждения от наркоза наблюдались вначале онемения одной верхней конечности и в дальнейшем в результате мониторинга ближайшего послеоперационного периода (через 3–4 месяца) у больного был констатирован вялый парез левой руки. У всех больных аппарат внешней фиксации и коррекции (Halo-аппарат) был демонтирован через 90 дней, после МСКТ-контроля и по устным опросам результаты лечения были удовлетворительными. По шкале ВАШ состояние пациентов оценено на 95.

Выводы. В зависимости от травматизма из числа пострадавших большая доля больных составляли лица мужского пола. Особо следует отметить, что среди пострадавших подавляющее большинство составили лица трудоспособного возраста. Пострадавшим в сочетании с легкой ЧМТ и при изолированной ПСМТ возможно провести установку ГАЛО аппарата под местным обезболиванием без применения общего наркоза. При тяжелых сочетанных и политравмах желательно применение общей анестезии. Во избежание ятрогенного «аксонотмезиса», не следует стремиться к дополнительной тракции «по оси» позвоночного столба в краниальном направлении во время анестезии и установки внешнего шейного фиксатора. Коррекцию необходимо проводить после установки аппарата и рентген-контроля. Это позволяет минимизировать дополнительную оперативную агрессию и улучшить результаты лечения.

К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Холбаев Р.И., Карабаев О.В., Тангиров З.Э.

Ташкентский областной филиал РНЦЭМП

Актуальность. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) с внутричерепными субдуральными гематомами по своему значению является одной из самых актуальных проблем нейрохирургии в связи с частыми осложнениями и высокой летальностью.

Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) иногда в сочетании с магнитно-резонансной томографией (МРТ) позволяют предопределить особый подход к удалению субдуральных гематом у лиц пожилого и старческого возраста.

Принципиальным является положение, предусматривающее удаление и устранение сдавливающего фактора (гематомы) до перехода в декомпенсации и развития симптомов дислокационного синдрома. Следуя этим принципам, рекомендуется как можно быстрее оперировать пострадавшего, особенно это касается острых субдуральных гематом со значительным смещением мозговых структур. Несколько иное положение при субдуральных гематомах у лиц пожилого и старческого возраста с учетом инволюционной атрофии мозгового вещества, расширения пространства Робин-Вирхова. У больных с физиологической сниженностью гидрофильности мозга и с наличием дополнительного «резервного» пространства возможно проведение малоинвазивной операции – опорожнение субдуральных гематом через 2 фрезовых отверстия, путем установления через них непрерывной инстилляционно-аспирационной системы поливинилхлорными (ПВХ) трубками внутренним диаметром 2 мм.

Ретроспективно, в Ташкентской области за период 2010–2020 гг. оперированы 90 больных в возрасте старше 55 лет с травматическими субдуральными гематомами. Мы располагаем данными 22 больных, которым проведена операция – опорожнение субдуральных гематом через 2 фрезовых отверстия, путем проведения через них непрерывного дренажа с боковыми отверстиями, приливный дренаж подключен к физиологическому раствору натрия хлорида 0,9% в объеме 200,0 и/или 300,0 мл на приподнятом штативе около 50,0 см над головой, второй конец дренажа положен в пустой флакон. послеоперационном периоде в течение суток медленно по 1 капле в 15 секунд субдуральная полость с гематомой промыта. После контрольной МСКТ головного мозга «нефункционирующий» дренаж удален. Нередкими осложнениями были пнефмоцефалия, которая клинически на больных не отразились.

Исходя из вышеизложенного можно прийти к выводу, что часто описываемые врачами рентгенрадиологами слова; выраженность пространства Робин Вирхова остается не заметными. Учитывая инволюционную возрастную субатрофию мозговых структур с ярко расширенными периваскулярными пространствами головного мозга возможно предпринять метод операции – приливно отливную систему с непрерывным дренажом из ПВХ под МСКТ-контролем в послеоперационном периоде.

Значительно сокращаются сроки пребывания больных в стационаре и нетрудоспособности, а также не требуется повторная операция по поводу краниопластики костного пострепанационного дефекта.

Вышеуказанный метод хирургического удаления субдуральных гематом имеет смысл при обеспечении круглосуточного клинико-неврологического наблюдения нейрохирурга и динамического мониторинга МСКТ или МРТ.

ВЫЯВЛЕНИЯ И АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ E. COLI ПРИ ГОСПИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Шарафитдинова Г.Х., Мухамеджанова Н.Н., Шарипов Р.О.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Большинство видов грамотрицательной палочковидной бактерии, известной нам как кишечная палочка или E. coli, абсолютно безвредны и не только являются частью нормальной флоры кишечника, но и синтезируют полезные вещества и витамины. Грамотрицательные бактерии играют все большую роль в развитии современных госпитальных инфекций. Исследование биоматериала от больных

и определение чувствительности к антибиотикам проводились общепринятыми методами. Этиологическое значение E.coli в госпитальной патологии в РНЦЭМП было намного ниже, чем клебсиелла синегнойной палочки. Так, за 2019 г. всего было выделено 1297 культур грамотрицательных палочек, из них к E.coli относились 483 (20,3%) штамма, в то время как 383 (16%) было идентифицировано как K.pneumoniae, 339 (14,2%) – как P.aeruginosa. Различия в частоте обнаружения кишечной палочки у больных отделений хирургического и фтерапевтического профиля были значительными – 384 (25,2%) и 7 (6,7%) соответственно. Госпитальные эковары E.coli проявили высокую устойчивость к антибиотикам разных групп. Ретроспективный анализ материалов предыдущих лет (2017–2018) и 2019 г. (1-ая половина) показал выраженный рост резистентности возбудителя ко многим исследуемым препаратам. Так, резистентность к офлоксацину, левофлаксацину и ципрофлоксацину выросла: с 26,1% до 61,5%, с 30,4% до 65,4%, с 30,4% до 43,2% соответственно. Еще более выражен рост устойчивости к гентамицину – с 21,7% до 76,9% и к амикацину с 30,4% до 57,7%. Левофлаксацин потерял активность в меньшей мере – с 39,1% до 43,5%. Небольшой рост удельного веса устойчивых штаммов был отмечен для цефотаксима – 21,7% и 26,6% и цефтазидима – 47,8% и 53,8%, но существенно возросла резистентность к цефтриаксону – с 21,7% до 50%. Необходимо отметить также, что в 2019 г. появились единичные штаммы E.coli резистентные к имипинему.

Установлено, что по частоте выявления при госпитальных инфекциях E.coli уступает K.pneumoniae и P.aeruginosa. Также отмечается выраженный рост резистентности госпитальных штаммов E.coli к фторхинолам, аминогликозидам; из цепрофлоксацинов 3-го поколения – к цефтриаксону.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МИКРОДИСКЭКТОМИЯ ПРИ ГРЫЖАХ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Шатурсунов Ш.Ш., Мирзахонов С.А., Шатурсунов Ш.Ш.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Частная клиника «ПРОФ МЕД СЕРВИС»

Широкое распространение минимально инвазивных хирургических вмешательств привело к внедрению в спинальную хирургию эндоскопической техники для удаления грыж межпозвоночных дисков.

Эндоскопическая микродискэктомия (ЭМД) при грыжах люмбальных межпозвоночных дисков является малоинвазивной операцией и обеспечивает раннее восстановление физической активности и трудовой деятельности пациента.

С 1993 года J. Destandau начал разработку новой минимально инвазивной техники, предложив в 1995 году использовать для удаления грыж межпозвонковых дисков специальную операционную вставку стандартного эндоскопа прямого угла зрения диаметром 4 мм, разработанную фирмой «Karl Storz». В 1998 году V. Smith и K. Foley впервые описали технику эндоскопической микродискэктомии (ЭМД), сочетающую методику хирургического вмешательства с эндоскопическим контролем. В 2004 году J. Chiu из Калифорнийского спинального центра предложил модификацию эндоскопической технологии – впервые в спинальной хирургии эндоскоп был совмещен с тубулярным дистрактором. В 2006 году компания «Rudolf» выпустила первый тубулярный дистрактор с закрепленным в тубусе эндоскопом. Такой эндоскоп уже имел угол обзора, был подвижен во вставке, что позволяло использовать всю площадь тубуса для манипуляций инструментами. В 2000 году фирма «Karl Storz» выпустила свою модификацию портальной технологии под названием Easy Go. В 2006 году T. Lubbers разработал систему Spine Tip, включающую набор инструментов для трех доступов эндоскопической дискэктомии: трансфораминального (TESSYS), интраламинарного (IESSYS) и шейного (CESSYS), которая с успехом используется до настоящего времени. Таким образом, в ходе развития спинальной эндоскопии удалось минимизировать операционную травму и увеличить эффективность использования пространства доступа во время операции.

Целью исследования является изучение клинических результатов ЭМД в лечении грыж межпозвоночных дисков поясничного отдела позвоночника.

Материал и методы. С 2016 по 2020 гг. ЭМД выполнена 147 больным с грыжами поясничных межпозвонковых дисков (51 женщина, 96 мужчин в возрасте от 24 до 64 лет). Диагноз основывался на клинико-неврологических, рентгенологических, МРТ и МСКТ-исследованиях. Продолжительность корешкового синдрома составляла от 1 мес. до 10 лет. Многократное консервативное лечение не принесло больным стойкого продолжительного эффекта. Болевой корешковый синдром наблюдался у всех пациентов, двигательные нарушения отмечались у 39 (26,5%), чувствительные выпадения – у 82 (55,8%), тазовые расстройства – у 1 пациента. Компрессионная радикулопатия L5-корешка отмечена у 43 (29,3%) больных, S1 – в 55 (37,4%), L4 – в 22(15,0%), L4 и L5 –в 10 (6,8%) наблюдениях, L5 и S1 – в 17 (11,6%) наблюдениях. МРТ и обзорная спондилография проводились во всех случаях, МСКТ в 38 (25,9%) случаях. Критериями исключения при отборе больных для проведения ЭМД служили многоуровневые, множественные локализации грыж,

клинически проявляющаяся нестабильность позвоночно-двигательного сегмента и центральный стеноз позвоночного канала.

Нами с 2016 года – у 28 (19%) больных ЭМД выполнена с использованием портальной технологии Easy Go, а у 119 (81%) больных с применением эндоскопического инструментария «SPINETIP». Операции проводились под интероперационным рентген-контролем.

Результаты лечения подразделены на ближайшие – до 3 месяцев и на отдаленные более 6 месяцев.

Анализ результатов лечения проводили по специальной шкале MacNab, болевой синдром изучали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) и опроснику McGill.

Анализ отдаленных результатов лечения через 6 месяцев показал отличные результаты у 105 (71,4%), хорошие у 27 (18,4%), удовлетворительные у 9 (6,1%). Неудовлетворительный результат в виде рецидива грыжи с реоперацией наблюдался у 6 (8,9%) больных. Интраоперационные осложнения в виде кровотечения наблюдались в 9 (6,2%) случаях и повреждения ТМО в 3 (2,1%) случаях.

Анализ результатов лечения показал, что эндоскопические способы удаления грыж межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника являются современными, прогрессивными, высокоэффективными и малотравматичными методами лечения грыж межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника.

БОЛАЛАРДА БОШ МИЯ ШИКАСТЛАНИШИДА КАМИНВАЗИВ ТЕКШИРУВ МЕТОДЛАР ҚЎЛЛАНИЛИШИНИНГ АҲАМИЯТИ

Эминов Б.Ж., Мирзаматов Н.И., Солиев Р.К., Мамажонов И.Х.

РШТЁИМ Фарғона филиали

Бош мия жароҳати энг кўп тарқалган шикастланишлар қаторига кириб, ҳамма шикастланишларнинг 40 % га яқинини ташкил қилади. Бутун дунё соғликни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, бу кўрсаткич йилига ўртача 2% га ўсиб боради. Бунда 20 ёшдан 60 ёшгача бўлган беморлар шикастланишлари, яъни энг меҳнатга яроқли ёшдагилар асосий беморларни ташкил этади. Буюк Британияда йилига 1 млн аҳоли бош мия жароҳатининг у ёки бу тури билан тиббий ёрдамга мурожаат килса, улардан 150 минг нафари касалхоналарга ётқизилади, 5% га яқини эса малакали нейрохирург ёрдамига муҳтож бўлади.

Болалар бош мия шикастланишларида шифокорнинг бирламчи кўригидан ўтказиш, ўз вақтида диагностика қилиш ва шифохонагача бўлган даврда ва шифохоналарда малакали ихтисослашган нейрохирургик ёрдамни кўрсатиш тиббиётнинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда.

РШТЁИМ Фарғона филиали қабул диагностика бўлимига 2017–2020 йиллар давомида 2875 нафар беморлар турли даражада бош мия шикастланишлари билан нейрохирург ва травматолог шифокорларга мурожаат қилишган бўлиб, шулардан 1961 нафари (68,2%) нейрохирургия ва 196 нафари (6,8%) реанимация бўлимларига ётқизилган.

Қолган 718 нафарига (25%) амбулатор ёрдам кўрсатилган. Мурожаат қилган ҳамма беморлар қабул диагностика бўлимида тўлиқ стандарт ва каминвазив усуллар бўйича текширувлардан ўтказилган. Бўлимда нейрохирург, окулист, педиатор, невропатолог мутахассис шифокорларини кўруви ташкил қилинган. Чакалоқларда ва катта лиқилдоғи битмаган болаларда бош мия нейросонография текшируви жами 151 нафарида, ЭЭГ 110 нафар, компьютер томография текширувлари 384 нафар беморларда ўтказилган.

58 нафар (8,0%) бош мия шикастланган болаларда ҳамроҳ касалликлар: ўткир респиратор инфекция, 42 – нафарида (5,8%) ошқозон-ичак йўлларининг касалликлари ва функционал бузилишлар ташхиси билан инфекционист ва педиатрлар назоратида бўлганлар. 529 та (73,6%) мурожаат қилган беморларда бош мия шикастланишлари инкор қилинган ва калла соҳаси юмшоқ тўқималар лат ейиши, тери ости гематомалари, эзилиб йиртилган жароҳатлари диагнозлари билан амбулатор ёрдам кўрсатилган.

Шифохонага ётқизилган 2157 нафар беморлардан 515 нафар беморлар (23,8%) «тез тиббий ёрдам» орқали, 197 нафари (9,1%) врачлар йўлланмаси асосида, 1445 нафари (66.9%) ота- оналар томонидан тўғридан-тўғри қабул диагностика бўлимига олиб келинган.

Бош мия шикастланишларининг асорати ва натижалари кўпчилик ҳолларда беморнинг ёшига ҳам боғлиқдир. Ҳаттоки енгил ва ўрта оғирликдаги бош мия шикастларининг асоратлари бир неча ой ва йил ўтгандан кейин ҳам юзага чиқиши мумкин. Посттравматик синдром деб аталувчи синдром бош оғриғи, бош айланиши, дармонсизлик, кайфиятнинг пасайиши, эслаш қобилиятининг бузилиши билан характерланади. Бу ҳолатлар кейинчалик ногиронликка ҳам олиб келиши мумкин.

Бундан шундай хулоса қилиш мумкинки, бош мия шикастланишлари билан мурожаат қилган беморларни биринчи навбатда шифохоналарда ўз вақтида каминвазив методлар: нейросонография, ЭЭГ, компьютер томография текширувлардан ўтказилиши, шифохонада бўлган даврида интенсив терапияни адекват малакали ва сифатли олиб борилиши ўз вақтида соғайишига, турли даражадаги оғир асоратларни олдини олишга ва болалар ўртасида ногиронликни камайишига эришилади.

КРАНИОФАСЦИАЛЬНАЯ ТРАВМА – ЛЕЧЕНИЕ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ

Эрметов А.Т., Карабаев О.В., Оралов А.К.

Ташкентский областной филиал РНЦЭМП

Цель. Оптимизация лечения пострадавших с краниофациальными травмами (КФТ) на основании дифференцированного подхода к виду и характеру травмы.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 76 (100%) больных с КФТ, находившихся на лечении в ТОФРНЦЭМП за период 2017–2020 гг. Соотношение мужчины/женщины – 58/18. Криминальный характер травмы констатирован у 68(89,4%) пострадавших. В подавляющем большинстве ДТП – 49(72%) пострадавших. Травмы в результате избиении 19(28%). Остальные виды травм 8(10,5%). В приемном отделении больным проводились диагностические мероприятия согласно стандартам оказания экстренной медицинской помощи. На 2–3 сутки (в зависимости от тяжести состояния) больные осмотрены Лор-врачом, ЧЛХ, окулистом и произведено МСКТ-исследование с реконструкцией и захватом лицевого скелета, после чего вырабатывалась дальнейшая тактика лечения.

Результаты. Среди пострадавших с КФТ доминировали легкие повреждения – 41(53,9%) случай. Пострадавших с КФТ средней степени – 18(23,7%). КФТ тяжелой степени встречались у 17(22,3%), причём, в основном за счет комбинации степени тяжести ЧМТ и ФТ. ЧМТ+ переломы костей носа – 25(33%). ЧМТ+ перелом скуловой кости и верхней челюсти – 17(22,4%). ЧМТ+ переломы костей орбиты – 20(26,3%). ЧМТ+ переломы нижней челюсти – 7(9,2%). ЧМТ+ переломы нескольких зон лица – 7(9,2%).

Большинство больных с травмами лицевого скелета в остром периоде травмы лечились консервативно, в виду удовлетворительного стояния костных отломков, когда на первое место выходила тяжесть поражения головного мозга. Вопрос об этапности лечения решался совместно с ЧЛХ.

Операции на мозговом и лицевом черепе симультанно проведены в ранние сутки после поступления в 12(15,7%) случаях. Последовательно в 17(22,4%) случаях. Последовательность связана с тяжестью состояния больного и нарушениями витальных функций. Операции проводились последовательно при доминировании компрессии головного мозга над повреждениями лицевого скелета. При равно-угрожающих травмирующих агентах (массивные кровотечения из поврежденных костей лицевого скелета и/или ротоглотки) симультанно. При симультанных операциях необходимо учитывать степень кровотечения, активность кровопотери и технические возможности репозиции костей лицевого скелета в раннем сроке после травмы. С учетом отсутствия ЧЛХ, ЛОР, офтальмолога на нашей базе, осуществлялся активный вызов смежных специалистов по линии санитарной авиации для решения вопроса о качественной специализированной медицинской помощи. Однако необходимо отметить, что симультанное или последовательное (в условиях одного наркоза) выполнение операций при КФТ, с применением оптического увеличения до Х-4 крат, микропластин и винтов для лицевого скелета, пластин для краниопластики и микрохирургической техники операций, позволяет кардинально улучшить результаты выздоровления больных.

Заключение. По нашим наблюдениям КФТ встречается преимущественно у мужчин. Доминирующим агентом является криминальная травма. Преобладает легкая ЧМТ+ легкая КФТ. Однако этим больным необходимо динамическое наблюдение ЛОР-врача. Вопрос об оперативном лечении КФТ решается консилиумом смежных специалистов. Основной задачей консилиума является определить тактику лечения (симультанно или последовательно). При возможности, необходимо проведение симультанных операций, так как это предполагает уменьшение оперативной агрессии и минимизацию оперативных вмешательств.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭКСТРЕННОЙ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ЛИНИИ САНИТАРНОЙ АВИАЦИИ

Юлдашев Р.Ю., Шодиев А.Ш., Юлдашев Ш.С., Ишонкулов А.М., Азимова Х.С.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

За последние годы здравоохранением Узбекистана накоплен определенный опыт нейрохирургической помощи сельскому населению, особое внимание при этом уделялось по линии санитарной авиации, так как в районных больницах отсутствуют специалисты по нейрохирургии, наиболее важной и плодотворной структурной единицей в системе нейрохирургической помощи. Как показывает наш опыт, необходимость организовать отделение экстренной помощи нейрохирургического профиля при центральных больницах на 5 коек, причем эффективность работы этих коек значительно увеличивается и создает широкие возможности высококачественного обслуживания и лечения нейрохирургических больных с привлечением врачей смежных специалистов. В связи с этим организация неотложной помощи больным в остром периоде ЧМТ и сосудистого заболевания головного мозга является одной из наиболее актуальных и важных

задач, стоящих перед организаторами здравоохранения и нейрохирургами.

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей нейрохирургической помощи в Самаркандской области по линии санитарной авиации сельскому населению.

Материал и методы. Проведен анализ всех нейрохирургических карт вызовов по линии санитарной авиации за последние 3 года (2017–2018 и 2019 гг.) в Самаркандской области.

Результаты. За истекшие годы по Самаркандской области нейрохирургами клиники СамМИ, Самаркандского филиала РНЦЭМП обслужено 973 вызова и оказана помощь 1064 больным, нуждающимся в экстренной нейрохирургической помощи. Из 1064 больных мужчины составили 796 (74.8%), женщины 268 (25,2%). В возрасте до 18 лет составили 240 (22,5%), от 19–40 лет 474 (44,6%), от 41–60 – 282 (26,5%) и старше 60 лет – 68 (6,4%) больных.

В подавляющем большинстве случаев (92,3%) нейрохирурги по линии санитарной авиации были вызваны для оказания помощи больным с черепно-мозговыми травмами – 983 (из них 448 больные с закрытыми черепно-мозговыми травмами, 212 – открытыми, 323 сочетанными, далее следовали больные с вертеброспинальными травмами, сосудистыми катастрофами по 36 и 38 больных.

Больные с опухолями головного мозга были наименьшими 7 (0,6%). Оперативное лечение проводилось 67 (6,2%) больным. Наиболее часто вызовы для оказания нейрохирургической неотложной помощи поступали из Булунгурского 122 (11,4%), далее из Джамбайского 106 (10%), Нарпайского 78 (7,3%), Иштыханского 94 (8,9%) Пайарыкского 87 (8,1%) районов. Меньше других обращений по линии санитарной авиации было из Каттакурганского 37 (3,4%) и Пастдаргомского 38 (3,5%) районов, так как у этих районах в штатных единицах имеются нейрохирурги.

В целом удельный вес больных, нуждающихся в нейрохирургической помощи за указанный период составил 20,1%, т.е. каждый пятый вызов по линии санитарной авиации поступил для оказания помощи нейрохирургическому больному. Уместно отметить, что практически во всех районах, т.е. филиалах Самаркандского филиала РНЦЭМП больным с черепно-мозговыми и спинальными травмами медицинская помощь обеспечивается травматологами, которые не владеют необходимой техникой проведения оперативных вмешательств, не могут грамотно оценить неврологический статус, динамику течения нейротравматологических больных. Кроме этого, во всех районных филиалах отсутствуют эхо-энцефалографическая диагностическая аппаратура, позволяющие косвенно определть наличие внутричерепных гематом.

Выводы. В нейрохирургической помощи по линии санитарной авиации в Самаркандской области нуждается каждый пятый пострадавший, из них почти половину составляют дети и люди молодого возраста. Среди больных, нуждающихся в нейрохирургической помощи 92,3% составляет больные с черепно-мозговыми травмами. Наиболее часто вызовы поступают из Булунгурского, Джамбайского, Пахтачинского и Иштыханского районов, меньше – из Каттакурганского и Пастдаргомского районов. Во всех филиалах Самаркандского филиала РНЦЭМП первичная медицинская помощь нейротравматологическим больным оказывается травматологами, не владеющими методикой адекватного оценивания и лечения этих больных. Отсутствие в районных больницах эхо-энцефалогрофов плохо отражается в установлении своевременного диагноза и лечения. Все вышеизложенное позволяет утверждать, что в современных условиях для улучшения квалифицированной нейрохирургической помощи необходимо внедрение в районных больницах и стационарах экстренной помощи 5 коек нейрохирургического профиля, внедрение в штат специалиста нейрохирурга. Кроме этого, необходимо обеспечение районной больницы эхо-энцефалографом. Это позволит улучшить качество нейрохирургической помощи сельскому населению.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАЛОИНВАЗИВНОГО ОДНОМОМЕНТНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СУБДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Юлдашев Ш.С., Джалалов Р.М., Нормуродов Ф.Г., Махмудов С.Ф., Пирназаров Д.А.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Хроническая субдуральная гематома (ХСГ) головного мозга представляет собой объемное скопление крови в результате получения травмы, которое локализуется между паутинной и твердой мозговой оболочкой и провоцирует местное и общее сдавливание головного мозга. ХСГ встречаются чаще у лиц старше 55–65 лет. Формирование ХСГ происходит в течение 4 и более недель при относительно нетяжелой травме головы. По локализации она бывает одно- или двусторонняя.

Цель. Изучить эффективность хирургического малоинвазивного одномоментного удаления ХСГ у больных старческого возраста.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 40 больных с ХСГ. 29 (72,5%) больных после получения травмы головы получали амбулаторное лечение по месту жительства у врача невролога. Остальные больные не обращались за медицинской помощью после травмы головы. Возраст больных составлял от 55 до 65 лет. Мужчин было – 22 (55%), женщин – 18 (45%). Всем боль-

ным при поступлении проведена компьютерная томография (МСКТ) головного мозга и диагностирована ХСГ. У 26 (65%) больных ХСГ локализовалась в левой височно-теменной и у 14 (35%) – в правой височно-теменной областях. Объем ХСГ составлял в среднем 90–120 мл. На МСКТ выявлено смещение срединных структур головного мозга от 6 до 10 мм.

Состояние сознания больных оценивалась по шкале комы Глазго. При поступлении у 32 (80%) больных состояние сознания оценивалось, как сопор и глубокое оглушение, а у 8 (26%) больных – умеренное оглушение. У всех больных отмечалась общемозговая симптоматика (головные боли, головокружение, тошнота), а также контралатеральный гемисиндром. Всем больным было произведено малоинвазивное удаление ХСГ.

По способу удаления ХСГ больные были разделены на две группы. Больным первой группы – 25 (62,5%) было проведено одномоментное хирургическое удаление ХСГ. Им было под общим обезболиванием наложено фрезевое отверстие в левой или правой височно-теменной области головы. Твердая мозговая оболочка рассечена крестообразно. Мягкий микроирригатор установлен на периферический конец наконечника электрического отсоса и ХСГ удалена одномоментно. Субдуральное пространство несколько раз промывалось теплым физиологическим раствором с последующим дренированием резиновым выпускником на 24 часа.

Больным второй группе – 15 (37,5%) также было наложено фрезевое отверстие в левой или правой височно-теменной области головы с установлением мягкой дренажной трубки в субдуральное пространство для постепенного выведения ХСГ.

Всем больным на 3 сутки после операции произведена контрольная МСКТ головного мозга.

Выводы. Полученные данные показали, что у больных первой группы, которым было произведено хирургическое малоинвазивное одномоментное удаление ХСГ, на контрольной МСКТ головного мозга остатков гематомы не отмечалось у 23 (88,5%) больных. У 11 (78,6%) больных второй группы, которым была установлена дренажная трубка в субдуральное пространство для постепенного выведения ХСГ, на контрольной МСКТ головного мозга отмечалась гематома хронического характера, объём которой составлял в два раза меньше первоначального объёма, т.е. ХСГ эвакуирована не полностью. У 88,5% больных первой группы состояние сознания к 3 дню после операции восстановилось до ясного сознания, когда у 78,6% больных второй группы в данном периоде состояние сознания оставалось прежним. Таким образом, одномоментное малоинвазивное хирургическое удаление ХСГ является наиболее эффективным методом лечения больных старческого возраста.

ЗНАЧЕНИЕ СИМПТОМОВ «АНАМНЕСТИЧЕСКОЙ ТРИАДЫ» В ДИАГНОСТИКЕ БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Юлдашев Ш.С., Шодиев А.Ш., Тураев С.Г.

Самаркандский филиал РНЦЭМП,
Самаркандский медицинский институт

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) относится к наиболее распространённому виду повреждений и составляет от 30 до 50% от всех видов травм. Перспективы улучшения качества диагностики и оказания нейрохирургической помощи с черепно-мозговой травмой на догоспитальном этапе прямо связаны с введением достаточно жестких систем, моделей, алгоритмов и стандартов в диагностический и лечебный процесс. Наряду с другими неврологическими симптомами, в диагностике ЧМТ имеет значение, так называемые симптомы «анамнестической триады». «Анамнестическая триада» – это потери сознания пострадавших после травмы, тошнота или рвота и амнезия – ретроградная или антероградная. Наличие хотя бы одного симптома этой «триады» при травмах головы является показанием к госпитализации пострадавшего, динамического наблюдения за неврологическим статусом, проведения специальных исследований для подтверждения или исключения черепно-мозговой травмы и уточнения клинической формы повреждения головного мозга.

Целью нашего исследования явилось изучение значения «анамнестической триады» в диагностики черепно-мозговой травмы на догоспитальном этапе у пострадавших.

Материал и методы. Нами были изучены 150 историй болезни больных, которые были оформлены с подозрением или черепно-мозговыми травмами различной степени тяжести в 2017–2018 годах. Возраст пострадавших составлял от 18 до 63 лет. 102 (68%) пострадавших были мужского и 48 (32%) – женского пола. 98 (65,3%) пострадавшим вызовы были дневные и 52 (34,7%) – в ночное время. Из всех пострадавших 88 (58,7%) получили травму в быту, 42 (28,0%) в автокатастрофе. Остальные 20 (13,3%) были криминальные и спортивные травмы.

Все пострадавшие были доставлены в приемное отделение бригадой скорой медицинской помощи в течение 45 минут от момента получения травмы и после оказания первой медицинской помощи.

Все пострадавшие в приемном отделении осмотрены нейрохирургами и смежными специалистами, им проводились краниография в двух проекциях и при необходимости мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ).

Состояние сознания пострадавших оценивалось по шкале комы Глазго. При осмотре у 33 (22%) пострадавших отмечено ясное, у 112 (74,7) пострадавших – оглушенное, и у 5 (3,3%) – сопорозное сознание.

Все пострадавшие были госпитализированы в отделение нейрохирургии.

В неврологической картине у 112 (74,6%) пострадавших отмечены только общемозговые симптомы в виде головной боли, головокружение, шумы в ушах, слабость и боли при движении глазных яблок. У 33 (22%) пострадавших, кроме вышеуказанных общемозговых симптомов, отмечались также и умеренные очаговые симптомы – мелкоразмашистый нистагм и легкие оболочечные симптомы. У остальных 5 (3,4%) превалировала очаговая симптоматика в виде клонического нистагма, легкой анизокории, признаки пирамидной недостаточности и менингеальных симптомов.

При обследовании у 25 (16,7%) пострадавших, кроме сильных головных болей, выявлено также один из симптомов «триады» – кратковременное потери сознание. У 44 (29,3%) больных отмечены два симптома «триады» – потери сознания после травмы и тошнота с неоднократной рвотой. А у 81 (54%) пострадавших выявлены все симптомы «анамнестической триады».

На краниографии у 19 (12,7%) пострадавших выявлена трещина костей свода черепа.

Из 89 (59,3%) пострадавших, которым была сделана МСКТ головного мозга, у 9 (10,1%) были выявлены пластинчатые внутричерепные кровоизлияния, которые не требовали хирургического лечения.

После проведенного обследования 112 (74,7%) пострадавшим был поставлен диагноз сотрясение головного мозга, 33 (22%) – ушиб головного мозга легкой и 5 (3,3%) – ушиб средней степени тяжести.

Всем больным была проведена консервативная терапия по стандарту. После улучшения общего состояния и неврологического статуса они были выписаны для амбулаторного наблюдения.

Заключение. Таким образом, отсутствие и наличие симптомов «анамнестической триады» имеет большое значение в установление клинического диагноза и определения тактики лечения у пострадавших с черепно-мозговой травмой.

К ВОПРОСАМ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Юлдашев Ш.С., Шодиев А.Ш.

Самаркандский филиал РНЦЭМП,
Самаркандский медицинский институт

Позвоночно-спинномозговая травма – одна из наиболее актуальных проблем современной нейрохирургии. При осложненных повреждениях позвоночника инвалидизация пострадавших доходит до 90–100%. Поэтому результаты проведенного лечения таких пострадавших напрямую зависит от своевременного и качественно установленного диагноза на догоспитальном этапе. При таких повреждениях методы лучевой диагностики, особенно компьютерная томография (МСКТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ), имеет большое диагностическое значение.

Цель. Изучить результаты методов лучевой диагностики при осложненных повреждениях поясничного отдела позвоночника у пострадавших на догоспитальном этапе.

Материал и методы. Нами были изучены и анализированы истории болезни 54 пострадавших с повреждениями поясничного отдела позвоночника, которые находились в отделении нейрохирургии Самаркандского филиала РНЦЭМП за 2009–2018 годы. Из них, 34 (63,0%) больных были мужского и 20 (37,0%) женского пола. Возраст пострадавших составил от 18 до 58 лет. 45 (83,3%) пострадавших получили травму позвоночника при падении с высоты, 9 (16,7%) в автокатастрофе. 39 (72,2%) больных были доставлены в приемное отделение линейными бригадами скорой медицинской помощи, а остальные 15 (27,8%) – попутными машинами.

Все пострадавшие при поступлении жаловались на сильные боли поясничного отдела позвоночника и слабости в нижних конечностях. Они были осмотрены нейрохирургами, смежными специалистами, и им были сделаны рентгенографии поясничного отдела позвоночника, включая МСКТ.

Стабильность позвоночника определена при помощи шкалы Denis (I, II, III колонн).

Неврологическая картина оценивалась по классификации Frankel. По классификации Frankel при поступлении 15 (27,8%) пострадавших относились в группе А, 7 (13,0%) – в группе В, 11 (20,3%) – в группе С и 21 (38,9%) пострадавших в группе – D.

Результаты. Проведенные рентгенологические и МСКТ-исследования на догоспитальном этапе показали, что повреждение тела VLI отмечались у 34 (63,0%) пострадавших, VLII – у 7 (13,0%), VLIII – у 7 (13%), VLIV – у 4 (7,4%) и VLV – у 2 (3,3%) пострадавших. Кроме того, одномоментный перелом тела VLI и задних структур VLII отмечался у 1 (1,8%) пострадавшего, перелом тела VLI и задних структур VLIII позвонка у 2 (3,3%), перелом тела VLII и задних структур VLIV – у 1 (1,8%), повреждение тела VLI и задних структур VLII – у 1 (1,8%) пострадавшего.

По рентгенологическим признакам снижение высоты тела позвонка II и III степени и по шкале Denis повреждение двух опорных колонн встречалось у всех пострадавших.

Все пострадавшие были госпитализированы в нейрохирургическое отделение. Оперативное вмешательство было выполнено всем 54 пострадавшим в течение 24 часов после госпитализации. Им была произведена декомпрессивная ламинэктомия и транспедикулярный спондилодез под общим обезболиванием, и рентген-контролем.

Полученные в послеоперационном периоде рентгенологические и МСКТ данные показали, что

у всех пострадавших практически полностью восстановлена стабильность позвоночника.

При выписке неврологическая картина по классификации Frankel была следующего характера: в группе «А» была 7 (13,%) – (27,8%), в группе «В» – 4 (7,4%) (13,0,%) и в группе «С» – 7 (13,0%) больных (20,3%). Остальные 36 (66,6%) больных из группы «Д» (38,9%) перешли в группе Е.

Вывод. Таким образом, использование методов лучевой диагностики, особенно МСКТ на догоспитальном этапе имеет большое диагностическое значение, как при установлении правильного диагноза, так и определении методов стабилизации позвоночника в поясничном отделе.

МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ ИНТРАЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ МАЛОГО И СРЕДНЕГО ОБЪЕМА

Юлдашев Ш.С., Шодиев А.Ш., Джалалов Р.М., Нормуродов Ф.Г., Юлдашев Н.Н.

Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самаркандский государственный медицинский институт

Геморрагический инсульт (гипертоническое внутримозговое кровоизлияние) – полиэтиологическая нозологическая форма, характеризующаяся преимущественно паренхиматозным кровоизлиянием. На долю геморрагического инсульта приходится 8–20% всех больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Заболеваемость геморрагическим инсультом составляет 10–35 на 100000 населения и увеличивается с возрастом. Летальность в течение первого месяца после кровоизлияния составляет 30–60%, а 2/3 выживших больных остаются инвалидами.

Целью исследования является изучение эффективности малоинвазивной хирургии при хирургическом лечении нетравматических интрацеребральных гематом (НИГ) малого и среднего объема.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 60 больных. Мужчины составляли – 48 (80%), женщины – 12 (20%), возраст которых варьировали от 19 до 63 лет. У 43 (71,7%) больных НИГ образовались в результате острого нарушения мозгового кровообращения, 17 (28,3%) больных – на фоне разрыва аневризма сосудов головного мозга. 39 (65,0%) больных были доставлены бригадой скорой медицинской помощи, 21 (35%) – на попутной машине.

Состояние сознания оценивалось по шкале комы Глазго.

При поступлении у 10 (16,7%) больных состояние сознания было оценено как умеренное оглушение, у 32 (53,3%) больных – глубокое оглушение, у 14 (23,3%) – сопор и у 4 (6,7%) – поверхностная кома. У всех больных отмечался парез конечностей в противоположной стороне гематомы, элементы моторной и сенсорной афазии и судороги. Также у всех больных наблюдалась анизокория зрачков.

43 (71,7%) больных страдали гипертонической болезнью и они состояли на учете в поликлинике у врача-терапевта. Остальные 17 (28,3%) больных отмечали периодические головные боли в анамнезе, но свое заболевание ни с чем не связывали.

Всем больным при госпитализации проводилась компьютерная томография головного мозга (МСКТ). На МСКТ объём НИГ варьировал от 50 до 70 $см^3$. У 39 (65,0%) больных НИГ выявлена в левой, а у 21 (35,0%) больного в правой лобно-височно-теменной области головного мозга. Смещение срединных структур головного мозга составляло от 5 до 8 мм. В послеоперационном периоде всем больным было проведена МСКТ головного мозга на 2 и 8–10 сутки.

Всем больным после кратковременной предоперационной подготовки были проведены экстренные оперативные вмешательства в течение 6 часов от момента госпитализации под общим обезболиванием. Им было проведено малоинвазивное удаление НИГ через трефинационное отверстие с использованием электроотсоса и электрокоагуляции.

В послеоперационном периоде в течение недели больные находились в нейреанимационом отделении и получали симптоматическую терапию.

Результаты. Результаты оценивались на основании динамики неврологического статуса и МСКТ данных. На вторые сутки после операции у 10 (16,7%) больных сознание оценивалось как ясное, у 32 (53,3%) больных – умеренное оглушение, 14 (23,3%) больных находились в глубоком оглушении и 4 (6,7%) – в сопоре. На 6–8 сутки после операции у всех пациентов отмечалось прояснение сознания, но при этом наблюдался гемисиндром (сила мышц оценивалась от 2 до 4 баллов) с контралатеральной стороны НИГ.

Контрольная МСКТ головного мозга, проведенная на 2 сутки после операции показала, что у 32 (53,3%) больных отмечались остатки внутримозговой гематомы в небольшом (до 5 $см^3$) объёме, а у 23-х (26,7%) больных – в пределах 10 $см^3$. Но МСКТ картина головного мозга, проведенная на 8–10 сутки, показало полное рассасывание остатков гематомы. У всех больных послеоперационная рана зажила первичным натяжением.

Выводы. Наиболее частой причиной возникновения НИГ является гипертонические кризы, осложнившиеся острым нарушением мозгового кровообращения и разрывом аневризмы сосудов головного мозга. Большее количество пациентов с НИГ (65–75%) поступают в состоянии глубокого оглушения. МСКТ головного мозга является стандартным методом диагностики НИГ. Малоинвазивное хирургическое лечение НИГ малого и среднего объема является малотравматичным хирургическим вмешательством, при этом уменьшается длительность операции, не требуется вторичной краниопластики.

3. ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И МЕТОДОВ МАЛОИНВАЗИВНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА В ТРАВМАТОЛОГИИ

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Акбарханов Ж.Ж.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии

Ретроспективный обзор результатов хирургического лечения 92 пациентов с внутрисуставными переломами бедренной кости в возрасте 65 лет и старше показал относительно хорошие клинические результаты. Доля пациентов с зажившими переломами в 6-месячном наблюдении составила 94%. На основании проведенного анализа, мы можем утверждать, что для активных пациентов, которые достаточно здоровы, чтобы пережить первый послеоперационный год, хорошие результаты могут быть достигнуты независимо от возраста.

Цель. Сравнение функциональных результатов и качества жизни пациентов пожилого и среднего возраста после лечения переломов дистального отдела бедра.

Материал и методы. Проведен ретроспективный обзор результатов хирургического лечения 92 пациентов с внутрисуставными переломами бедренной кости (по классификации Ортопедической травматологической ассоциации – тип 33B, C15), находившихся в Республиканском специализированном научно-практическом медицинский центре травматологии и ортопедии в период с 2001 по 2012 год.

Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от возраста. Группа А (основная) – пожилые пациенты в возрасте 65 лет и старше и группа В (сравнения) – пациенты до 65 лет. Окончательное наблюдение было осуществлено путем опроса по телефону с помощью краткосрочной функциональной оценки опорно-двигательного аппарата (Short Musculoskeletal Function Assessment – SMFA) для оценки функции и качества жизни. Все пациенты дали свое информированное согласие до включения в исследование.

Все пациенты прошли стандартное оперативное лечение либо с помощью интрамедуллярной фиксации гвоздей, либо с помощью фиксации запорной пластины. Ретроспективный анализ демографических данных, рентгенографических данных и данных физико-хирургических исследований был собран из медицинских карт. Все пациенты были обследованы для амбулаторного наблюдения в 3, 6 и 12 месяцев после операции. На основании рентгенографических данных, полученных при каждом последующем посещении, оценивалась консолидация переломов. Доинтервальный остеоартроз определялся по шкале Келлгрена-Лоуренса. В каждом интервале наблюдения регистрировались сгибание колен и удлинение колена. Пациенты не включались в наш ретроспективный обзор, если на момент первичного лечения им было менее 18 лет. Пациенты также исключались из данного исследования, если у них первоначально наблюдался патологический перелом или если с ними нельзя было связаться по поводу опроса.

Статистический анализ был проведен для расчета разницы между группой А и группой Б. Тесты Манна-Уитни U были использованы для определения разницы во всех категориях SMFA, времени до наблюдаемой консолидации перелома, диапазона движения колена и радиографических измерений. Тесты Фишера были использованы для сравнения различий по полу, внутрисуставного расширения, хирургической техники и осложнений. Статистические тесты были сочтены значимыми при $P<0.05$.

Выводы. Таким образом, мы можем утверждать, что для активных пациентов, которые достаточно здоровы, чтобы пережить первый послеоперационный год, хорошие результаты могут быть достигнуты независимо от возраста. Это также подтверждается существующей литературой. Несмотря на более низкое качество жизни и функциональные показатели, данное исследование предполагает, что относительно хорошие клинические результаты могут быть достигнуты при хирургической фиксации у пожилых пациентов. Мы рекомендуем оценивать пациентов пожилого возраста с переломами дистального отдела бедра на предмет их пригодности к хирургическому вмешательству на основании их функционального состояния до травмы, сопутствующих заболеваний и психического состояния. При принятии решения об оперативном лечении переломов дистальной части бедренной кости у пожилых пациентов возраст не должен быть препятствием.

УСТРОЙСТВО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ

Алибеков М.М., Шукуров Э.М., Жабборов А.Ж.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии

Цель. Улучшение результатов лечение переломов ключицы с разработкой нового устройства для лечения переломов ключицы.

Материалы и методы. В период с 2018 г. по 2020 г. наблюдались 105 пациента в возрасте от 18 до 65 лет с закрытыми переломами ключицы. Всем болным проведено лечение по разработанному алгоритма для диагностики и выбора тактики лечения перелома акромиального конца ключицы. (DGU 06556 от 30.05.19 г.). У 32 пациентов было повреждение акромиального конца ключицы, из них у 7 больных применен накостный остеосинтез у 25 интрамедулярный остеосинтез пластинами. Переломы диафиза наблюдалось у 70, из них у 54 больных применено накостный остеосинтез пластинами, у 16 больных интрамедуллярный остеосинтез спицами. Основным показанием к использованию способа оперативного лечения был характер перелома. В зависимости от характера перелома реконструктивные пластины (LCP) использовались у 24 больных, динамические пластины у 28, пластины с блокированием у 32. Каждому при поступлении выполнялась рентгенография ключицы в прямой проекции для идентификации места перелома и его характера (смещение, угловая деформация, количество отломков). Затем в течение 7 дней проводилось оперативное лечение в объеме открытой репозиции и накостной фиксации.

Для остеосинтеза использовались реконструктивные пластины производителя Bombay ortho industries Индия. Пластина была установлена по верхней и передней поверхности ключицы. В послеоперационном периоде рекомендовались иммобилизация в косыночной повязке в течение 3 недель, затем разработка движений в плечевом суставе с ограничением поднятия тяжестей в течение 3 месяцев. Все пациенты наблюдались нами через 3, 6 и 12 месяцев, при этом обязательно выполнялась рентгенография.

7 пациентов мы использовали LCP пластину для ключицы с крючком. Крючковидная пластина с угловой стабильностью для латеральных переломов ключицы и повреждений акромиально-ключичного сочленения обеспечивает стабильную фиксацию фрагментов вне зависимости от качества кости. Эта высокоэффективная, малоинвазивная и малотравматичная операция, при которой удавалось достичь стабильности фиксации отломков и удержания ключицы во вправленном положении.

На основание анализ результатов лечения выявлены следующие недостатки вышеизложенных методов лечения:

– низкая прочность фиксации акромиально-ключичного сочленения, поэтому требуется гипсовая иммобилизация верхней конечности на период до сращения разорванных связок. Однако даже эти меры часто не обеспечивают достаточной стабильности, что приводит к миграции конструкции и вторичному смещению.

Недостатком способа является то, что фиксация акромиально-ключичного сустава осуществляется перекрещивающимися спицами, проведенными трансартикулярно и через большой массив мягких тканей дельтовидной области плеча.

Это в дальнейшем нередко приводит к развитию осложнений: боли в проекции дельтовидной мышцы плеча, артрозу акромиально-ключичного сустава и к воспалению мягких тканей в области дельтовидной мышцы плеча.

Кроме того, при фиксации переломов этим способом спицы проходят через очаг повреждения, что резко увеличивает возможность его инфицирования. При закрытом вправлении вывиха акромиального конца ключицы возникают технические трудности, динамическая коррекция положения ключицы в процессе лечения.

– физические нагрузки после остеосинтеза до срастания перелома, неадекватно подобранные металлофиксаторы или раннее их удаление приводят к неудовлетворительным исходам.

Недостатком накостного остеосинтеза пластиной АО является невозможность применения при переломах акромиального конца ключица из-за короткого фрагмента дистального костного отломка, из-за меньшего количества отверстий в пластине.

На основании изучения осложнения и недостатков методов лечения нами разработано устройство для лечения переломов акромиального конца ключицы. (FAP: 20180119. От 10.08.18 г.). Устройство для лечения вывихов и переломов акромиального конца ключицы выполнено в виде пластины, с отверстиями, причем, один конец пластины закруглен, а противоположный конец выполнен с тремя зубцами 3, 4, 5 с заостренными концами, два из которых выполнены симметрично перпендикулярно оси пластины, а третий – в продольном направлении.

При использовании этой пластины не создается локальное давление на место перелома, что весьма ценно для обеспечения физиологических условий регенерации перелома. Изготовлена опытно-экспериментальная партия устройства для лечения переломов вывихов акромиального конца ключицы в количестве 15. Устройство изготовлено из технически чистого титана марки ВТ-1/99,2,2–98%.

Проведены экспериментальные исследования устройства лаборатории «Экспериментальные исследования прочности конструкций и сейсмостойкости сооружений» Института механики и сейсмостойкости сооружений АН РУз. Проведение доклинических исследований по определению острой токсичности и раздражающего действия устройства в лаборатории Научного Центра стандартизации лекарственных средств. Наблюдения за состоянием кожи опытного участка кроликов-альбиносов в сравнении с контрольным через 1, 24 и 72 часа показало, что при нанесении вытяжки из медицинского изделия в виде аппликаций, видимых изменений кожи животных не наблюдалось.

Разработанное устролйство применено у 10 больных с переломами ключицы.

Заключение. Предложенный способ лечения больных с переломами и переломо-вывихами акромиального конца ключицы позволит увеличить прочность фиксации, – при оскольчатых переломах и вывыхах ключицы повысит надежность фиксации за счет исключения травматизации спонгиозной кости наружного отломка ключицы и плотной посадки фиксирующего узла в виде двух зубов на ее неповрежденную кортикальную поверхность; наружного конца ключицы от смещения сзади в акромиально-ключичном сочленении в пределах физиологического диапазона в условиях фиксации на весь процессе лечения.

Разработанный способ с новым накостным устройством дает возможность избежать послеоперационного применения длительной внешней иммобилизации, способствует ранней активизации и уменьшает сроки восстановления функций оперированной конечности, сократить время операции и начать раннее функциональное лечение в послеоперационном периоде. Устройство легкое, простое, стабильное и удобное в использовании. Все это ведет к сокращению сроков лечения и предотвращения инвалидности.

ВСТРЕЧАЕМЫЕ ПРОБЛЕМЫ В ХОДЕ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Алиев Х.Э., Салохиддинов Ф.Б.

Ташкентская медицинская академия

В посттравматическом периоде у данной категории пациентов появляется тяжелые осложнения со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем, а летальность достигает до 57% [М.З. Насыров, 2007; В.Ю. Коршняк, 2008; A.A. Markov, 2010; V.L. Skriabin, 2008]. При консервативном лечении у 63% больных образуются пролежневые раны, гипостатическая пневмония наблюдается у 22% больных, ложный сустав формируется в 70,8% случаев и в течении первых 6-ти месяцев до 34% больных умирают [А.Ф. Лазарева, 2007; И.И. Кузьмина, 2008; V. Basov, 2012]. По данным ряда авторов, раннее оперативное вмешательство и активизация пожилых больных с переломами шейки бедра, значительно сокращают возможные вышеперечисленные осложнения [А.А. Марков, 2009; M. Majernncek, 2009].

Цель работы. Улучшение лечения переломов проксимального конца бедренной кости с профилактикой наблюдаемых осложнений.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в отделении экстренной травматологии 2-ой клиники Ташкентской медицинской академии с июля 2016 года по май 2018 года находились 60 больных с переломами проксимального конца бедренной кости. Из них 37 женщин и 23 мужчины. Возраст пациентов варьировал от 22 до 92 лет, средний возраст составил 56,1±1,2 лет.

У 29 пациентов наблюдался перелом типа 31А1 по классификации АО/ASIF, у 13 – тип 31А2 и у 7 – 31А3, у 8 больных 31В2 и у 1 больного 31В3. У большинства пациентов имелись сопутствующие заболевания (сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, артрозы, избыточная масса тела и пр.). У 22 больных проведено консервативное лечение, у 13 больных остеосинтез пластинами, 9 больным выполнен остеосинтез спицами Илизарова и 14 больным произведен остеосинтез, разработанным нами стержневым аппаратом наружной фиксации (патент FAP 01180).

Результаты. При консервативном лечении переломов проксимального отдела бедренной кости из 22 больных, несмотря на тщательный уход, наблюдались следующие осложнения: пролежни – у 8 больных, у 6 больных – гипостатическая пневмония, тромбоз вен нижних конечностей – у 5 больных. Укорочение шейки бедра, нарушение функции тазобедренного сустава II степени наблюдалось у 6 больных, ложный сустав и лизис шейки бедренной кости у 8 больных; асептический некроз у 4 больных, которым в последующем проведено эндопротезирование тазобедренного сустава, сращение переломов шейки бедра наблюдалось только у 4 больных. Летальность наблюдалась у 3 больных в течение первых 6 месяцев после травмы.

При выполнении экстрамедуллярного остеосинтеза пластинами наблюдались следующие проблемы и осложнения: до оперативного вмешательства выполнялась коррекция уровня гемоглобина и ЦВД, В послеоперационном периоде кровотечение наблюдалось у 2 больных, которое ликвидировано после выявления источника кровотечения при помощи артериографии на МСКТ-обследовании. Повторная коррекция уровня гемоглобина использованием эритроцитарной массы и СЗП выполнена 6 больным. Вскрытие гематомы послеоперационной раны выполнена 2 больным. Вторичное заживление раны наблюдалось у 5 больных. Вторичные контрактуры тазобедренного и коленного суставов отмечались у 8 больных.

При перкутанном остеосинтезе отмечались следующие осложнения: подкожная флегмона у 3 больных, миграция и перелом спиц Илизарова наблюдалось у 2 больных, которые были удалены. У одного больного удалена спица из передней стенки живота. Вторичные контрактуры тазобедренного и коленного суставов наблюдались у всех больных, ложный сустав шейки бедренной кости – у 2 больных, летальный исход не наблюдался.

При остеосинтезе стержневым аппаратом отмечались следующие проблемы: до оперативного вмешательства – коррекция гиповолемии у 1 боль-

ного, коррекция гемоглобина также у 1 больного. В послеоперационном периоде появились осложнения в основном в амбулаторном периоде: нагноение мягких тканей вокруг стержней у 3 больных, которое купировано местным применением антибиотиков. Из них у 1 больного мы были вынуждены удалить стержневой аппарат, после чего произошло сращение шейки бедренной кости варусной деформации. Ограничение амплитуды движений в тазобедренном и коленных суставах по сравнению со здоровой конечностью не более 10 градусов. Асептический некроз, ложный сустав головки бедренной кости, гиподинамическая пневмония не наблюдались.

Таким образом, лечения стержневым аппаратом наружной фиксации больных с переломами проксимального конца бедренной кости облегчает уход за больными с значительным снижением наблюдаемых осложнений и может являться методом выбора среди известных современных фиксаторов.

РЕКОНСТРУКЦИЯ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ С МЕЖВЕРТЕЛЬНОЙ КОРРИГИРУЮЩЕЙ ОСТЕОТОМИЕЙ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ

Алпысбаев Х.Ш., Джураев А.М., Тапилов Э.А.

Республиканский центр детской ортопедии

Врожденный вывих бедра является наиболее частой патологией опорно-двигательного аппарата, а его последствия в виде артроза представляют серьезную социальную проблему. Согласно литературным данным, несмотря на значительные успехи в ранней диагностике и лечении врожденного вывиха и подвывиха бедра, остается еще большой процент детей с остаточными дефектами развития сустава, которые составляют от 20 до 40% случаев. В связи с этим проблема устранения остаточной нестабильности тазобедренного сустава, несмотря на предположенные многочисленные методы, остается весьма актуальной и по настоящее время. В зависимости от характера остаточной нестабильности, устранение ее осуществляется с помощью корригирующей остеотомии проксимального конца бедренной кости, пластики крыши вертлужной впадины или сочетанием этих двух видов оперативного вмешательства, а также остеотомией таза. Детские ортопеды указывают на значимость вертлужного компонента в лечении врожденного вывиха бедра у детей. Одной из ведущих причин развития диспластического коксартроза при лечении врожденного вывиха бедра является недостаточное покрытие головки бедра. Проблема лечения детей с врожденным вывихом бедра, сопровождающимся дислокацией бедра относительно вертлужной впадины, является одной из наиболее трудных среди традиционных патологии у детей, особенно у пациентов старше 5–6 лет. Перед хирургами встает задача коррекция дефектов развития сустава, таких как патология пространственного положения компонентов сустава – проксимального конца бедренной кости и вертлужной впадины, нарушение развития «крыши» впадины, углубление самой впадины.

Нами проанализированы результаты лечения 179 детей в возрасте от 2 до 14 лет, страдающих врожденным вывихом бедра с 2015 г. по 2020 г. Девочек было – 125, мальчиков – 54. Показаниями к хирургическому лечению были следующие: возраст ребенка старше 2 лет, невправимые вывихи, повторные вывихи после вправления, значительные остаточные изменения тазобедренных суставов. Нами применялись следующие виды оперативных вмешательств: открытое вправление вывиха бедра с корригирующей межвертельной остеотомией у 43 детей, внесуставная коррекция при остаточных изменениях тазобедренных суставов у 35 детей, открытое вправление с корригирующей межвертельной остеотомией в сочетании с пластикой крыши вертлужной впадины по Пембертону у 59 детей, открытое вправление с корригирующей межвертельной остеотомией в сочетании с остеотомией таза по Солтеру у 34, открытое вправление с корригирующей межвертельной остеотомией в сочетании с пластикой крыши вертлужной впадины по Лансу у 8 детей. У большинства больных получены хорошие и отличные результаты. У больных с односторонними вывихами бедра выявлялось нарушение конфигурации тазового кольца.

Таким образом, остеотомией костей таза при правильно выбранных показаниях и должной тактике являются эффективными оперативными вмешательствами при лечении детей с врожденным вывихом бедра. Отдаленные результаты лечения подтвердили необходимость сочетания реконструкции надвертлужной области с межвертельной корригирующей остеотомией бедренной кости. Центрированное положение головки бедренной кости обеспечивает более равномерное распределение давления в суставе, остеотомия освобождает сформированный свод от избыточного локального давления, что улучшает процессы его формирования.

ВНУТРИСУСТАВНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ОБЛАСТИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Алпысбаев Х.Ш., Джураев А.М., Тапилов Э.А.

Республиканский центр детской ортопедии

Последствия гематогенного остеомиелита составляют от 8,6 до 12% в структуре гнойно-септических заболеваний, а среди ортопедической па-

тологии составляют от 3 до 6%. Они характеризуются обширными рубцовыми изменениями кожи, подкожно-жировой клетчатки, мыщц, нарушением кровоснабжения пораженного сегмента и деструктивными изменениями костной ткани. Ортопедические осложнения перенесенного острого гематогенного остеомиелита бедренной кости имеют некоторые особенности и встречаются в виде различных форм деструкций в области проксимального отдела бедренной кости. Патологический вывих бедра как исход осложненного течения гематогенного остеомиелита проксимального конца бедренной кости занимает значительное место в структуре ортопедических заболеваний детского и подросткового возраста. Поздняя диагностика, отсутствие профилактических мероприятий, использование только консервативных методов лечения острого гематогенного метаэпифизарного остеомиелита в области проксимального конца бедренной кости приводят к застарелому патологическому вывиху бедра и к необходимости хирургического вмешательства с целью восстановления правильного соотношения в тазобедренном суставе. Оптимальным возрастом для начала хирургического лечения, по мнению большинства авторов, считается 3-4 года. Основной задачей хирургического вмешательства является восстановление опорной и динамической функции конечности, нормального соотношения в тазобедренном суставе. Хирургическое лечение последствий гематогенного остеомиелита проксимального конца бедренной кости представляет чрезвычайно трудную задачу детской ортопедии. Сложность оперативного лечения во многом определяется не только особой тяжестью процесса, но и разнообразием патологических изменений со стороны вертлужной впадины и в особенности проксимального конца бедренной кости, что крайне затрудняет выбор и заметно ограничивает границы традиционных хирургических методов лечения.

В отделении патологии тазобедренных суставов РЦДО МЗ РУз с 2010 г по 2020 г. наблюдались 118 больных с последствиями гематогенного остеомиелита в возрасте от 3 до 14 лет. Мальчиков было 72, девочек – 46.

Оперативное вмешательство при патологическом вывихе бедра у детей преследует следующие цели: обеспечить устойчивость в тазобедренном суставе, тем самым улучшить статику и походку больного, по возможности стремиться к восстановлению анатомической или приближающейся к ней формы тазобедренного сустава, сохранить достаточную подвижность в суставе, устранить порочное положение конечности и уменьшить имеющееся укорочение конечности. Почти у всех больных были широко применены внутрисуставные вмешательства: открытое вправление культи головки и шейки бедренной кости с межвертельной деторсионной, укорачивающей, варизирующей остеотомией бедренной кости, культи шейки, удлинение «формирования» шейки бедренной кости при деформированной культи, транспозиция гипертрофированного большого вертела с ягодичной мускулатурой в каудальном направлении. Внесуставные оперативные вмешательства не всегда отвечают всем требованиям, предъявляемым к операциям при патологическом вывихе бедра у детей, так как обеспечивая подвижность в суставе, не во всех случаях приводят к созданию опорности верхнего конца бедра и не устраняют имеющегося укорочения, а анатомическая форма сустава не восстанавливается.

Наши наблюдения показали, что внутрисуставные оперативные вмешательства у большинства больных восстанавливают суставные соотношения, обеспечивают устойчивость тазобедренного сустава и тем самым улучшают походку и статику больного.

АНЕСТЕЗИЯ У БОЛЬНЫХ С ТРАВМАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПОСТШОКОВОМ ПЕРИОДЕ

Батиров У.Б., Сабиров Д.М., Махмудов М.А.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Проблемы анестезии и интенсивной терапии при травмах, особенно при сочетанных травмах, характеризуются тем, что в последнее время расширяются показания для оперативного вмешательства у пострадавших в раннем постшоковом периоде. В частности, своевременное устранение функционирующих очагов патологической агрессии путем остеосинтеза костей и других травматологических операций становится необходимым и срочным мероприятием для проведения дальнейшего эффективного лечения травматической болезни и профилактики осложнений.

В связи с этим, целью настоящего исследования явилось изучение эффективности и течения различных вариантов регионарного обезболивания в сочетании с медикаментозной седацией у больных с травмами нижних конечностей в постшоковом периоде.

Материалы и методы. Анализировали течение анестезии у 17 больных (ср. возраст 37,8±5,28 лет, класс ASA-III), которым оперативное вмешательство проводилось под сбалансированной РА в сочетании с медикаментозной седацией. Комбинированную блокаду нервов поясничного сплетения, в литературе описанного как блок «3 в 1», проводили в положении больного лежа на боку. Для безопасной верификации нервных стволов использовался нейростимулятор «Stimuplex HNS 11». С целью седации внутривенно вводили мидазолам (0,14±0,01 мг/кг, общая доза – 0,1 мг/кг-ч), фентанил (1,4±0,2 мкг/кг, общая доза 1,2±0,2 мкг/кг/ч) и калипсол (0,5–0,8 мг/кг).

Исследовали показатели центральной и периферической гемодинамики, функцию внешнего дыхания. Степень угнетения сознания оценивали по соответствующей шкале (А.Н. Фсдина и Cook & Raima).

Результаты. Полная сенсорная блокада наступала через 7,2±0,2 мин, частичная двигательная блокада через 13,4±1,2 мин. Продолжительность блокады составила 136,5±10,2 мин. На всех исследуемых этапах показатели гемодинамики существенно не отличались от исходных. Анализ респираторных показателей выявил, что на 3-ем этапе (медикаментозная седация) на фоне блокады происходило также снижение ЧД до 12,1±1,3 в мин, и ДО до 10,7% в сравнении с предыдущим этапом. Такие изменения происходили при депрессии уровня сознания в 13,2±1,31 баллов. В данной группе ни в одном случае не потребовалось проведение ВВЛ. В ходе операции отмечались хорошая мышечная релаксация и оптимальные условия для выполнения оперативного вмешательства.

Заключение. Таким образом, анализ полученных данных доказывает возможность применения данной методики анестезии для обеспечения операций у больных с повреждениями нижних конечностей в постшоковом периоде. Считаем, что данная методика может быть использована в практике, особенно у больных с исходно не выявленной гиповолемией, так как имеет большую степень гемодинамической и респираторной стабильности в сравнении с традиционными методиками общей анестезии.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ

Бегалиев С.М., Наубетов Д.Д, Наубетов С.Д.

Каракалпакский филиал РНЦЭМП

В травматологии наиболее частой причиной летальных исходов, а также инвалидности выживших пациентов являются сочетанные травмы. Травмы данного типа усугубляют ситуацию, они проходят тяжелее, чем изолированные повреждения. Главной опасностью этого вида сочетанных травм является возможное нарушение жизненно важных функций организма, вызванных повреждениями тазобедренных суставов, потерей конечностей. При этом главной задачей является выявление ведущего повреждения, а также максимально быстрая оценка и определение всех возможных состояний, угрожающих жизни.

Наиболее часто встречающимися причинами, по которым люди получают особенно тяжелые сочетанные травмы, являются: дорожно-транспортные происшествия, потом уже падение с высоты. Наиболее поражаемым сегментом опорно-двигательной системы явились переломы костей таза у 16(32%) пациентов, бедра у 8(16%) пациентов, голени у 7(14%), ключицы у 5(10%), костей плеча и предплечья у 14(28%). В остром периоде травмы 80% пострадавших находились в тяжелом состоянии, обусловленном травматическим шоком, сочетанностью переломов с повреждениями органов брюшной полости и забрюшинного пространства, переломами костей таза, обширными ранами тела.

Проведенный анализ у 50 пострадавших от 10 до 70 лет с сочетанной механической травмой. Диагностика повреждений включала выяснение субъективных и объективных данных, рентгенологическое, ультразвуковое исследование, компьютерно-томографическое или магнитно-резонансные устройства визуализации.

Тяжелая сочетанная травма представляет собой повреждение двух или более органов человека и требует грамотного и четкого определения области травмирования, а также оказания квалифицированной помощи в отделении и непосредственно на месте происшествия.

Таким образом, в структуре сочетанных травм ведущими помимо поражения сегментов опорно-двигательной системы являются травмы органов брюшной полости и забрюшинного пространства, среди пострадавших преобладают лица трудоспособного возраста (около 80% случаев), мужчины (61,4%), среди обстоятельств травм ведущими являются дорожно-транспортные происшествия (80%).

Дифференцированный подход к комплексному лечению пострадавших с сочетанной травмой с переломами костей таза и длинных трубчатых костей позволяет оптимизировать процесс лечения и улучшить функциональные результаты.

Ранняя диагностика и лечение больных с сочетанными травмами осуществлялись в соответствии с указанными в протоколах клиническими рекомендациями по оказанию экстренной медицинской помощи (Шошилинч тиббий ёрдам курсатиш буйича кулланма (клиник протоколлар) 1 жилд, часть VII, 2019 й).

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ЛИЦ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

Валиев О.Э., Тиляков Б.Т., Каримов Б.Р.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Повреждение костных структур в области тазобедренного сустава относится к тяжелым травмам опорно-двигательного аппарата, особенностями которых являются длительная потеря трудоспособности, высокий процент выхода на инвалидность, продолжительная прикованность к постели для лиц пожилого и старческого возраста с развитием

осложнений, приводящих, как правило, к неблагоприятному исходу.

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

Цель работы изучить эффективность малоинвазивных технологий при лечении переломов шейки бедренной кости у лиц старшей возрастной группы.

Материал и методы. Проведен анализ лечения 81 пациента пожилого и старческого возраста с переломом шейки бедренной кости за период 2016–2019 гг., находившихся на лечении в отделении взрослой травматологии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП). Учитывали анамнестические, клинико-инструментальные данные, также был изучен профиль сопутствующей соматической патологии. Лица мужского пола составили – 33 (40,8%), женщин – 48(59,2%), возраст которых колебался от 60 до 93 лет (средний возраст – 71,4±7,1 года). Практически у всех пролеченных больных были отмечены переломы шейки бедренной кости, возникшие в результате минимальной травмы. При детализации повреждений проксимального отдела бедра нами была использована классификация Гардена (1961), которая, на наш взгляд, наиболее полно отражает патогенетический, морфологический, прогностический характер повреждений и имеет важное значение при выборе тактики лечения. В зависимости от типа переломов больные были распределены следующим образом: тип I – 27 (33,3%); тип II – 17 (21,4%); тип III – 14 (17,4%) и тип IV – 23(27,9%).

Нами в клинике широко применяются малоинвазивные методы стабилизации переломов, оптимальными сроками для выполнения операции являются первые 3 дня, в период компенсации соматического статуса и до развития гипостатических и других осложнений. В зависимости от выбора метода остеосинтеза больные были разделены на две группы: остеосинтез шейки бедра компрессирующими винтами – 60 (74,1%) и блокируемый остеосинтез системой «Гамма» – 21(25,9%)

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

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

Основной контингент пролеченных больных – 59 (73,1%) составили лица с высоким показателем уровня физической активности, что имело значение при выборе активной хирургической тактики лечения.

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

Нами были изучены результаты лечения в сроки до 3 лет. При этом положительные исходы были отмечены у 65(80,2%) больных, консолидация переломов, полное восстановление двигательной активности. У 16 больных (19,8%) отмечен неблагоприятный исход. В 6 случаях отмечен летальный исход на первом году жизни после выписки из стационара. В 10 случаях отмечено несращение перелома, образование ложного сустава, с выраженными функциональными нарушениями, потребовавшими проведение длительного реабилитационного лечения, в 5 случаев было произведено тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава.

При ретроспективном анализе историй болезней больных с переломами шейки бедренной кости старшей возрастной группы отмечена прямая зависимость выбора тактики и методов лечения в зависимости от возраста, соматического статуса, степени индексов коморбидности, уровня физической активностиё уровня операционного риска по ASA, а также зависимости от типа переломов по классификации Гардена. Остеосинтез компрессирующими винтами в плане технического выполнения является наименее травматичным и быстровыполнимым, при этом практически не оказывает отрицательного влияния на течение заболевания. Однако в плане стабильности фиксации имел свои недостатки, препятствовавшие ранней активизации пострадавшим, длительность ортопедического режима в среднем составил 35±7,5 дня. Применение блокируемой системы «Гамма» позволило добиться более высокой стабильности в зоне повреждения, с сокращением ортопедического режима в 2,3 раза, однако при переломах типа III–IV по Гардену данный метод был малоэффективен.

Выводы. 1. При выборе методов лечения необходимо учитывать возраст пострадавшего, уровень коморбидности, степень физической активности до полученной травмы, степень операционно-анестезиологического риска и тип перелома. 2. На современном этапе развития травматологии наиболее перспективным методом лечения пострадавших с переломами шейки бедренной кости у лиц пожилого и старческого возраста является эндопротезирование тазобедренного сустава. Применение малоинвазивных методов остеосинтеза, выполненных в кротчайшие сроки после получения травмы, при адекватном техническом выполнении явится альтернативой методу эндопротезирования.

К ВОПРОСУ СОЧЕТАННЫХ КОСТНО-СОСУДИСТЫХ ТРАВМ КОНЕЧНОСТЕЙ

Хакимов Р.Н., Валиев Э.Ю., Исмаилов А.Д., Сайдалиев З.Р., Хасанов З.Р.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В настоящее время остается достаточно актуальной проблема лечения пациентов с повреждением магистральных сосудов и опорно-двигательного аппарата, обусловленным экстренностью состояния, массивной кровопотерей, быстрым нарастанием явлений ишемии, зачастую отсутствием досягаемости, специализированной ангиохирургической помощи, высоким процентом летальности и инвалидизации больных.

По литературным данным, средняя частота ампутаций при травматических повреждениях нижних конечностей составляет от 8,4 до 22,4%, летальность при них достигает 1,3–9,5%, частота реампутаций – 10,5% от общего количества больных, которым выполнялись ампутации. При этом уровень летальности 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. Отмечено, что при открытых повреждениях костей гнойные осложнения развиваются в 7–29% случаев в зависимости от объема контаминации ран бактериальной флорой, а при огнестрельных ранениях эта цифра возрастает до 35%.

За период с 2015 по 2019 год в РНЦЭМП было пролечено 110 больных с открытыми сочетанными костно-сосудистыми травмами верхних и нижних конечностей. Взрослых мужчин было 57, женщин – 9, детей до 18 лет – 44. При этом 56 (50,9%) больных были в возрасте от 20 до 50 лет, то есть наиболее трудоспособном. 101 (91,8%) больной были доставлены в течение ближайших 1–6 часов после травмы, то есть, в сроки, благоприятные для проведения операций, 3 (2,7%) – в срок от 6 до 24 часов, 6(5,5%) – позднее 1 суток после травмы. 68 (61,8%) больных были доставлены в состоянии травматического шока. Самотеком были доставлены 31 (28,2%) больной, по линии СМП – 28 (25,5%) по направлению из других клиник – 51 (46,4%). Большая часть больных была доставлена в состоянии травматического шока. в большинстве случаев (31%) повреждения конечностей были получены в результате попадания конечности во вращающиеся механизмы станка, Травмы в результате ДТП (21%) нередко сочетались с закрытыми и открытыми черепно-мозговыми травмами различной степени тяжести. Кроме того, у пострадавших в 8 (7,3%) случаях имели место закрытые травмы живота и грудной полости, в 2 (1,8%) случаях – переломы тазовых костей, в 5 (4,5%) случаях – черепно-мозговые травмы различной степени тяжести. Большой процент костно-сосудистых травм при падении с высоты роста (31%) обусловлен частотой данных повреждений у детей.

В 3 (2,7%) случаях ввиду крайне тяжелого состояния больных (2 случая ДТП и 1 кататравма) наступил летальный исход в первые часы после поступления. В общей сложности, в 94 (85,4%) случаях были выполнены реконструктивные операции. Из них в 65 (69,1%) случаях послеоперационный период протекал без осложнений, то есть без повторного нарушения кровообращения; заживление ран было первичным натяжением, не было осложнений со стороны остеосинтеза. Послеоперационные осложнения во всех случаях развивались в течение 2–7 суток. Реампутация сегмента, была выполнена в 4 (13,7% от всех осложнений) случаях. Причинами декомпенсации кровообращения в 3 случаях явилось развитие вторичного артериального тромбоза на фоне возникшего стойкого неразрешившегося спазма периферии, а также тромбоза глубоких вен, в 1 – анаэробная инфекция. Тем не менее, в 20 случаях ввиду значительного разрушения поврежденных сегментов, наличия обширных мягкотканых дефектов была произведена первичная ампутация с формированием культи. Еще в 4 случаях, даже несмотря на выполнение тщательной ПХО и восстановление адекватного кровотока в поврежденном сегменте, вследствие развившихся инфекционных осложнений была выполнена реампутация. Причиной этого, как мы считаем, была неадекватная оценка тяжести повреждения.

Оценка жизнеспособности мягких тканей во время оперативных вмешательств на конечности определяет объём 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. Для выбора уровня ампутации необходимо определять состояние мышц в зоне предполагаемого усечения конечности, что позволит выбрать наиболее оптимальный уровень ампутации у данного контингента больных.

Таким образом, вопрос о выборе уровня ампутации у больных с тяжелыми сочетанными повреждениями костей и сосудов остается дискутабельным и спорным до настоящего времени. Выполнение ампутаций ниже коленного сустава сдерживается угрозой возникновения ишемической гангрены культи, а ампутация на уровне бедра сопровождается глубокой инвалидизацией в связи с ограниченным использованием протеза. Активное хирургическое лечение травм нижних конечностей поставило перед хирургами вопросы, касающиеся объективизации определения зон повреждения и выбора границ хирургической агрессии. Объективная оценка морфофункционального состояния мягких тканей конечностей в динамике некробиоза как ишемического, так и травматического генеза – оценка жизнеспособности мышечной ткани конечностей при выборе объема оперативного вмешательства с выбором оптимальных границ иссечения мягких тканей – задача актуальная, имеющая большое практическое значение, однако нерешенная проблема.

МЕСТО МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОДА У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ

Валиев Э.Ю., Тиляков Б.Т., Исмоилов А.Дж., Каримов Б.Р., Тиляков Х.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Научная разработка тактики и методов лечения повреждений ОДА, при политравме в связи с неуклонным ростом данной категории больных является актуальной проблемой современной травматологии.

Цель. Изучить эффективность оказания специализированной травматологической помощи пострадавшим с политравмой в зависимости от выбора тактики лечения повреждений скелета на раннем госпитальном этапе.

Материал и методы. Ежегодно в РНЦЭМП обращаются более 25 тыс. больных с механическими повреждениями, из них 45,9% госпитализируются в различные клинические отделения центра. Пострадавшие с политравмой превышают 1,5 тыс. Нами проведен анализ результатов оказания специализированной травматологической помощи больным с политравмой за период 2018–2019 гг., 458 случая. Превалировали лица мужского пола 69,3%, лица наиболее трудоспособного возраста – 58,6%. По механизму травмы превалировал дорожно-транспортный травматизм – 74,6%. Повреждения таза в 16,2%; бедра – 24,6%; костей голени – 41,2%; в 18% случаев наблюдали переломы костей верхних конечностей. Открытые повреждения были диагностированы в 14,7% случаях.

Результаты. Изучены результаты лечения 458 больных (611 сегментов), которым была применена двухэтапная тактика стабилизации повреждений длинных костей конечностей и таза. На раннем госпитальном этапе – стабилизацию переломов осуществляли разработанным в клинике многофункциональным модулем аппарата наружной фиксации на стержневой основе. В последующем после полной стабилизации состояния на 7–21 сут. в 325 (70,9%) случаях, 364 сегментов, вторым этапом произвели демонтаж аппарат с внутренним (накостным и внутрикостным) остеосинтезом. Выбор метода лечения переломов конечностей в остром и раннем периоде травматической болезни зависел от состояния пострадавшего, локализации и характера переломов. Оперативные вмешательства выполняли последовательно, после устранения доминирующей патологии брюшной, грудной полостей и черепа.

Комплекс лечения повреждений опорно-двигательного аппарата выполняли на раннем госпитальном этапе, с соблюдением принципа «damage control orthopedics», одновременно (двумя бригадами) остеосинтез всех повреждений, в особенности бедра, голени и плеча, с использованием малоинвазивного метода на основе разработанного аппарата внешней фиксации. Тяжелые нестабильные повреждения костей таза, независимо от тяжести состояния пострадавших, стабилизировали в первые часы с момента травмы.

В применении двухэтапной тактики стабилизации повреждений длинных костей конечностей и таза хорошие ближайшие результаты получены у 79,6% больных, а при традиционном ведении – у 63,1%, при сокращении сроков пребывания больных в стационаре до 13,2 дня.

Установлена прямая зависимость частоты развития осложнений от тактики и сроков оказания травматологического пособия, после раннего остеосинтеза число осложнений было в 1,6 ниже, чем при традиционном вмешательстве. Отмечено что общая летальность составила 9%, причем 57% больных погибли в первые трое суток после травмы, а 43% – в ранний и поздний периоды травматической болезни, причинами смерти были повреждения головного мозга, кровопотеря, шок.

Вывод. Разработанная тактика двухэтапной стабилизации повреждений длинных костей конечностей и таза с использование на первом этапе разработанного аппарата наружной фиксации в качестве временной меры стабилизации переломов и соблюдения принципа «damage control orthopedics», в последующем после стабилизации состояния пациента, переходом на другой вид фиксации является наиболее оптимальным при оказании специализированной травматологической помощи у пострадавших с политравмой.

РОЛЬ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С НЕСТАБИЛЬНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ТАЗА

Валиев Э.Ю., Тиляков Х.А., Яхёев А.С., Ганиев О.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Проблема современного травматизма связана с увеличением доли тяжелого контингента больных с сочетанными, множественными и комбинированными повреждениями. Среди них пострадавшие с повреждениями таза являются одним из самых тяжелых и сложных и актуальнейших не только для травматологов, но и хирургов, реаниматологов. При анализе структуры политравмы повреждения таза констатируются в 17–39% случаев. Несмотря на такую частую верификацию травм таза, консервативные и хирургические методы лечения этой патологии далеко не всегда приводят к положительным результатам. Летальность при сочетанных повреждениях таза может достигать 80% среди пациентов, перенесших травму таза, до 50% становятся инвалидами.

Цель. Изучить эффективность малоинвазивных методов лечения при организации оказания помощи больным с повреждениями таза.

Материал и методы. В РНЦЭМП за период 2014–2019 гг. специализированная травматологическая помощь оказана 187 больным с нестабильными переломами таза. Преобладали лица мужского пола – 69,7%, в наиболее трудоспособном возрасте до 45 лет – 74,1%. Основными причинами повреждений служили травма в результате ДТП – 65,4% и кататравма – 21,8%. Всем больным при поступлении объем оказания помощи и диагностических мероприятий строго регламентирован разработанными алгоритмами и стандартами, включающими высокотехнологические методы визуализации повреждений. Практически у всех пострадавших имели место сочетанные повреждения. Наиболее частое сочетание наблюдали повреждение ОДА – 78,2%; ЧМТ – 49,2%; травмы груди – 27,4%; травма живота, включая травы мочеполовых органов, 15,6%. Средний балл тяжести состояния по шкале ISS составил 22,8±0,3. Хирургические вмешательства – остеосинтез, выполнен – 114 (60,9%) больным.

Результаты. В первый час после госпитализации пациентам в фазе шока и на реанимационном этапе, при переломах таза типа В, С с вертикальной и ротационной нестабильностью у 66 больных нами был использован метод закрытой стабилизации таза аппаратами клиники на стержневой и спице-стержневой основе. Ранний остеосинтез таза с помощью АВФ способствовал уменьшению внутреннего тазового объема, снижению или остановке кровотечения из костей и венозных сплетений, создавая условий для внутритазовой тампонады, уменьшению или устранению болевого фактора, что явилось эффективным противошоковым мероприятием. Использование аппарата внешней фиксации клиники не препятствовал выполнению лапароскапии и лапаротомии. Погружной остеосинтез с использованием канюлированных винтов, реконструктивных мостовидных пластин выполнен у 47 и комбинированный остеосинтез у 31 больного. Опыт клиники по введению тяжелого контингента больных с нестабильными переломами таза показал значительное превосходство оперативных методов лечения.

Однако в особенности при типе С не всегда общее состояние пострадавшего позволяло проводить внутреннюю фиксацию, нами придерживалась тактика двухэтапного метода лечения с использованием на первом этапе средств внеочаговой фиксации, а после полной стабилизации состояния переход на внутреннюю фиксацию. При ротационно-нестабильных повреждениях фиксацию лонного симфиза, переломов ветвей лонных костей и повреждений вертлужной впадины нами использованы реконструктивные пластины, в том числе малоинвазивные методы через минидоступы, которые вполне позволяли произвести репозицию переломов с помощью прямой и непрямой техники под контролем ЭОПа. При вертикально-нестабильных повреждениях таза крестцово-подвздошного сочленения и переломах крестца фиксировали канюлированными винтами, реконструктивными мостовидными пластинами.

Перспективным направлением в лечении нестабильных повреждений таза является сочетание методов внешней и внутренней фиксации в виде как одномоментного, так и последовательного их при-

менения. Комбинированный остеосинтез сочетал в себе преимущества объединяемых методов лечения и минимизировал недостатки каждого из них. Стабильная фиксация, как переднего, так и заднего полукольца таза позволяла проводить раннюю активизацию пациентов без риска потери репозиции, что наиболее актуально при политравме.

При изучении результатов лечения повреждений таза нами учитывались тяжесть состояния и повреждения при поступлении, наличие и характер сопутствующих повреждений, развитий осложнений течения травматической болезни, сроки и вид стабилизации переломов и степень восстановления функции. Следует отметить, что нами у 138(74,2%) наблюдениях был получен положительный результат лечения, у 41 больного развились общие и местные осложнения, что потребовало проведения длительного реабилитационного лечения. Летальный исход отмечен в 8 случаях, причиной неблагоприятных исходов послужили осложнения раннего периода травматической болезни (декампенсированный шок, острая кровопотеря, тяжелые повреждения головы, груди и живота)

Заключение. В связи с разносторонними взглядами на основные вопросы диагностики и лечения пациентов с повреждением таза применяемые методы требуют стандартизации, с учетом тяжести повреждения и тяжести состояния нуждаются в четком определении показаний и противопоказаний к оперативному лечению, дополнительной информации о современной технике остеосинтеза таза. Разработка новых, современных малоинвазивных методов лечения данной категории пострадавших позволит получить лучшие функциональные результаты.

ЛЕЧЕНИЕ СЛОЖНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ЛОДЫЖЕК АППАРАТОМ ИЛИЗАРОВА

Дехканов К.М., Мирзаматов Н.И., Омонов Н.Н.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Одним из самых частых внутрисуставных повреждений являются переломы лодыжек, сочетающиеся с повреждением сулично-связачного аппарата. Консервативный метод лечения переломов лодыжек по праву считается основным в современной травматологии. Общественными показаниями к оперативному лечению при этой патологии практически является неудача закрытого одномоментного ручного вправления. Переломы лодыжек встречается весьма часто и составляют от 20 до 22% по отношению ко всем повреждениям костей скелета, а по отношению к костям голени составляет от 40 до 60%. По данным ряда специалистов, не всегда консервативное лечение дает удовлетворительные результаты, наступает вторичное смещение отломков, которые составляют 13–15% у больных со сложными переломами в области голеностопного сустава. Лечение больных с переломами в области голеностопного сустава, у которых не удалось сопоставление отломков и произошло вторичное смещение, нелегкое и ответственное дело.

В отделении экстренной медицины травматологии ФФРНЦЭМП с 2015 по 2019 г. лечилось 178 больных с осложненными переломами лодыжек мужчин – 123 (69,1 %), женщин – 55 (30,9 %); в возрасте 25–55 лет.

Сроки при оперативном лечение составили 7–9 дней. 111 больных лечилось консервативным методом, 67 больных – оперативным путем.

Операция стабильно-функционального остеосинтеза аппаратом Илизарова осуществлялась следующим образом: в асептических условиях под общим обезболиванием чрескожно производятся спицы Кишнера на уровне с/з – н/з голени и монтируется кольцо аппарата Илизарова. Одно свободное кольцо монтируется с помощью стержней, проводится одна спица Кишнера через пяточную кость, накладывается полукольцо. С помощью нижних колец даётся дистанция, после контрольной R-графии с помощью портативного аппарата «АРМАН» и ЭОП, убедившись, что отломки сопоставлены и устранен подвывих стопы, проводится корригирующие спицы.

С упорной площадкой через свободное кольцо двумя спицами-натяжителями дается компрессия в противоположную сторону и устраняется разрыв синдесмоза, неустраненное смещение отломков. При необходимости, проводятся спицы Кишнера с упорной площадкой через обеи лодыжки и монтируются спицы ко второму кольцу. Антибиотикопрофилактика до операции (Роцефин, Линкомицин или Цефолоспорин III–IV покаления) и в течение 3 дней.

В заключение следует отметить, что применение ВКДО – аппарата Илизарова при сложных переломах костей голеностопного сустава даёт полноценную и надёжную фиксацию, позволяет сократить сроки стационарного лечения на 5–7дней.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕДИАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ

Дехканов К.М., Махмудов Н.И., Тухтасинов Х.Т.

Ферганский филиал РНЦЭМП,
Ферганский филиал ТМА

Проблема лечения медиальных переломов шейки бедренной кости (МПШБК) остаётся актуальной проблемой, которая составляет 65–80% от всех переломов пожилых людей и в настоящее время имеет не только медицинское, но и всё больше социально-экономическое значение.

За период с 2016–2019 гг. в травматологическом отделении ФФРНЦЭМ пролечено 236 пострадав-

ших, с медиальными переломами шейки бедренной кости в возрасте от 55 до 80 лет. Женщин было 161 (68,2%), мужчин – 75 (31,8%). Правосторонние повреждения составили 138 (58,5%), левосторонние 98 (41,5%).

Причиной сенильных переломов на фоне остеопороза, в основном, была бытовая травма незначительной силы. Среди сопутствующих заболеваний самыми распространёнными были: гипертоническая болезнь, ИБС, сахарный диабет, болезни бронхо-легочной системы и желудочно-кишечного тракта.

Консервативный метод применили 95 (40,3%) больным, у 32 из которых был вколоченный МПШБК, 42 больных с тяжелыми соматическими состояниями (наличие противопоказаний к оперативным вмешательствам) и 21 больного категорически отказались от оперативных методов лечения.

Малоинвазивные вмешательства применили 141 (59,7 %) больному, от общего числа прооперированных 38 (26,9%) больным произведен остеосинтез двумя спонгиозными канюлированными винтами, остальным 103 (73,1%) больным мы применили остеосинтез пучком спиц.

Операцию производили в операционной под контролем рентгенографии аппаратом ЭОП. После премедикации наркотиками, производили блокаду области перелома 30 мл – 1% р-ром новокаина, инфильтрировали 0,5% р-ром новокаина область введения спиц. Производили репозицию костных отломков шейки бедренной кости путём дистракции, отведения в тазобедренном суставе на 15–20 градусов (для восстановления шеечно-диафизарного угла до 127–130 градусов) и внутренней ротации бедра до угла 45 градусов.

После удовлетворительной репозиции костных отломков и визуализации их в двух проекциях вводили ориентировочные спицы (Илизарова или Сиваша). Затем выключив рентгеновские лучи, дополнительно вводили фиксирующие спицы в количестве 5–6 штук, часть из которых вводили перекрёстно предыдущим, добиваясь тем самым стабильной фиксации костных отломков. Выступающие из кожи концы спиц сгибали и скусывали, а затем погружали под кожу и накладывали асептическую повязку на 4–5 дней. Стопа фиксировалась гипсовым дератационным сапожком.

С целью антибиотикопрофилактики применяли в основном регинальное лимфотропное введение антибиотиков (амикацин, линкомицин, цефалоспорины). С целью подавления костной резорбции и сохранения костной массы (лечение остеопороза) назначали пациентам бисфосфонаты: «Бонвива», «Актонель». «Алентронат» или «Зомета». С целью стимуляции сниженного костеобразования и улучшения качества костной массы назначали препараты кальция и витамина Дз: «Кальцемин сильвер» «Кальций Дз Никомед-форте».

Среди оперированных больных, которым костные отломки фиксировали пучком спиц, результаты лечения изучены у 125 больных. Хорошие результаты, т.е. восстановление способности к передвижению без дополнительной опоры, наблюдали у 57 (45,6%) больных, удовлетворительные результаты у 54 (43,2%) и неудовлетворительные результаты у 14 (11,2%) больных.

Среди больных, которым произведен остеосинтез двумя спонгиозными канюлированными винтами, хорошие результаты наблюдали у 24 (63,2%) больных, удовлетворительные исходы у 12 (31,6%) и неудовлетворительные результаты были у 2 (5,3%) пострадавших.

Выводы. 1. Проблема лечения медиальных переломов шейки бедренной кости всё еще остаётся важной и сложной проблемой современной медицины. 2. Медиальные переломы могут эффективно лечиться при раннем проведении малоинвазивных операций, со стабильно-функциональными методами фиксации костных отломков, соблюдением режима дозирования на повреждённую конечность, при применении препаратов, влияющих на механизмы ремоделирования и увеличение костной массы. 3. Малоинвазивные методы фиксации костных отломков при МПШБК у пожилых людей являются методом выбора и дают возможность больному проводить ранние реабилитационные мероприятия, что является основным фактором предупреждения гипостатических и нейротрофических осложнений. 4. Стабильно-функциональный остеосинтез МПШБК, двумя спонгиозными канюлированными винтами более эффективен и обеспечивает достаточную механическую прочность и компрессию фиксации костных отломков. Хорошие и удовлетворительные результаты получены в 94,7% случаев.

ВНЕШНИЙ КОМПРЕССИОННО – ДИСТРАКЦИОННЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРА КОМБИНИРОВАННЫМ СТЕРЖНЕВЫМ АППАРАТОМ

Дехканов К.М., Мухамадиев А., Омонов Н.Н.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Открытые переломы длинных костей продолжают оставаться одним из наиболее актуальных вопросов травматологии. По многочисленным данным ведущая роль среди открытых переломов в силу тяжести течения, развития различных осложнений принадлежит открытым переломам бедренной кости. Поэтому поиск путей улучшения результатов лечения этой патологии остаётся в центре внимания травматологов.

В травматологическом отделении ФФРНЦЭМ, с целью малоинвазивного внеочагового остеосинтеза открытых переломов бедренной кости, разрабо-

тан комбинированный стержневой аппарат внешней фиксации (Рац. предложение №34 Пат. Вед.РУз. от 31.12.2009 г.), позволяющий осуществлять одномоментную закрытую управляемую репозицию отломков бедренной кости. В качестве внешних конструкций мы использовали набор деталей аппарата Г.А. Илизарова.

Разработанный нами стержневой аппарат состоит из четырёх укороченных дуг или полуколец аппарата Илизарова, восьми фиксационных (диаметром от 4 до 6 мм) и девяти соединительных стержней. Соединяющим элементом между наружной опорой и фиксационным стержнем служит кронштейн с резьбовым хвостиком. Комбинирование деталей аппарата Илизарова и фиксирующих стержней в нашем аппарате даёт возможность проведения оперативных вмешательств на повреждённых конечностях без применения специальных наружных опор. Это позволяет экономить средства для приобретения зарубежных стержневых аппаратов.

Проведение стержней через оба кортикальных слоя костных отломков и крестообразное расположение стержней, фиксируемых в полукольцевых металлических опорах, обеспечивает одинаково стабильную фиксацию костных отломков в двух взаимно перпендикулярных плоскостях, и позволяет обеспечить оптимальные биомеханические условия для регенерации костной ткани в течение всего периода лечения.

При открытых переломах с тяжёлыми повреждениями мягких тканей, одностороннее расположение аппарата на сегменте конечности вне очага повреждения, даёт возможность производить одновременно оперативные вмешательства на мягких тканях и сосудисто-нервных стволах повреждённой конечности нескольким операционным бригадам (травматологов, нейрохирургов, сосудистых хирургов). В послеоперационном периоде наш стержневой аппарат не затрудняет проведения лечебных манипуляций и перевязок.

Отсутствие дополнительной внешней (гипсовой) иммобилизации поврежденной конечности даёт возможность проведения раннего функционального лечения травмированной конечности и создаёт условия для ранней активизации больного.

Операция проводится под общим, спинномозговым обезболиванием. Грубые смещения костных отломков устраняем на репозиционной подставке в операционной до наложения аппарата и производим рентгенографию в двух проекциях.

Техника операции довольно проста и безопасна в том смысле, что практически исключен риск повреждений сосудисто-нервных стволов.

Определяем оптимальные зоны введения стержней в отломки. Производим сверление в каждый из отломков по передневнутренней поверхности большеберцовой кости при помощи электродрели сверлом диаметром 3 мм. Затем ввинчивается в подготовленные отверстия первая пара стержней. Аналогичным образом после просверливания костного канала в каждый из отломков бедренной кости по передненаружной поверхности вводится вторая пара стержней. Таким образом, каждый из отломков фиксирован двумя стержнями, введенными в разных плоскостях, распложенных под углом 70–90 градусов друг к другу. Монтируется аппарат из 4 укороченных дуг или полуколец. Фиксационные стержни фиксируются к полукольцам с помощью кронштейнов с резьбовым хвостиком. Полукольца соединяются между собой посредством трёх соединительных стержней со сплошной нарезкой. Длина соединительных стержней зависит от расстояния между внутренними опорами, располагающимися на каждом отломке. Производят контрольную рентгенографию. Если репозиция отломков достигнута, вводится третья и четвёртая пара стержней в проксимальный и дистальный отломки бедренной кости, с ее передней поверхности, отступя на 7–8 см от линии перелома. Производим рентгеновский контроль положения отломков. Жёсткость фиксации достигается парностью полукольцевых опор, т.е. на каждом отломке должны быть смонтированы по 2 внешние опоры на оптимальном расстоянии между ними. Для достижения стабильной фиксации используется 8 стержней.

Нами изучены результаты лечения у 22 больных с открытыми переломами бедра, имевших обширные (более 5 см длиной) и размозженные раны мягких тканей, которым применена новая методика. Результаты хорошие. Внедрение методики дало возможность усовершенствовать технику операции чрескостного остеосинтеза, сократить время операции и свести до минимума травматизацию мягких тканей. Сочетая периоды полного анатомического и функционального восстановления конечности, наш аппарат позволяет добиваться сокращения сроков стационарного лечения, удобен для больного, обеспечивает комфорт при уходе за больным и позволяет проведение ранней реабилитации пострадавших.

БИЛАК СУЯГИ ТИПИК ЖОЙИДАН СИНИШЛАРИНИ АМБУЛАТОР ШАРОИТДА КАМ ИНВАЗИВ ДАВОЛАШ ТАЖРИБАЛАРИ

Джабберганов А.Р., Уразбаев А.А., Омонбоев С.А.

РШТЁИМ Хоразм филиали

Билак суяги типик жойидан синишлари кўп учрайдиган синиш турларидан ҳисобланиб, тананинг бошқа жойларида учрайдиган синишларга нисбатан 1-ўринда туради ва умумий синишларнинг 12% ни ташкил қилади. Билак суяги типик жойидан синиши кўпинча билвосита травма сабабли юзага келади. Травма механизмига кўра экстензион

(Коллис) синиши – билак-кафт бўғимида ёзилган ҳолатда ва флексион (Смит) синиши – билак- кафт бўғимида букилган ҳолатда шикастланиши натижасида юзага келувчи турлари фарқланади. Бу турдаги синишларни консерватив амбулатор шароитда даволаш унчалик қийинчилик туғдирмаса-да, бироқ унинг иккиламчи силжишлар натижасида юзага келувчи асоратлари муаммо туғдириши мумкин. РШТЁИМ Хоразм филиалининг Травмпостига 2019–2020 йиллар мобайнида 100 нафар бемор билак суяклари типик жойидан синишлари билан амбулатор шароитда даволанди. Улардан эркаклар 70 нафар, аёллар эса 30 нафарни ташкил этади. Шикастланиш бўйича: Коллис типидаги синишлар – 65 нафар, Смит типидаги синишлар – 15 нафар беморда кузатилди. Шунингдек, билак суяги типик жойидан синиши тирсак суяги бигизсимон ўсимтаси билан биргаликда синишлари 20 нафар беморда қайд этилди.

Билак суяги типик жойидан синишларида биз қуйидаги даволаш стандартларини қўлладик.

1. Беморлар мурожаат қилиб келган вақтда шина остида рентгенограмма қилинганидан сўнг суяк бўлаклари орасига новокаин 0,5–1% эритмасида маҳаллий оғриқсизлантирилиб ёпиқ усулда репозиция қилингач, бармоқлар асосидан тирсак бўғимигача гипс лонгета боғлов қўйилди. Экстензион (Коллис) синишларида – иккиламчи силжишларнинг олдини олиш мақсадида гипс лонгета боғловини билак-кафт бўғимидан 25–30 градус гача букилган ҳамда девиация ҳолатида қўйдик. Бу вақтда жароҳат соҳасидаги шиш унча катта бўлмаганлиги учун репозиция осон ва самарали бўлди. Репозициянинг тўлиқ бўлиши суяк ичи гемодинамикасининг тез тикланишини таъминлайди ва жароҳат атрофидаги перифокал шишларнинг олдини олади.

2. Гипс лонгета боғлов қўйилгандан сўнг қайта назорат рентгенограммаси қилиниб, суяк бўлаклари туриши ҳолати ўрганиб чиқилди. Суяк бўлакларининг йўл қўйса бўладиган силжишлари (суяк кўндаланг диаметрининг 1/3 қисмигача силжиган ҳолати) қайта репозиция қилишга имкон туғдирмайди. 6–7 кундан сўнг қайта назорат рентгенограмма қилиниб, суяк бўлакларининг туриши ҳолати кўрилади ва циркуляр ҳолатда гипс боғлов қўйилади. Қачонки 2 марта ёпиқ репозициядан сўнг назорат рентгенограммада суяк бўлакларининг қониқарсиз ҳолатдалиги, юмшоқ тўқималарни ва суяк парчасини суяк бўлакларо интерпозицияси оператив давога кўрсатма ҳисобланади.

Юқорида қайд этилган беморлар натижалари таҳлил қилинганда, деярли барча беморларда яхши натижалар кузатилди. Шикояти йўқ, синиқ соҳасида деформация йўқ, функцияси тўлиқ тикланди. Фақатгина 2 та беморда гипс боғламини эрта муддатда олиб ташлаганлиги ва травматолог назоратида бўлмаганлиги сабабли иккиламчи силжиш қайд этилиб, Зудек синдроми асоратига олиб келган.

Хулоса. Билак суяги типик жойидан синишларини ўз вақтида репозиция қилиб, гипс боғламининг шакли силжиган суяк бўлакларига қараб белгиланса, иккиламчи силжишлар ҳамда перифокал шишлар натижасида юзага келувчи асоратлар камаяди.

АТРАВМАТИЧНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЧРЕЗМЫЩЕЛКОВЫХ И НАДМЫЩЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Еримбетов Д.А., Наубетов Д.Д., Торемуратов С., Наубетов С.Д.

Каракалпакский филиал РНЦЭМП

Проведённый статистический анализ детского травматизма показывает, что переломы костей верхних конечностей (ПКВК) встречаются в 2 раза чаще, чем нижних. Наиболее частой локализацией ПКВК у детей является дистальный отдел плечевой кости. Установлено, что ПКВК чаще всего сопряжены с нетяжёлыми видами травм и в большинстве случаев встречаются при банальных обстоятельствах: падение в быту, на улице и спортплощадке.

При лечении ПКВК у детей предпочтение отдавалось наиболее щадящим методам, не усугубляющим расстройства крово- и лимфообращения в повреждённой конечности и характеризующимся минимальным риском развития осложнений.

Целью настоящей работы явилось применение атравматических методов лечения переломов дистального отдела плечевой кости (ПДОПК) у детей.

В период с 2018 по 2019 г. на стационарном лечении в отделении сочетанных травм Каракалпакского филиала РНЦЭМП находилось 195 пациентов детского возраста с ПДОПК: мужского пола – 108 (55,4%); женского – 87 (44,6%). У всех пациентов был применён атравматический метод оперативного лечения под контролем электронно-оптического преобразователя (ЭОП). При чрезмыщелковых переломах плечевой кости у 94 (48,2%) пациентов в день поступления произведена одномоментная репозиция костных отломков и диафиксация спицами, причём у 31 (32,9%) из них с надкожным оставлением концов спиц. Локтевой сустав иммобилизировался задней гипсовой лонгетой сроком до четырёх недель. У 8 (4,1%) пациентов с чрезмыщелковым и надмыщелковым переломами плечевой кости под адекватным комбинированным обезболиванием произведены одномоментная репозиция костных отломков и наложение задней гипсовой лонгеты. У 93 (47,7%) пациентов со значительными смещениями костных отломков под внутривенным кетаминовым обезболиванием произведена операция – закрытая репозиция костных отломков и закрытый чрезкостный остеосинтез аппаратом Илизарова. У 24 (25,8%) пациентов в возрасте 16–

17 лет иммобилизация аппаратом Илизарова продлевалась до двух месяцев, после чего проводилась ЛФК локтевых суставов. У 70 (75,3%) пациентом до 14 лет остеосинтез аппаратом Илизарова продлевался до 4 недель, после чего проводилась разработка движений в локтевом суставе. Все пациенты были активизированы на 2 сутки после операции и уже к 5–7 дню могли двигаться самостоятельно, и к этому времени обычно выписывались на амбулаторное лечение. У 15 (8%) пациентов наблюдалось контрактура локтевого сустава.

Таким образом, атравматический метод лечения чрезмыщелковых и надмыщелковых переломов плечевой кости является наиболее функциональным у пациентов детского возраста. В реабилитационном периоде у всех детей отмечено полное восстановление функции локтевого сустава.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

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

Каракалпакский филиал РНЦЭМП

В 2018–2019 гг. в отделении сочетанной и осложненной травмы Каракалпакского филиала РНЦЭМП лечились 92 пострадавших с сочетанной травмой (СТ) (из них: взрослых – 72 (78,3%) и детей – 20 (21,7%); мужского пола – 70 (76,1%) и женского – 22 (23,9%). Возраст пациентов колебался от 10 до 76 лет. Вид травматизма у пострадавших: бытовая травма – 15(16,3%), дорожно-транспортное происшествие – 60 (65,2%) и кататравма – 7 (18,5%). Обращение пациентов: самотёком – 50 (54,3%) и по линии скорой медицинской помощи – 42 (45,7%). Травматический шок наблюдался при поступлении у 80 (86,9%) пострадавших с СТ, из них: с лёгкой степенью тяжести – 17 (21,2%), средней – 25 (31,3%) и тяжёлой 38 – (47,5%). Зачастую пострадавшие с СТ поступали в стационар в тяжёлом шоковом состоянии, что затрудняло выяснение обстоятельств и механизма травмы. Отсутствие сознания и вынужденное положение пациентов затрудняло проведение тщательного медицинского обследования.

Целью настоящей работы явилось проведение статистического анализа результатов лечения 92 пострадавших с СТ в период с 2018 до 2019 гг. У 85 (92,4%) пациентов диагностированы переломы костей конечностей (ПКК) (из них: одного сегмента – 29 (34,1%); двух и более – 43 (50,6%), у 7 (8,2%) – переломы костей таза и у 6 (7,1%) – различные виды внутричерепных гематом (ВГ).

Согласно принятому стандарту лечения СТ при оказании экстренной медицинской помощи пострадавшим использовалась индивидуальная тактика, учитывающая возраст пациента и тяжесть его состояния. В большинстве случаев применялись атравматические методы лечения.

У 16 (17,4%) пострадавших наблюдались переломы костей верхних конечностей: ключицы – у 7 (7,4%), плечевой кости – у 5 (5,4%) и костей предплечье – у 4 (4,3%). У большинства пациентов применялись атравматические методы оперативного лечения под контролем ЭОП. При переломах хирургической шейки плечевой кости производилась репозиция костных отломков под контролем ЭОП с остеосинтезом пучком спиц.

Однако при оскольчатых переломах обеих бедренных костей была произведена одномоментная операция под интубационным наркозом – открытая репозиция костных отломков с интрамедуллярным остеосинтезом обеих бедренных костей штифтом и дополнительной их фиксацией серкляжными проволоками.

У 5 больных с оскольчатыми переломами диафиза бедренной кости и обеих костей голеней была произведена открытая репозиция бедренной кости с интрамедуллярным остеосинтезом штифтом, внеочаговый компресионно-дистракционный остеосинтез (ВКДО) костей одной голени аппаратом Илизарова и закрытая ручная репозиция костных отломков костей другой голени под контролем ЭОП с остеосинтезом пучком спиц.

У 2 больных с двойным переломом бедренной кости, переломом надколенника и переломом обеих костей предплечий произведены операции – закрытая репозиция костных отломков с интрамедуллярным остеосинтезом штифтом ЦИТО бедренной кости через коленный сустав, закрытая репозиция костных отломков с остеосинтезом шейки бедренной кости пучком спиц, закрытая репозиция костных отломков с интрамедуллярным остеосинтезом обеих костей предплечья спицами под контролем ЭОП и открытая репозиция костных отломков со сшиванием надколенника п-образными кисетными швами.

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

5 пострадавшим с различными видами внутричерепных гематом, подтверждённых при помощи компьютерной томографии, произведена трепанация черепа в экстренном порядке (в первые 6 часов после получения травмы).

Все пациенты активизировались на 5–7 сутки после операции и, как правило, начинали двигаться при помощи средств опоры на 14–21 день и выписывались на амбулаторное лечение. У оперированных больных пролежней, пневмоний, тромбоэмболий легочной артерии не отмечено, а флеботромбозы составили только у 2 больных.

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

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ СКОЛИОЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ

Жуманазаров Л.У., Махкамов Т.Т.

Республиканский центр детской ортопедии

Хирургическая коррекция деформаций позвоночника сопряжена с риском неврологических осложнений до 2% (Reames D.L.). При тяжелых формах (более 90°) риски проявлений неврологического дефицита на фоне применения более агрессивных методик коррекции (значимая дистракция, применение вариантов остеотомии) увеличивается до 16,6%, из которых до 50% случаев со стойким неврологическим дефицитов (Bradford et al, 1997; Suk et al, 2005; Lenke et al, 2009). Одним из факторов мониторинга состояния проводниковой функции спинного мозга во время операции является интраоперационный нейрофизиологический мониторинг (El-Hawary, Sucato et al. 2006; Wilson-Holden, Lenke et al. 2001).

Целью нашего исследования является анализ результатов хирургического лечения сколиоза различной этиологии у детей с применением нейрофизиологического контроля.

Дизайн: анализ ретроспективной моноцентровой когорты типа случай-контроль. Уровень доказательности – 4 (Описание серии случаев (описательная статистика) или исследования плохого качества: когортные, случай-контроль, UK Oxford, версия 2009).

Материал и методы. В отделении патологии позвоночника Республиканского центра детской ортопедии выполнен анализ результатов хирургической коррекции сколиотический деформации позвоночника различной этиологии у 61 пациента, лечившихся с 2016 по 2021 год. Гендерное соотношение девочек и мальчиков – 52:9. Средний возраст пациентов составил – 15,5 года (от 13 до 18 лет) с превалированием пациентов подросткового возраста (13–14 лет – 43 пациента, старше 14 лет – 18). Всем пациентам выполнена дорзальная инструментальная коррекция деформации позвоночника крюковыми или гибридными (с использованием ламинарных, педикулярных крюков и транспедикулярных винтов), дополненная задним спондилодезом. Резекция горба применялась у 40 больных. У 21 больного из-за выраженной деформации и ригидности вмешательство было разделено на 2 этапа с выполнением переднего релиза на первом этапе лечения.

Когорта больных разделена на 2 группы: основную – 45 пациентов, у которых хирургическая коррекция была выполнена под интраоперационным нейрофизиологическим контролем и контрольную – 16.

У 26 больных проводились электромиографические, спирометрические методы исследования.

У 16 больных первичная дуга искревления –поясничная левосторонняя, у 11 – левосторонняя грудная, у 34 больных грудно-поясничная правосторонняя. Варианты идиопатического сколиоза констатированы у 38 больных, врожденный – у 23. У 13 больных на фоне тяжелого типичного идиопатического сколиоза выявлен гиперротационный кифоз в грудном отделе. У 15 больных деформация была декомпенсированная. Величина исходной сколиотической дуги варьировала от 480 до 1450, а кифоза от 460 до 960 (использовался метод Кобба). При неврологическом обследовании 18 больных обнаружены (основном при врожденном сколиозе) различные изменения, которые потребовали неврологического контроля во время операции.

У 52-х больных проводились МРТ и КТ-исследования позвоночного столба.

При коррекции позвоночника применялись рамочные конструкции Белорусского производства. Одномоментная коррекция деформаций, задний спондилодез с 2-х сторон, резекция горба применялась у 40 больных. У 21 больного из-за выраженной деформации и ригидности операции проводились в 2 этапа.

В контрольной группе без применения нейрофизиологического контроля изучалось 20 больных во время и послеоперационном периоде. При этом во время операции для профилактики неврологического осложнения применяли «тест пробуждение». Несмотря на отрицательную пробу у 2 больных отмечался парез кишечника и мочевого пузыря, а у 2 больных на следующий день после операции появились признаки тракционной миелопатии в виде паралича нижних конечностей с нарушением функции тазовых органов. Все признаки осложнений больных постепенно исчезали после соответствующего лечения. В последнее время мы начали применять неврологический контроль с начала операции у 15 больных. Интраоперационный неврологический контроль дал нам возможность максимальной коррекции позвоночника и безопасное введение транспедикулярных винтов.

Результаты. Величина исходной сколиотической дуги варьировала от 480 до 1450, а кифоза от 460 до 960 (использовался метод Кобба). Мобильность деформации составила в среднем 400. Полученная коррекция общего угла составила в среднем 600. Минимальная коррекция общего угла 300, максимальная – 1100. Величина кифоза у больных

с кифосколиозом составляла до операции от 450 до 1080, после операции в среднем 500. В результате операции у наших больных баланс туловища был сохранен, рост больных увеличился от 8 до 14 см. Больные начали ходить на 6–7 день после операции без жестких корсетов. Неврологических осложнений не наблюдали. Из послеоперационных осложнений мы наблюдали такие, как свищ – у 1, нестабильность конструкции – 2, краевой некроз раны – у 4 больных (после соответствующего лечения осложнение было ликвидировано). Послеоперационная потеря коррекции составила в среднем 200. Неврологический контроль на всем протяжении операции дает нам получить максимальную коррекцию деформации позвоночника и даже при гиперкоррекции снизить неврологические осложнения до минимума.

Выводы. Интраоперационное применение нейрофизиологического контроля дает возможность контролировать проводимость нервов, тем самым предупреждая такие осложнения, как повреждения спинного мозга, парез и нейропатия нервов конечностей.

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПЯТОЧНОЙ ШПОРЫ

Ирисметов М.Э., Шокиров А.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии

Синдром пяточной шпоры считается основной причиной развития болевого синдрома в проекции плантарной поверхности пяточной области. Лечение синдрома пяточной шпоры требует проведения целого ряда консервативных физиотерапевтических лечений, направленных на нормализацию биомеханики стопы и уменьшение воздействия повреждающего механического фактора, применение комплекса лечебной физкультуры и специальных ортезов. Для облегчения боли вводят инъекционные растворы кортикостероидов, а также назначают нестероидные противовоспалительные препараты, также применяют различные биоматериалы. При отсутствии положительного результата от консервативной терапии методом выбора является оперативный метод лечения. На сегодняшний день описано несколько методик оперативного лечения: релиз нервных структур в пяточной области, резекция пяточной шпоры, открытая, перкутанная.

Нами предлагается малоинвазивный хирургический метод лечения пяточной шпоры – удаление костного оссификата. При данном методе лечение делается разрез размером 0,5 см на медиальной и латеральной поверхности пяточной области, примерно в 1 см дистальнее места прикрепления подошвенной фасции. С латерального разреза вводится эндоскоп, с медиального вводится шейвер, производится полость в области шпоры. После костным буром удаляется шпора. Промывается физиологическим раствором. Далее накладываются швы на раны. Производится гемостаз, рана зашивается. Пациентам рекомендуется ходить на следующий день после операции. Швы удаляются через две недели после операции.

Малоинвазивный доступ для пяточной шпоры позволяет заметно сократить сроки послеоперационной реабилитации по сравнению с использованием традиционных методик оперативного лечения.

При малоинвазивном доступе значительно сокращается продолжительность операции без отрицательного влияния на ее, уменьшается болевой синдром, сокращаются сроки реабилитации и улучшаются послеоперационные результаты.

Вывод. Предлагаемый способ малоинвазивного метода удаления пяточной шпоры не будет иметь риска повреждения магистральных сосудов и нервов. Поскольку в зоне оперативного действия присутствуют только терминальные кровеносные сосуды и конечные ветви нервов, и даже их повреждение не будет влиять на функциональный результат.

БОЛАЛАРДА БИЛАК СУЯКЛАРИ ДИАФИЗАР СИНИШЛАРИНИ ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ТИЗИМИДА ДАВОЛАШ ТАЖРИБАЛАРИ

Исмоилов А.В.

РШТЁИМ Фарғона филиали

Болаларда билак суяклари синишлари тананинг бошқа жойида учрайдиган синишларга нисбатан кўп учрайди. (В.В. Гориневский 25,2%, Д.К. Языков 29,7%). Булардан билак суякларининг диафизар синишлари 40,0–65,2% гача учрайди.

2017–2019-йиллар давомида РШТЁИМФФ шошилинч травматология бўлимида болалардаги билак суяклари диафизар синишлари билан жами 178 та беморлар ётиб даволанган. Булардан ўғил болалар – 127 та (71,3%), қиз болалар – 51 та (28,7%).

Беморларни аввало келган вақтда синган суяк бўлаклари орасига новокаин 1% эритмасида маҳаллий огриқсизлантириш остида, ёпиқ усулда репозиция қилиниб, бармоқлар учидан то елка ўрта 1/3 гача тирсак бўғими 90 градус остида гипс лонгета боғлов кўйилди. Бу вақтда жароҳат соҳадаги шиш унча катта бўлмаганлиги учун репозицияни осон ва самарадорлиги юқори бўлишини таьминлади. Репозициянинг тўлиқ бўлиши, суяк ичи гемодинамикасини тез тикланиши ва жароҳат атрофидаги кучайиб борувчи перифокал шишларни олдини олади. Гипс лонгета боғлов қўйилгандан сўнг қайта контроль рентгенограмма қилиниб, суяк булакларини туриш ҳолати ўрганиб чиқилди. Суяк бўлакларининг йўл қўйса бўладиган силжишлари: суяк бўлакларини кўндаланг диаметри

бўйича 1/3 қисмигача ва 10–15 градус бурчак остида силжиган ҳолати бўлиб, даволаниш жараёнида суяк ўқи тўғриланиши кузатилди. 5–6 кундан сўнг қайта контроль рентгенограмма қилиниб, суяк бўлакларини туриш ҳолати кўрилди ва циркуляр ҳолатда гипс боғлов қўйилиб, амбулатор даволаниш учун чиқарилди.

Оператив даво, қачонки 2 марта ёпиқ репозициядан сўнг контроль рентгенограммада суяк бўлакларининг қониқарсиз ҳолатдалиги, асоратли, очиқ синишлар, юмшок тўқималарни ва суяк парчасини суяк бўлакларо интерпозицияси операцияга кўрсатма ҳисобланди. Марказимизда асосан билак суяклари очиқ усулда интрамедуляр металлоостеосинтез ва ёпиқ ўчоқсиз Илизаров аппаратида остеосинтезлаш операциялари ўтказилди.

2017–2019-йиллар давомида марказимизда болаларда билак суяклари диафизар синишлари билан консерватив усулда 149 та (83,7%), оператив йўл билан 29 (16,3%) та беморлар даволандилар. Операция қилинган беморларда интрамедулляр металлоостеосинтез 21 та, Илизаров аппаратида ўчоқсиз остеосинтез 8 та бажарилди. Оператив даволанган барча беморларда операция жароҳатлари бирламчи битди, иккиламчи асоратлар кузатилмади ва қўл функцияси тўлиқ тикланди.

Хулоса: Болаларда репозицияни қисқа муддатларда ва тўлиқ ўтказилиши, суяк ичи гемодинамикасини тез тикланишини таъминлайди, перифокал шишлар кучайишини олдини олади, шифохонада ётиб даволаниш муддатини камайтиради. Бу эса суяк қадоғини тез ва мустаҳкам бўлишига олиб келади.

ОСОБЕННОСТИ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ПОСТРАДАВШИХ ПОЛИТРАВМОЙ

Кадиров Р.С., Соипов Р.Р., Курбонов Ш.Р., Ражапов Н.А., Исмаилов А.К., Гулямов С.С., Кодиров Р.Р.

Ташкентский областной филиал РНЦЭМП, Ташкентский педиатрический медицинский институт

Под нашим наблюдением находилось 67 пострадавших с политравмой. У всех регистрированы переломы плечевой кости в сочетании с другими повреждениями.

По тяжести травмы больные были разделены на три группы:

1 группа: 28,4% пострадавших – переломы плечевой кости+ Закрытая Черепно-мозговая травма (ЗЧМТ), Сотрясение головного мозга (СГМ). Переломы костей кисти и стопы. Это группа индексом Injury Severity Score (ISS). Состояние расценено как средней степени тяжести 10–16 баллов.

2 группа: 31,3% пострадавших – переломы плечевой кости+ ЗЧМТ. Ушиб головного мозга легкой степени. Переломы костей предплечья и голени. Травматический шок I–II степени. Индекс ISS состояние тяжелой степени 17–25 баллов.

3 группа: 40,3% пострадавших. Индексом ISS – состояние крайне тяжелое 26–40 баллов. У этих больных, кроме перелома плечевой кости, установлены ЗЧМТ. Ушиб головного мозга средней степени (23,8% больных) и ушиб головного мозга тяжелой степени (у 16,4% больных), переломы бедренной кости и костей голени, травматический шок II–III степени.

В приемном отделении после осмотра смежных специалистов и соответствующих инструментальных и лабораторных обследований больные 1-ой группы были госпитализированы в отделение сочетанной травмы с нейрохирургией, а пострадавшие 2–3 группы сначала в шоковый зал, в последующем в реанимационное отделение.

Больные 1-ой группы по поводу перелома плечевой кости оперированы на 2–4 сутки после травмы. Больным с переломами проксимального и дистального эпиметадиафиза выполнен остеосинтез пластинами LCP (Locking Compression Plate – блокирующаяся компрессирующая пластина) 17,9% больных. При переломах диафиза плечевой кости произведен БИОС 10,4% больных.

Пострадавшим из 2-ой группы остеосинтез плечевой кости произвели, после выведения из шока и лечения ЧМТ, на 7–9 сутки после полученной травмы. При переломах метадиафиза – экстрамедуллярный остеосинтез пластинами LCP произведен 13,4% больным, при переломах диафиза – БИОС у 5,9% больных, интрамедуллярный штифт с «П»/«8» образными швами из танталовой проволоки произведен 11,9% пострадавшим.

Пострадавшие из 3 группы оперированы по поводу перелома плечевой кости на 12–15 сутки после выведения из шока и лечения ЧМТ. У 20,9% из 40,3% больных диагностированы вдавленные переломы костей свода черепа, у 19,4% внутримозговая гематома.

Все переломы плечевой кости оперированы мало травматическими методами – проксимальные концы спицами Илизарова Г.А. у 8,9% пострадавших. Дистальные концы аппаратом Илизарова Г.А. у 7,5% больных. В 23,9% больным произведен комбинированный интрамедуллярный остеосинтез штифтом с «П»/«8» образными швами из танталовой проволокой, при диафизарных переломах.

Таким образом. Проблема хирургической тактики в отношении скелетных повреждений при политравме является одной из ключевых и далека от окончательного разрешения.

Операция не должна являться дополнительной агрессией, ухудшающей состояние травмированного.

При политравме предпочтение отдают малоинвазивным технологиям: внеочаговый остеосинтез, блокирующий интрамедуллярный остеосинтез, пластины с угловой стабильностью, которые не усугубляют тяжесть состояния и могут применяться на реанимационном этапе лечения.

ОРГАНИЗАЦИЯ И СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ ТРАВМОЦЕНТРА ПЕРВОГО УРОВНЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ ТАЗА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Кажанов И.В., Дулаев А.К., Микитюк С.И., Колчанов Е.А., Тулупов А.Н., Пахарев И.В., Рядноv А.А., Бесаев Г.М., Петров А.В., Ильиных А.В., Мануковский В.А.

ГБУ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург, ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ

В развитых странах мира тяжелые сочетанные и множественные повреждения среди причин летальности после заболеваний сердечно-сосудистой системы и злокачественных новообразований находятся на третьем месте, а у людей моложе 40 лет уверенно стоят на первом. В Санкт-Петербурге более чем 3/4 пострадавших политравму получают при дорожно-транспортных происшествиях (ДТП). Летальность при сочетанной травме таза, сопровождающейся травматическим шоком и острой кровопотерей, даже в хорошо оснащенных и укомплектованных высококвалифицированным медицинским персоналом стационарах составляет 15,0%, а при условии гемодинамической нестабильности пострадавшего возрастает до 45–60%, что объясняется продолжающимся массивным внутритазовым кровотечением. Среди пострадавших преобладают лица трудоспособного возраста и сохраняется большой процент наблюдений с неудовлетворительными результатами лечения, с чем связан значимый социально-экономический ущерб. В настоящее время возникает необходимость усовершенствования организации и ресурсного обеспечения травмоцентра первого уровня.

Цель. Улучшить результаты лечения пострадавших с сочетанной травмой таза (СТТ) в условиях травмоцентра первого уровня Санкт-Петербургской городской агломерации путем внедрение современных организационных и лечебно-диагностических технологий, повышение качества и доступности специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Материалы и методы. Для достижение поставленной цели был проведен сравнительный анализ лечения 1069 пострадавших с СТТ, поступивших в травмоцентр первого уровня с 2010 по 2019 год непосредственно с места происшествия или переведенных из других лечебных организаций. Объективно проведено разделение на два временных периода с 2010 по 2014 год (I период) и с 2015 по 2019 год (II период) с формированием соответствующих групп (основная и сравнения) пострадавших с различными подходами к лечению СТТ. Второй период характеризовался внедрением в практику современных методов лучевой диагностики и инновационных способов хирургического лечения травм таза (малоинвазивный остеосинтез канюлированными винтами и транспедикулярными системами), инвазивных (тампонада таза) и эндоваскулярных методик хирургического гемостаза в остром и последующих периодах травматической болезни. Провели анализ летальности пострадавших при травмах тазового кольца за эти периоды времени. Эффективность организация оказания специализированной хирургической помощи пострадавшим с СТТ оценивали по показателям летальности, длительности пребывания в стационаре и (койка-день, дней на койке в стационаре, дней на койке в реанимации), частоте развития осложнений, в том числе сепсиса и пневмонии.

Результаты. В основной группе применение современных методов диагностики и инновационных методов хирургического лечения в острый период травматической болезни положительно отразилось на исходах лечения пострадавших с СТТ. Использование современных методик позволило снизить в основной группе по отношению к группе сравнения койка-дни с 2884 до 2842,2, проведенные дни на койке в реанимации с 11,56±14,08 до 5,76±9,44, проведенные дни на койке в стационаре с 34,92±28,96 до 29,84±21,76, летальность при СТТ от общей структуры летальности при политравме с 40,4 до 26,2%, летальность в острый период травматической болезни при СТТ от общей летальности при политравме в острый период с 56,4 до 34,8 %, летальность в период наибольшей вероятности осложнений травматической болезни при СТТ от общей летальности при политравме в период наибольшей вероятности осложнений 32,4 до 21,4%, частоту развития инфекционных осложнений с 51,4 до 34,5%, частоту развития неинфекционных осложнений (жировая эмболия, ТЭЛА, тромбоз глубоких вен нижних конечностей и т.д.) с 23,6 до 15,6%, частоту развития пневмоний с 23,6 до 18,1%, частоту сепсиса с 10,3 до 7,3%.

Выводы. Благодаря использованию комплекса современных инструментальных методов лучевого исследования, передовых специализированных, в том числе высокотехнологичных, видов хирургической помощи, а также собственных инновационных разработок в анализируемых группах летальность при сочетанной травме таза удалось снизить почти

в 2 раза, а в острый период травмы в 1,6 раза, сократить продолжительность лечения в 1,3 раза, частоту развития инфекционных и неинфекционных осложнений в 1,5 раза, уменьшить частоту развития пневмоний в 1,2 раза, сепсиса в 1,4 раза.

АНАЛИЗ ОШИБОК И ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ БЛОКИРУЮЩЕМ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ

Каримов Х.М., Хошимов А.Р., Кобилов Р.К., Холматов Б.У., Давронов А.А.

Центр развития профессиональных медицинских работников

Ортопедическая и травматологическая патология занимает второе место в мире после сердечно-сосудистых заболеваний и первое место среди причин нетрудоспособности и первичной инвалидности. Степень тяжести травм, ошибок и осложнений, возникающих в процессе лечения, в основном ухудшают результаты лечения и затрудняют реабилитацию пострадавших. Такие ошибки допускаются на всех этапах лечения, чаще всего возникают на фоне значительной степени тяжести травмы и составляют в структуре первичной инвалидности от 20 до 32%.

В настоящее время блокирующий интрамедуллярный остеосинтез (БИОС) при диафизарных переломах имеет право считаться классическим методом лечения переломов длинных трубчатых костей. Следует отметить, что данный метод лечения позволил 91% пациентов получить положительный результат

Ошибки технического характера при БИОС – самая распространенная группа, из-за разнообразия клинических ситуаций, недостаточности технических поддержек во время операций, отсутствия электронно-оптического преобразователя (ЭОП), выбранного типа имплантата, способа выполнения (закрытый или открытый), степени достижения репозиции, наличия костных фрагментов – создает значительное количество вариантов технических ошибок.

В литературе подробно описаны следующие осложнения в процессе лечения БИОС: абсцесс операционной раны, отсроченная консолидация, неправильное сращение, псевдоартроз, раздражение мягких тканей в месте расположения фиксатора, перелом металлических конструкций, образование ложного сустава, синдром дебриса, компартмент-синдром, остеомиелит, послеоперационный флебит нижней конечности. Как видно из вышеизложенного, нет единственной причины развития осложнений, следовательно, не может быть одной меры чтобы предотвратить их. Однако уравновешенный, обдуманный подход к диагностике, выбору тактике лечения и выполнение адекватных оперативных вмешательств может быть основным способом решения существующих проблем.

Цель исследования. Целью данной работы является изучение клинических проявлений ортопедических осложнений у пациентов, которым был выполнен БИОС.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели нами изучены клинические проявления и результаты инструментальных методов исследования (рентгенография, МРТ, денситометрия), также были проанализированы результаты оперативного лечения 21 больного (6 больных с перелом плечевой кости, 8 – бедренной кости, 7 – большеберцовой кости) разного возраста с осложнениями после БИОС в РесЦНПМЦТиО МЗ РУз за период 2018–2020 гг. Пациенты были в возрасте от 24 до 55 лет (в среднем 41±3,2). В результате этих исследований были выявлены следующие осложнения: перелом импланта – у 3 больных, несросшийся перелом – у 5, ложный сустав – у 11, замедленная консолидация – у 3 больных.

Результаты. В результате анализа осложнений выявлены технические ошибки: неправильный выбор размера стержня или стопорных винтов, неправильная точка установки стержня, неправильный выбор метода остеосинтеза (открытого или закрытого), неправильный срок динамизации стержня. Также у этих больных упущены объективные и субъективные факторы, такие как тип и степень сопутствующей патологии, нарушение гормонального гомеостаза, неправильный режим нагрузки (ранняя или поздняя) и нарушение ортопедического режима.

Выводы. БИОС считается минимально инвазивным методом, который имеет определенные преимущества перед другими хирургическими вмешательствами, оптимизирующий время консолидации, улучшающий результаты и качество жизни пациентов во время лечения, позволяет пациентам активизироваться практически с первых дней. Для достижения хороших результатов в лечении пациентов с использованием метода БИОС необходимо придерживаться четких показаний, детально составить план операции, правильно подобрать металлоконструкцию, придерживаться интервенционной техники. Знание типичных тактических ошибок и соблюдение метода БИОС может снизить количество неудовлетворительных анатомических и функциональных результатов и избежать осложнений.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ ВЕРТЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Кодиров Р.Р.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии

Вертельные переломы составляют от 3 до 6% среди переломов костей скелета и более половину переломов проксимального отдела бедренной

кости. Большинство таких переломов возникают у лиц пожилого и старческого возраста в результате низкоэнергетической травмы, как правило, при падении в быту, и требуют стационарного лечения. Приблизительно с одинаковой частотой встречаются переломы шейки бедренной кости и переломы вертельной области.

За период 2017–2018 годов в отделении «Взрослой травматологии» РСНПМЦТиО поступили 156 пациентов с вертельными переломами бедренной кости. Возраст больных колебался от 18 до 81 года. Из них 79 больным проводилось консервативное лечение из-за тяжелого соматического состояния или отказа по разным причинам от оперативного вмешательства.

77 больным проводился хирургический метод лечения. 45 пациентам оперативное вмешательство выполнено в течение первых трех суток после травмы. 19 больных были оперированы в сроки от 4 до 7 суток после получения травмы. Остальным 13 пациентам операции проводились через 8–10 суток, после купирования тяжелых признаков сопутствующих заболеваний, таких как илеофеморальный тромбоз нижних конечностей, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца.

В зависимости от локализации переломов проводились операции с применение различных металлоконструкций: при чрезвертельных и межвертельных переломах был произведен остеосинтез пластиной клиники (45 пациентов), при подвертельных переломах произведен блокируемый интрамедуллярный остеосинтез (32 больных).

На 7–9 сутки со дня оперативного вмешательства, после стихания болевых синдромов больным разрешали двигаться, не нагружая оперированную конечность. Всем больным в спектр медикаментозной терапии включали антикоагулянты. Через 3–4 недели после оперативного вмешательства больным разрешали ходить с постепенным, дозированным увеличением нагрузки тела на оперированную конечность.

Отдаленные результаты изучены у всех 77 оперированных больных в сроки до 3 лет. Для оценки исходов лечения воспользовались трехбалльной системой. Хороший исход (отсутствие жалоб, сращение отломков в сроки, восстановление функции конечности и трудоспособности больного) получен у 43 пациентов (56%), удовлетворительный результат (сращение отломков в положении допустимого смешения, ограничение движений в тазобедренном и коленном суставе, укорочение оперированной нижней конечности до 2 см, частичная потеря трудоспособности больного) получен у 17 больных (22 %), неудовлетворительный результат (замедленное сращение или несращение перелома, резкое нарушение функции поврежденной конечности, потеря трудоспособности и выход на инвалидность) получен у 17 (22 %) больных. В 9 случаях из 17 больных, у которых определен неудовлетворительный результат, в течение первого года со дня операции наблюдались перелом или миграция металлоконструкций. Им произведен реостеосинтез. Причины перелома и миграции конструкции изучается.

Таким образом, при лечении вертельных переломов бедренной кости основная цель лечения должна заключаться в сохранении жизни и ранней активизации больных. Учитывая, что такие переломы часто встречается у пожилых людей, оперативные вмешательства должны проводиться в максимально короткие сроки с целью ранней активизации пациентов и профилактики ухудшения общего состояния больных.

РОЛЬ ГАЛО АППАРАТА ПРИ ТРАВМАХ АТЛАНТА И АКСИСА

Кузиев О.И., Тожиев М.Т., Ашуров И.С., Аминов М.А.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Литература, касающаяся различных моделей травм атланта и аксиса и их надлежащего лечения, а также прогрессивного развития в лечении этих травм, в настоящее время скудна, поэтому мы представляем здесь наш опыт лечения этих травм с помощью применения Гало аппарата.

Материалы и методы. В период с 2012 по 2020 г. в экстренном нейрохирургическом отделении ФФРНЦЭМП было пролечено с помощью Гало-аппарата 47 больных с сочетанном и изолированном повреждениям атланта и аксиса. Из них мужчин – 38 (80,9%), женщин – 9 (19,1%). Возраст пациентов от 18 до 72 лет, в среднем 38±16,8 год. По механизму травмы преобладали дорожно-транспортные происшествия – 20 (42,6%) случаев. Катамнез пациентов делилось в среднем в течение 24 месяцев. Данные были проанализированы в отношении типа травмы и использования Гало-аппарата для лечения этих травм. Интенсивность болевого синдрома оценивали по шкале ВАШ, функций спинного мозга по шкале ASIA/ISCSCI (от степени А до степени Е), амплитуду движений в шейном отделе согласно бальной шкале AAOS и рентгенологическим результатам.

Результаты. Выраженный болевой синдром в состоянии покоя у 47,2% и возникающий при легкой физической нагрузке у 49,4% больных. Легкая боль в шее была только у 3,4% больных. У 85,7% пациентов переломы атланта и аксиса были не осложненными (степень Е по шкале ASIA). Степень В по шкале ASIA была у 3,3% пациентов, степень С – в 8,8% наблюдениях, степень D – у 2,2% пострадавших.

При рентгенологическом исследовании у 6 (12,8%) пациентов выявлен перелом атланта с

суммарным расхождением латеральных масс атланта относительно латеральных масс аксиса более чем на 8,1 мм. Повреждения зубовидного отростка аксиса отмечались у 35,7% и травматического спондилолистеза аксиса тип I – у 42,8%.

Всем 47 пациентам накладывали Гало-аппарат по стандартной методике, после чего производили дозированную диссракцию с целью устранения смещения костных фрагментов.

Пациенты после операции в первые сутки переведены в вертикальное положение. Фиксация в Гало-аппарате продолжалась до 3–4 месяцев. После его снятия внешнюю фиксацию осуществляли съемным головодержателем в течение 2–3 месяцев.

Полная коррекция смещения достигнута в 11,2% случаях, регресс смещения различной степени выраженности – в 44,4%, не удалось добиться значимого смещения – в 16,7%, фиксация в достигнутом положении осуществлена у 27,7% пациентов. Во всех случаях отсутствовали какие-либо вторичные смещения аксиса. Углубления неврологической симптоматики и осложнения хирургического и аппаратного метода лечения не наблюдалось.

Заключение. Клинические и радиологические исходы этих повреждений в основном удовлетворительны при консервативном лечении с использованием Гало-аппарата. Необходимо провести дополнительные исследования, чтобы сформировать рекомендации по отбору пациентов для консервативного лечения с использованием Гало-аппарата.

СОЧЕТАННОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ АТЛАНТА И АКСИСА

Кузиев О.И., Аминов М.А., Ашуров И.С., Тожиев М.Т., Уринбоев Б.К., Разаков В.В., Исройлов З.Г.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Сочетанные повреждения – перелом атланта и аксиса составляют 3% среди всех повреждений шейного отдела позвоночника и 12% верхнее – шейного отдела позвоночника (ВШОП). Несмотря на частую встречаемость таких повреждений, они редко сообщались в литературе, их характеристика и стратегия лечения хорошо не известны с более высокой частотой неврологических признаков, чем изолированные переломы С1 и С2.

Эти сочетанные повреждения чаще всего встречаются при автомобильных авариях у молодых людей и встречаются со значительно высокой частотой среди пожилых людей, для которых падения, скорее всего, являются механизмом травмы.

В частности, в то время как иммобилизация шейных позвонков уже давно рекомендовано для лечения большинства изолированных переломов атласа и оси, сегодня кажется, что хирургическое лечение часто предлагается из-за возникновения двух переломов в комбинации, часто подразумевающей более значительную структурную и сложную механическую обработку травмы.

Целью настоящего исследования является изучение результатов нейровизуализации и эффективности лечения пострадавших при сочетанных переломах атланта и аксиса с помощью Гало-аппарата.

Материалы и методы. В период с 2013 по 2020 г. в экстренном нейрохирургическом отделении ФФРНЦЭМП было пролечено 38 пациентов с повреждением верхне-шейного отдела позвоночника. Среди них у 6 (15,7%) больных выявлен сочетанный перелом атланта и аксиса. Эти травмы включали комбинированный перелом зубовидного отростка (Андерсон и Д'Алонзо тип II) и задней арки атласа у 3 (50%) пациентов, перелом зубовидного отростка типа II в сочетании с переломом Джефферсона у 2 (33,3%) пациентов и перелом тела С2 с переломом Джефферсона у 1 (16,7%) пациента.

По механизму травмы дорожно-транспортные происшествия встречались в 5 (83,3%) случаях и падение с высоты – в 1 (16,7%).

У всех больных оценивали интенсивность болевого синдрома, функции спинного мозга по шкале ASIA/ISCSCI. Тяжесть состояния больных оценивали по общепринятой классификации оценки тяжести состояния Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

Пациентам с переломами ВШОП при поступлении выполняли обзорную рентгенографию шейного отдела позвоночника в 2 проекциях, прицельную рентгенографию ВШОП в трансоральной укладке и МСКТ с целью предоперационного планирования.

Результаты. Выраженный болевой синдром в состоянии покоя и возникающий при легкой физической нагрузке встречался у всех больных.

У 83,3% пациентов перелом был не осложненным (по шкале ASIA степень Е, степень С была у 16,7% пациентов).

Всем больным после тщательного обследования накладывали Гало-аппарат по стандартной методике, после чего производили дозированную дистракцию с целью устранения смещения костных фрагментов.

Больных переводили в вертикальное положение впервые сутки после наложения Гало-аппарата. Контрольные рентгенограммы шейного отдела позвоночника производили 1 раз в 4 недели. Фиксация в Гало-аппарате длилась до 3–4 месяцев. После его снятия внешнюю фиксацию осуществляли съемным головодержателем в течение 1–2 месяцев.

При оценки неврологических дефицитов усугубления неврологической симптоматики не наблюдалось. Состояние больных с неврологическим дефицитом по классификации ASIA С улучшились до Е. Согласно шкале Смайли-Вебстера, у всех 6 пациентов достигли клинически превосходных резуль-

татов. Все пациенты (100%) имели хорошие клинические результаты.

Полная коррекция смещения достигнута в 5 (83,3%) случаях. У одного больного фиксация в достигнутом положении.

Во всех случаях отсутствовали какие-либо вторичные смещения костных фрагментов.

Вывод. Таким образом, применение Гало-аппарата позволяет рационально устранить смещение костных фрагментов, восстановить анатомические соотношения в краниовертебральной области с одновременной фиксацией шейных позвонков и позволяет начать раннюю активизацию и реабилитацию пострадавших.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ЗАКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИАФИЗА ПЛЕЧА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫХ СПИЦ

Махмаров А.М., Ниязалиев Т.Т., Тилаев Э.М.

Ташкентский областной филиал РНЦЭМП

Проблема совершенствования медицинской помощи больным с повреждениями опорно-двигательной системы с каждым годом приобретает всё большее значение в связи с ростом числа пострадавших и увеличением уровня инвалидности от травм у лиц трудоспособного возраста и детей. Травматологами разработан целый ряд эффективных методов чрескостного и внутрикостного остеосинтеза, однако реальные сроки лечения пациентов продолжают оставаться значительными.

Целью исследования являлось проведение сравнительного анализа результатов лечения больных с закрытыми переломами диафиза плечевой кости при лечении методом чрескостного остеосинтеза или комбинированного остеосинтеза аппаратом Илизарова с интрамедуллярным остеосинтезом титановыми спицами.

Материалы и методы. Работа основана на изучении и анализе историй болезни 30(100%) больных в возрасте от 18 до 70 лет с закрытым переломом диафиза плечевой кости, которые лечились методом классического чрескостного остеосинтеза аппаратом Илизарова, и 19 пациентов в возрасте от 20 до 77 лет с закрытым переломом диафиза плечевой кости, у которых аппарат внешней фиксации (АВФ) сочетался с интрамедуллярным остеосинтезом титановыми спицами диаметром 1,8 мм. Все больные лечились в период с 2017 по 2019 г. в ТОФРНЦЭМП и его субфилиалах. Для анализа процесса консолидации кости и функциональной реабилитации использовали клинический, рентгенологический и статистический методы исследований.

Принципы комбинированного интрамедуллярного остеосинтеза.

Комбинированный остеосинтез, как правило, начинают с интрамедуллярного введения спицы. На операционном столе во время скелетного вытяжения через метафиз кости с помощью специальной фрезы или шила в кортикальном слое кости формируют сообщающееся с костномозговым каналом наклонное отверстие, через которое в костномозговой канал вводят спицу. Обычно костномозговой канал свободен и спица легко вводится от руки вплоть до противоположного метафиза, излишки спицы скусывают, а оставшийся конец загибают и помещают под фасцию сегмента конечности. С точки зрения безопасности введения интрамедуллярной спицы предпочтительнее задействовать область проксимального метафиза плечевой кости. Окончательная репозиция костных отломком осуществляется после чрескостного остеосинтеза аппаратом наружной фиксации. Остеосинтез аппаратом Илизарова неоднократно описан и нет необходимости повторяться.

Фиксация аппаратом Илизарова продолжалась 3 недели. После демонтажа аппарата дополнительную иммобилизацию конечности не проводили. Контрольный осмотр через 6 недель после демонтажа аппарата подтвердил полную консолидацию кости и восстановление трудоспособности.

Результаты. В анализируемой группе больных из 30 человек сроки демонтажа аппарата Илизарова составили 75±3,5 дня. Рентгенологические признаки сращения отломков плечевой кости не отличались яркостью. По сравнению с первоначальными рентгенограммами отмечался выраженный остеопороз плечевой кости. На рентгенограммах наблюдалась незначительная периостальная реакция у концов отломков. Прочность костной мозоли далеко не всегда соответствовала рентгенологической картине, поэтому основным критерием для демонтажа аппарата Илизарова являлась клиническая проба на консолидацию. У 1(3,3%) больного – спицевой остеомиелит. Неврит отмечен у 1(3,3%) пациента. Вторичное смещение костных отломков после снятия аппарата – в 3(10%) случаях. Рефрактура – у 1(3,3%) больного.

При комбинированном остеосинтезе рентгенологические проявления процесса репаративной регенерации костной ткани мы начинали отмечать через 2 недели после операции в виде незначительной по объему нежной облаковидной тени в диастазе или периостально. Через 3–4 недели рентгенологически видна выраженная тень костного регенерата, заполняющая интермедиарное пространство. В это же время обычно проводили клиническую пробу на консолидацию. Если в зоне перелома не определялась какая-либо подвижность, аппарат внешней фиксации демонтировали без дополнительных средств иммобилизации. Если определяли тугую амортизацию, то после демонтажа аппарата иммобилизацию продолжали съемным ортезом.

Выводы. 1. Для снижения травматичности и трудоемкости лечения закрытых нестабильных переломов диафиза плечевой кости предлагаем использовать комбинированный метод фиксации, который может осуществляться в ургентном порядке в условиях перевязочной одним хирургом. 2. Технология интрамедуллярного остеосинтеза спицами позволила резко сократить сроки остеосинтеза аппаратом внешней фиксации. 3. Консолидация костных отломков при комбинированном остеосинтезе наступает не позднее 6 недель даже в пожилом возрасте на фоне остеопороза.

РОЛЬ ОПТИЧЕСКОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ОТКРЫТЫХ ТЯЖЕЛЫХ ТРАВМ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Махмудов Н.И., Тухтакулов А.Ю., Усманов Б.С., Уринов Б.А.

Ферганский филиал ТМА,
Ферганский филиал РНЦЭМП

Использование средств оптического увеличения в экстренной хирургии открытых тяжелых травм конечностей позволяет выполнить адекватную хирургическую обработку ран, максимально точно сблизить края сосудистого анастомоза, уменьшить число тромбозов, тем самым, снизить количество гнойно-некротических осложнений в послеоперационном периоде.

В отделении экстренной сосудистой хирургии ФФРНЦЭМП за период с 2015 по 2019 г. оказана помощь 1604 больным с открытой травмой верхних конечностей в условиях нарушенного кровообращения. У 104 (6.5%) больных отмечена травма плеча, у 716 (44.6%) – предплечья, у 784 (48.9%) пострадавших травма кисти.

При поступлении оценивалось общее состояние пострадавших, тяжесть и сроки ишемии конечности, характер травмы. Диагностика повреждения сосудов и ишемии конечности основывалась на клинических данных и ультразвуковой допплерографии.

При анализе оказания первичной хирургической помощи в других лечебных учреждениях у 102 (6,4%) больных были выявлены диагностические, тактические и технические ошибки: поздняя диагностика повреждения артерий, а при его выявлении – во всех случаях неоправданная перевязка сосудов, транспортировка без иммобилизации конечности.

Хирургическая тактика была следующей: наряду с противошоковыми мероприятиями производили остеосинтез переломов костей штифтами или спицами в зависимости от уровня травмы, восстановление поврежденных сосудов, сухожилий и нервных стволов, кожная пластика при дефектах. Для укрытия кожных дефектов чаще использовалась «утильная кожа», пластика по Парину, реже – лоскуты на питающей ножке с живота.

25 пострадавшим с полными и неполными травматическими отчленениями крупных сегментов верхних конечностей выполнены следующие виды операции: реплантации в 17 (68%) случаях, реваскуляризации – в 10 (40%), формирование культи – в 8 (32%) случаях.

Показаниями к первичной ампутации явились тяжелые травмы с обширными дефектами костей, мягких тканей, в том числе сосудисто-нервного пучка (нецелесообразность и невозможность реваскуляризации).

Всем больным с открытыми тяжелыми травмами верхней конечности оперативные вмешательства произведены с использованием оптического увеличения и микрохирургической техники.

У 1529 (95,3%) пациентов раны зажили первичным натяжением, у 75 (4,6%) больных в послеоперационном периоде отмечены септические осложнения: поверхностные нагноения – у 25 (33,3%), некроз кожи – у 50 (66,7%) пострадавших. Причиной инфекционных осложнений явились позднее проведение хирургической обработки ран, повторные вмешательства с целью восстановления кровообращения. В связи с некрозом кожи в 50 случаях пришлось прибегнуть к кожной пластике расщепленным лоскутом – у 40 (80%) и полнослойными местными тканями – у 10 (20%) пациентов.

Для улучшения результатов лечения больных с тяжелыми открытыми травмами верхних конечностей, по нашему мнению, необходимо госпитализировать в специализированные учреждения, оснащенных средствами оптического увеличения; обязательное восстановление поврежденных сосудов для профилактики некротических осложнений ран.

Подобная тактика лечения позволила нам получить положительный результат у 95 % больных.

Выводы. Ведущим фактором, способствующим возникновению гнойно-некротических осложнений ран, является нарушенное кровообращение в конечности. Использование средств оптического увеличения при открытых тяжелых травмах конечностей позволяет максимально точно сблизить края сосудистого анастомоза и уменьшить число тромбозов, тем самым снизить количество гнойно-некротических осложнений в послеоперационном периоде.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ТРАВМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Машарипов К.

Ургенчский филиал ТМА

Для выяснения своевременности и качества оказания помощи на этапах медицинской эвакуации пострадавшим с дорожно-транспортными

травмами (ДТТ) в Хорезмской области изучено 164 истории болезни и проведена экспертиза отдаленных результатов лечения 76 человека с последствиями ДТТ конечностей леченых в травматологическом отделении Хорезмского филиала РНЦЭМП за последние 3 года (2017–2018–2019 г.).

Наиболее тяжелые повреждения были получены при наезде транспортного средства на пешехода, при столкновении двух автомобилей и столкновении автомобиля с мотоциклом.

Среди травм наиболее частыми были повреждения грудной клетки 56,1%, открытые переломы костей конечностей 34,6%. Множественные повреждения скелета составили 13,3%, черепа 12,1%, живота 1,6%.

При изучении истории болезни и отдаленных результатов лечения выявлено, что первая медицинская помощь на месте происшествия в районах области оказана лишь 46,8% травмированных. Из числа осмотренных около половины лечились в ЦРБ. Прием квалифицированной помощи в полном объеме не получили. А 30,1% больных переведены в травматологическое отделение не раньше 5 дней с момента травмы. Все это удлинило средние сроки лечения переломов костей конечностей и привело к неудовлетворительным результатам лечения у 22% травмированных в районах области.

Эффективную меру совершенствования организации помощи пострадавшим, диагностики и выбора правильной тактики на догоспитальном этапе мы видим в использовании медицинскими работниками оптимальных диагностических и лечебных мероприятий.

Диагностика тяжелых повреждений на догоспитальном этапе должна ограничиваться анализом минимум клинических симптомов и сводиться к оказанию неотложных мероприятий. Нами в Хорезмского филиала РНЦЭМП разработан диагностический алгоритм сочетанной дорожно-транспортной травмы, состоящий из диагностических алгоритмов кровотечения, травматического шока, травмы черепа, грудной клетки, живота, конечностей.

Составленные диагностические алгоритмы имеют конкретные, последовательно расположенные вопросы и ответы. По этой программе организованной специализированной бригадой по вызовам выезжают на места в районах и оказывают квалифицированную помощь, дают рекомендации.

Наиболее перспективно применение алгоритмов в сельских районах, где обычно работают молодые и менее квалифицированные медицинские работники, именно им и приходится первыми оказывать помощь пострадавшим в ДТТ, а от своевременности и полноты этой помощи зависит результат лечения.

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСКОЛЬЧАТЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ПРИ СИНДРОМЕ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ

Мирджалилов Ф.Х., Хакимов Р.Н., Исмаилов А.Д., Сайдалиев З.Р.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Одним из тяжелых осложнений раннего периода травматической болезни является синдром жировой эмболии (СЖЭ). По данным различных авторов, травматическая жировая эмболия как главная причина смерти составляет от 1% до 15%. В то же время нельзя не учесть и тот факт, что обтурация капиллярного русла жировыми глобулами по материалам аутопсий встречается в 100% случаев, то есть фактическая частота патофизиологического феномена жировой эмболии значительно (в 2–4 раза) выше, чем синдрома ЖЭ.

К жировой эмболии предрасполагают такие факторы, как несвоевременное оказание помощи пострадавшему, неудовлетворительная иммобилизация, длительная и травматичная транспортировка и др. Осложнение может развиваться в первые часы, но чаще на 1–2-е сутки после перелома.

Главную опасность представляют повреждения костей, особенно у людей в возрасте после 25–45 лет, когда костный мозг трубчатых костей в основном становится жировым. С возрастом опасность этих эмболий еще больше увеличивается, так как жир становится более легкоплавким (относительное увеличение в составе жира жидкой олеиновой кислоты) и увеличивается его общая масса в костях в связи с атрофией балок губчатого вещества.

Нами в клинике наблюдались 172 больных, у которых в остром периоде травматической болезни развилось осложнение в виде различных форм синдрома жировой эмболии. Преобладали лица мужского пола – 115 (67%), женщин – 57 (33%), возраст пострадавших варьировал от 18 до 78 лет. У всех больных имели место множественные повреждения ОДА в сочетании с черепно-мозговой травмой.

По механизму травмы превалировали ДТП (пешеход) – 96 (56%), ДТП (пассажир) – 41 (24%); кататравма – 23 (13%), бытовая травма – 12 (7%)

Всем пострадавшим произведено рентген-исследование шинированных конечностей в 2-х проекциях с захватом сустава на мобильном аппарате Siemens в палате противошоковой терапии.

Чаще других отмечены повреждения крупных сегментов конечностей. Оскольчатые переломы бедра выявлены у 84 больных, причем у 14 отмечено двухстороннее повреждение. Оскольчатые переломы костей голени диагностированы у 54 больных,

двухсторонние повреждения отмечены у 12. Переломы костей таза выявлены у 48 больных. У 7 больных имели место множественные переломы ребер. У всех больных при поступлении отмечены явления шока II–III ст.

Клиническая картина синдрома жировой эмболии развивалась после «светлого промежутка» от 12 до 72 часов. По клинике у 22 (12,8%) больных наблюдали молниеносную форму, у 41 (23,8%) подострую и у 109 (63,4%) субклиническую форму течения жировой эмболии.

По нашему мнению, у пациентов с тяжелыми формами синдрома жировой эмболии необходимо производить раннюю стабилизацию всех повреждений ОДА, отдавая предпочтение малоинвазивным методам остеосинтеза.

Из 154 оперированных в ранние сроки больных с синдромом жировой эмболии положительный результат получен в 151 случае, выход больных из критического состояния и перевод в профильное отделение наблюдали в сроки от 7 до 19 суток. У 3 больных, несмотря на проведение адекватной интенсивной терапии, в результате прогрессирования явлений полиорганной недостаточности отмечен летальный исход.

Таким образом, выполнение раннего остеосинтеза при оскольчатых переломах конечностей, осложненных жировой эмболией, является мощным противошоковым фактором, улучшает общее состояние больного, позволяет активизировать пострадавшего в раннем послеоперационном периоде. Все это является залогом профилактики послеоперационных осложнений и обеспечивает хороший исход лечения.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ

Мирзаев Ш.Х., Гаипов З.А., Дурсунов А.М., Шадиев Б.У., Сайдиахматхонов С.С., Рахимов А.М., Рахматов Р.Б.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии

Переломы вертлужной впадины встречаются сравнительно нечасто – 3 случая на 100 тыс. человек в год, но частота инвалидизаций после данных травм достигает 37,5%. В подавляющем большинстве случаев причиной данных травм являются дорожно-транспортные происшествия – 83% и кататравма – 17%. Если речь идет о высокоэнергетических повреждениях, в лечении которых не всегда удается получить хорошие результаты. Тем не менее своевременная хирургическая коррекция позволяет снизить показатель инвалидизации с 37,5% до 12%. Наиболее важными факторами, определяющими конечный результат лечения, являются характер перелома, наличие и тяжесть сочетанных повреждений, возраст пациента, тактика лечения, техника репозиции и фиксации перелома (Лазарев А.Ф., 2013).

Для достижения лучших функциональных результатов «золотым стандартом» выполнения операции считается время не позднее 5–10-х суток от момента повреждений вертлужной впадины (Гудз А.И., 2017).

Цель. Выбор определенной классификации и оптимальный доступ для улучшения результатов оперативного лечения больных с переломами вертлужной впадины путем оптимизации технологии применения накостного остеосинтеза.

Материалы и методы. За период 2015–2020 годов в отделении последствий травм ГУ РСНПМЦТО прооперировано 80 пациентов с переломами вертлужной впадины. Причиной травм в 86% случаев были дорожно-транспортные происшествия, в 14% случаев – кататравмы. Возраст оперированных пациентов варьировал от 20 до 70 лет (в среднем 45). Из них мужчин было – 64 (80%), женщин – 16 (20%). Оперативное лечение по поводу открытой репозиции и остеосинтеза переломов вертлужной впадины в срок от 1 до 21 дня (в среднем 5–10 дней) с момента травмы. У 28 (35%) пациентов переломы вертлужной впадины были изолированными, у 52 (65%) сочетались с повреждениями других сегментов. Почти у трети пациентов (у 26 больных) перелом вертлужной впадины сопровождался вывихом бедра.

Результаты. Отдаленные результаты в сроки от 6 месяцев до 5 лет после операции изучены у 62 (77,5%) пациентов. Сроки наблюдения составили от 1 года до 5 лет, средний срок – 3 года. Отличные результаты по шкале Харриса получены у 58 (72.5%) больных, хорошие – у 14 (17.5%) и удовлетворительные – у 8 (10%). Посттравматический коксартроз и асептический некроз головки бедренной кости спустя более 3–5 лет после операции диагностирован у 4 (5%) пациентов. Всем им было выполнено эндопротезирование тазобедренного сустава. Во всех случаях в результате лечения достигнута функциональная пригодность нижних конечностей и полная медико-социальная реабилитация.

Выводы. Первые 24 часа после травмы всегда сопряжены с повышенным риском кровопотери. Идеальное время для остеосинтеза вертлужной впадины 5–10 сутки после травмы. По прошествии 3 недель при остеосинтезе возникают сложности. При переломах вертлужной впадины с значительным повреждением головки бедра рекомендуется одномоментное эндопротезирование тазобедренного сустава.

БОЛАЛАРДА ЕЛКА СУЯГИНИ ИЧКИ ДЎНГЛИГИ СИНИШЛАРИНИ ДАВОЛАШДА ЗАМОНАВИЙ КАМ ИНВАЗИВ ЁНДАШУВ

Мирзаматов Н.И., Содиқов И.Х., Махмудов Н.И., Тожиев М.М.

РШТЁИМ Фарғона филиали

Ҳозирги вақтда болаларда суяклар синиши билан кечадиган касалликларни даволашни такомиллаштириш бугунги куннинг талаби бўлиб бормоқда. Болалардаги жароҳат изларини камайтириш, биринчи навбатда суяк ва тўқималарни ўсишига тўсқинлик қилиши, ҳаракат ва таянч тизими ривожланишини нуқсонлари келиб чиқиши ва уларни орган ва системаларга таъсир қилиши кузатилади. Ҳозирда болаларда учрайдиган елка суягини ички дўнгликларини синишларини даволаш болаларнинг жисмоний фаоллигини ва бўлиши мумкин бўлган асоратларнинг олдини олишга қаратилган.

Мақсад. Болаларда елка суягини ички дўнглигини синиб силжишларини кичик ҳажмдаги кам инвазив йўл билан асоратсиз кам жароҳат етказилган ҳолатда ёпиқ усул билан оператив даволаш.

РШТЁИМФФ болалар нейротравматология бўлимида 2018–2020 йиллар давомида 971 нафар болалар турли шикастланишлар билан даволанганлар. Шикастланиш механизми бўйича йўл транспорт ҳодисаси 106 нафар (11%), баландликдан йиқилиш – 68 нафар (7%), маиший – 613 нафар (63%), спорт травмаси – 184 нафар (18,9%) ни ташкил қилади.

Улардан елка суягини синишлари 291 нафарни (30%) ташкил қилади. Улардан ўғил болалар 212 нафар (73%) қизлар 67 нафарни (23%) ташкил қилади. Шундан елка суяги ички дўнглигини синишлари 61 нафар (20%) беморларда кузатилган. 2017–2019 йиллар давомида 29 нафар (48%) бемор болаларда елка суяги ички дўнглигини синиб силжишларини ёпиқ усул билан остеосинтезлаш амалиёти ўтказилди.

Беморни умумий оғриқсизлантириш остида ЭОП рентген текшируви назорати остида операция майдонига антисептик ишлов берилгандан сўнг, елка суягини ички дўнглик соҳасидан 2 та метал сих (спица) билан кирилиб, суяк парчаси сих учи билан илиб олинди ва сих орқали суяк парчаси ёпиқ ҳолатда жойига қўйилиб (ёпиқ репозиция), сихлар елка суягини проксимал синиқ бўлаги томон ўтказилди. Сихларни иккиламчи, патологик ҳаракати аниқланмади ва стабил остеосинтез бажарилганлиги кўрилди. Суяк бўлакларининг иккиламчи силжишини олдини олиш мақсадида сихлар бир-бири билан кесишган ҳолатда ўтказилди. Интраоперацион ҳолатда тирсак бўғимидан ҳаракатлантирилиб кўрилганда, суяк бўлагини стабил ҳолатда турганлиги ва стабил остеосинтез бажарилганлиги аниқланди.

Натижа. Ўтказилган операциялардан сўнг беморни ётиб даволаниш кунлари камайиши, жароҳат ҳажми кичиклиги, операция вақтини камайиши, наркоз вақтини камайиши, ўтказилган операциядан сўнги гипс боғлами билан даволаниш вақтини нисбатан камайиши, суякларни битиш жараёнини оптималлашишига ва сихларни олинишида ҳам катта бўлмаган жароҳат билан олиб ташланишига эришдик.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЗАМИ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ТАЗА В СОЧЕТАНИИ СО СКЕЛЕТНОЙ ТРАВМОЙ

Муминов Ш.М., Валиев Э.Ю., Хамидов Б.П., Ким Д.Л., Алимухамедов Д.Д.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Осложнения в виде тромбозов в системе нижней полой вены (НПВ), в условиях отсутствия их медикаментозной профилактики, наблюдается до 80% у пациентов с переломами бедренной кости, а тромбоз глубоких вен нижних конечностей и таза может привести к тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). Летальность от ТЭЛА у пациентов с переломами бедренной кости после остеосинтеза достигает 5,9%, а после эндопротезирования тазобедренного сустава встречается в 2,4% случаев.

Цель. Определить возможность и выработать алгоритм хирургического лечения у больных с переломами костей нижних конечностей, осложненных тромбозами глубоких вен системы нижней полой вены.

Материал и методы. С 2017 по 2020 год оперированы 15 больных с тромбозами глубоких вен нижних конечностей и таза в сочетании со скелетной травмой в возрасте от 52 до 75 лет. 11 (73,4%) пациентам был диагностирован закрытый перелом шейки бедренной кости со смещением костных отломков, 2 (13,3%) – закрытый субкапитальный перелом шейки бедренной кости и 2 (13,3%) – закрытый перелом надколенника с расхождением костных фрагментов. У всех этих больных, спустя 7–12 дней после полученной травмы, был диагностирован тромбоз глубоких вен нижних конечностей и таза.

Результаты. В 13 (86,7%) случаях (12 пациентов с закрытым переломом шейки бедренной кости и 1 пациента с закрытым переломом надколенника), выявлен илиофеморальный венозный тромбоз и в 2 (13,3%) (1 пациент с закрытым переломом шейки бедренной кости и 1 пациент с закрытым переломом надколенника), выявлен тромбоз на уровне бе-

дренной вены. Симультанная операция проведена в среднем на 2–3-е сутки после госпитализации. Следует подчеркнуть, что первым этапом во всех случаях проводилась хирургическая профилактика ТЭЛА и вторым этапом восстановления целостности скелета. Клипирование НПВ выполнено 13 больным, в сочетании с тотальным эндопротезированием тазобедренного сустава – 7, закрытой репозицией перелома шейки бедренной кости с остеосинтезом компрессирующими винтами – 5 и открытым ушиванием надколенника – 1.

Перевязка бедренной вены (рассасывающей нитью) ниже впадения ГБВ в 2 случаях, с открытой репозицией и интрамедуллярным остеосинтезом бедренной кости штифтом с блокированием – 1 и открытым ушиванием надколенника – 1.

Результаты. Больные со скелетной травмой, которая осложнилась эмболоопасными тромбозами системы НПВ, требуют активного ведения. Мы пришли к выводу, что симультанная операция должна начинаться выполнением операции на сосудах, а вторым этапом, сразу же в один наркоз, выполнение операции по коррекции перелома.

Выполнение симультанных операций у этой группы больных позволит в более ранние сроки выполнить операцию, направленную на профилактику ТЭЛА и стабилизацию костей, избежать повторного применения анестезиологического пособия больным, сократить сроки пребывания в стационаре, снизить риск развития грозных осложнений и уменьшить болевые ощущения, что позволит в ранние сроки начать реабилитационные мероприятия, которые в свою очередь являются важной мерой профилактики ретромбоза и улучшает процесс течения заболевания.

Все пациенты были выписаны с улучшением, летальность и ранние послеоперационные осложнения не наблюдалась. Ни в одном случае клиника тромбоэмболии ветвей легочной артерии у наших больных не наблюдалась.

Выводы. Выполнение симультанных операций в условиях функционирования службы экстренной медицинской помощи, проводимые у пациентов со скелетной травмой в сочетании с тромбозом глубоких вен нижних конечностей и таза, позволяет ликвидировать не только высокий риск тромбоэмболии легочной артерии, но и создает условия для ранней активизации больных и реабилитации. Применение кава-клипирования титановой клипсой собственной конструкции является надежным и безопасным методом хирургической профилактики ТЭЛА. При возникновении осложненных форм острого венозного тромбоза в сочетании со скелетной травмой оптимальным методом профилактики ТЭЛА является симультанная хирургическая коррекция.

ПРЕИМУЩЕСТВО БЛОКИРУЮЩЕГО ИНТРАМЕДУЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДИАФИЗАРНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ И ВТОРИЧНЫХ ПАРЕЗОВ ЛУЧЕВОГО НЕРВА

Мухамадиев А.Б., Дехканов К.М., Ботиралиев А.Б.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Цель. Сократить сроки реабилитации пациентов с переломами диафиза плеча, осложнёнными невритом лучевого нерва. Профилактика вторичных ятрогенных парезов лучевого нерва при остеосинтезе диафизарных переломов плеча.

Материалы и методы. За период с 2017 по 2019 годы в отделении травматологии Ферганского филиала РНЦЭМП пролечено 234 пациента с повреждениями плечевой кости, что составило 12,3% от общего количества больных с переломами длинных трубчатых костей. Группа больных в количестве 72 человек с закрытыми диафизарными переломами плеча лечились с применением оперативных методов. Из них женщин – 27 (37,5%), мужчин – 45 (62,5%). Выполнены следующие оперативные вмешательства: I группа (остеосинтез пластиной) – 20 (27,8%), II группа (остеосинтез БИОС) – 28 (38,9%), III группа (ВКДО аппаратом Илизарова) – 17 (23,6%), IV группа (штифтами Кюнчера) – 7 (9,7%). У16 пациентов до начала лечения был диагностирован парез лучевого нерва. Показанием к выполнению оперативного вмешательства было неудовлетворительное состояние отломков на рентгенограмме после закрытой репозиции, отсутствие стабильной фиксации при оскольчатом переломе в гипсовой повязке, неврологические расстройства с первичным посттравматическим парезом лучевого нерва.

Результаты. 20 пациентам был выполнен экстрамедуллярный остеосинтез плечевой кости пластиной, в том числе десяти пациентам с первичным парезом лучевого нерва. В этих случаях операция сопровождалась невролизом. 28 пациентам произведён блокирущий интрамедуллярный остеосинтез штифтом, среди них шесть пациентов с первичным парезом лучевого нерва, при выполнении малоинвазивного блокирующего интрамедулярного остеосинтеза из короткого передненаружного доступа на границе средней и дистальной трети плеча было выполнено исследование состояния повреждённого лучевого нерва. Во всех 6 случаях лучевой нерв был расположен по спиральной линии излома между костными отломками. После его высвобождения удавалось достичь репозиции и фиксировать перелом. Пациентам с неврологическими расстройствами операция выполнена в первые 5–7 дней с момента травмы. 17 пациентам был выполнен внешний компрессионно-дистракционный остеосинтез

аппаратом Илизарова. И оставшимся 7 больным произведён остеосинтез штифтами Кюнчера. Всем пациентам с неврологическими расстройствами с первых дней после операции проводилась медикаментозная терапия, физиотерапия, массаж. Больные активно занимались лечебной физкультурой. У всех пациентов через 4 месяца с момента операции нам удалось достичь сращения перелома, которое было зарегистрировано клинически и рентгенологически. У 10 пациентов с первичным парезом лучевого нерва, оперированных пластиной, регресс неврологических расстройств наступил через 4,5 месяца с момента травмы. При выполнении малоинвазивной фиксации БИОСом у 6 пациентов с первичным невритом этот процесс занял в среднем 2,5–3,5 месяца. При выполнении ВКДО аппаратами Илизарова в 4 случаях зарегистрирован вторичный парез лучевого нерва, который купировался при последующем консервативном лечении за 3–4 месяца. При выполнении малоинвазивной интрамедуллярной фиксации блокирующими штифтами вторичных парезов лучевого нерва не отмечено. При применении блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза хорошие и удовлетворительные результаты получены в 96,4 % случаев.

Заключение. Анализ полученных результатов позволяет сделать вывод, что малоинвазивный интрамедуллярный остеосинтез блокирующими штифтами является атравматичным, соответствует высоким требованиям к качеству жизни в современном мире. Малоинвазивный стабильно-функциональный интрамедуллярный остеосинтез блокирующими штифтами более эффективен и обеспечивает достаточную механическую прочность и компрессию фиксации костных отломков, что является хорошей профилактикой ложных суставов. Отсутствие необходимости в гипсовой иммобилизации, выраженного отёка после операции дают возможность рекомендовать их как для фиксации диафизарных переломов плеча, осложнённых невритом лучевого нерва, так и для профилактики вторичных неврологических расстройств после остеосинтеза плеча.

УЗУН НАЙСИМОН СУЯКЛАРДА БЛОКЛОВЧИ ИНТРАМЕДУЛЛЯР ОСТЕОСИНТЕЗ

Муҳаммадиев А.Б., Абдураҳмонов Б.У., Махмудов Н.И., Деҳқонов Қ.М.

РШТЁИМ Фарғона филиали

Травматологияда синишларни оператив усулда даволашни ривожланишида замонавий усуллар қуйидаги талабларга жавоб бериши керак: суяк атрофидаги юмшоқ тўқималарни минимал травматизацияси ва инфекциялар ривожланишини минимал хавфи, кам миқдордаги қон йўқотилиши, оёқ-қўлларни қўшимча ташқи иммобилизациясини талаб қилмайдиган суяк бўлакларини мустаҳкам фиксацияси. Булар ҳаммаси эрта функционал юклама беришни ва тўлақонли суяк қадоғини ҳосил бўлишини таъминлайди. Бундан ташқари, оператив усул билан даволаш бемор учун операциядан кейинги даврда қулай шароитлар яратиб беришни назарда тутади.

Ушбу усулни асосий моҳияти синиқ жойини кесмасдан, ёпиқ репозициядан кейин, синиқ жойидан ташқарида кичик кесим орқали штифт киргизилади. Бу эса, ўз навбатида, суяк бўлакларини ротацион, бурчакли ва узунасига бўлган силжишларини олдини олади. Штифтни проксимал учида узунлиги 20 мм ли ўйиқ шаклдаги тешик мавжуд ва унга блокловчи винт киргизилганида (агарда иккинчи блокловчи винт бўлмаса) 8мм гача бўлган узунасига силжишга йўл қўяди. Бундай динамик блоклаш ротацион стабилликни сақлаган ҳолда оёқ-қўлга юклама берганда суяк ўқи бўйича компрессияни яратади, бу эса сон парчали синишларида жуда муҳим аҳамиятга эга. Оператив амалиётни муваффақиятини ушбу механизм тушунтиради: юмшоқ тўқималарни фасцияси суяк бўлакларини таранглаштирганда кучланади ва бўлакларни штифтга ёпиштиради, шунинг учун синиқ жойини очишга ва суяк бўлакларини ўз жойига қўйишга ҳожат бўлмайди.

Ушбу усулни шубҳасиз устунлиги унинг суяк канали пармалаш зарурияти йўқлиги ва штифтни синиқ жойидан ташқарида антеград киргизишга боғлиқ юмшоқ тўқималарни кам травматизациясида. Металлоконструкцияни имплантацияси периостал васкуляризацияни минимал бузиши кейинчалик суяк тўқимасини яхши битишига сабабчи бўлади. Штифтни суяк каналига синиқ жойидан узоқдан киргизилиши операциядан кейинги инфекцион асоратларни камайтиради (3–4%).

Штифтдан блокловчи винтларни ўтказиш металл мослама ва суяк орасидаги контактни янада мустаҳкамлайди, бундан юқори антиротацион эффект келиб чиқади, бу эса ўз ўрнида ушбу методни юқори ва пастки диафизар синишларда қўллашга имконият беради. Шу сабабли операциядан кейинги даврда қўшимча ташқи иммобилизациясиз касални олиб борса бўлади. Стабил фиксация ва эрта ҳаракатланиш суяк битиш жараёнини яхшилайди, ҳаракат ҳажмини тиклайди ва даволаш вақтини камайтиради.

Ушбу усулни қўллашга қарши кўрсатмалар бу метаэпифизар ва диафизар синиқлар билан қўшилган метаэпифизар синишлар, чунки бу ҳолатда блокловчи винтларни ўтказиш самарадорликка эга эмас. Шунингдек, чуқур некроз ва юмшоқ тўқималарни суяккача борган йиринглаши ҳам қарши кўрсатма ҳисобланади. Агар суякда узунасига ёрилган ҳолат бўлса ҳам ушбу усулни қўллаш мумкин эмас, чунки штифтни киргизиш суякни ёрилиб кетишига олиб келиши мумкин.

Биомеханиқ принципи бўйича блокловчи интрамедулляр остеосинтез икки хил бўлади: статик ва динамик. Ушбу турларнинг ҳар бири синиқ тури ва жойлашувига қараб танланади.

Статик интрамедулляр остеосинтезда операция бўлган оёқ-қўлни эрта реабилитациясида бўлиши мумкин бўлган калталашиш ва суяк бўлакларини силжишини олди олинади. Статик блокловчи интрамедулляр остеосинтез эса парчали синиқларда ва стандарт штифт қўлланганда натижа бермайдиган суяк дефектлари бўлса қўлланилади.

Динамик блокловчи интрамедулляр остеосинтез деганда, беморга суяк ўқи бўйича юклама берса бўладиган фиксация тушунилади. Лекин бу ҳолатда ҳар доим ҳам суяк калталашишини олдини олиб бўлмайди. Бу катта бўлакни блокламаслик уни штифт бўйлаб сирғаниб синиқ жойини эзиши билан боғлиқ.

Статик блокловчи интрамедулляр остеосинтез амалиётидан кейин синган суяк битишига кўп омиллар бор.

Биринчидан, ёпиқ усулдаги амалиётда периостал қадоқ ҳосил бўлиши суяк синган соҳада гематома нисбатан сақланиб қолишида, иккинчидан, стандарт синиқ соҳани очадиган остеосинтезлардан фарқли ўлароқ статик блокловчи интрамедулляр остеосинтез синиқ жойида бироз ҳаракат бўлишига сабабчи ҳам бўлади, бу эса битиш жараёнини стимуллаштиради.

Интрамедулляр блокловчи остеосинтезни таъминлаш тизимида қимматбаҳо мосламалар, интрамедулляр канал ҳосил қилиш учун қурилмалар керак бўлади. Клиник амалиётда бу усулни қўллаш учун шифокордан олий малака ва махсус жиҳозланган операция хоналарини бўлишини талаб қилади.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПЕРЕЛОМА АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ

Набиев Е.Н.[1], Тусупов Д.М.[2], Халходжаев М.К.[2], Турбеков Н.Т.[1], Алпысбаев Б.Б.[2], Жаксымуратов М.З.[2], Инатуллаев З.З.[2]

[1]НАО «КазНМУ им С. Асфендиярова», Алматы, Республики Казахстан, [2]РГП «Городская клиническая больница №4, Алматы, Республики Казахстан

Под нашим наблюдением находилось 66 больных с травматическими вывихами акромиального конца ключицы, лечившихся в отделении политравмы ГКБ №4 г. Алматы, Республики Казахстан. Мужчин было 52 (78,8%), женщин – 14 (21,2%). Средний возраст пациентов 42,2±8,7. В зависимости от вида травмы больные распределились следующим образом: бытовые травмы у 53,5%, уличные – у 24,0%, производственные – у 1,5 %, ДТП – у 21,0% больных. В первые сутки после получения травмы обратились 94,4% больных, позже 3 суток – 5,6%. Социальное положение больных выглядело следующим образом: пенсионеры – 4,2%, рабочие – 19,7%, служащие – 38,0%, учащиеся – 12,6% и временно неработающие – 25,5%. Больным в стационаре обязательно проводили рентгенографию плечевого сустава в прямой проекции.

Всем больным выполнено оперативное лечение. У 42 (63,6%) больных для фиксации акромиально-ключичного сустава использовали крючковидную пластину. 24 (36,4%) больным выполнена лавсанопластика акромиально-ключичной и ключично-клювовидной связок.

Оценку результатов оперативного лечения проводили по схеме Э.Р. Маттиса. В послеоперационном периоде на рентгенограммах оценивали состояния акромиально-ключичного сустава, положение металлоконструкции и наличие или отсутствие рецидива вывиха ключицы. В отдаленном послеоперационном периоде на рентгенографиях акромиально-ключичного сустава выявлены: остеолиз акромиона у 8 (12,0%) больных, деформация крючка пластины и миграция винтов – у 2 (3,0%), начальные признаки остеоартроза акромиально-ключичного сустава – у 3 (4,5%), рецидив вывиха после лавсанопластики – у 2 (3,0%). Исход оперативного лечения больных оценен как «хорошо» у 48 (72,7%) больных, «удовлетворительно» – у 16 (24,3%), «неудовлетворительно» – у 2 (3,0%).

Заключение. Фиксация акромиально-ключичного сустава крючковидной пластиной является методом выбора при оперативном лечении травматических вывихов акромиального конца ключицы. Пластина обеспечивает достаточно жесткую и длительную фиксацию на срок, необходимый для полного восстановления связочного аппарата акромиально-ключичного сустава. Учитывая вышеуказанные недостатки крючковидной пластины, ее следует удалять в срок до 6–8 месяцев. Дальнейшая разработка способов лавсанопластики акромиально-ключичной и ключично-клювовидной связок является перспективным направлением в лечении травматических вывихов акромиального конца ключицы.

GLOMUS TUMOR OF THE HAND

Nazarova N.Z., Kholmirzayev O.N.

Tashkent Medical Academy

Introduction and definition of glomus tumor. Glomus tumor is rare bening neoplasm that arise from the neuroarterial structure called a glomus body. Hoyer first described glomus tumors in 1877, while Masson gave the first complete clinical description in 1924. It is developing as a result of hypertrophy of a glomus. They are mainly found in the distal extramites, particularly

in the hand, wrist, foot and 75% under the finger nails. But the tumor also located where the glomus body does not normally occurs as for examples, chest wall, eyelid, colon, rectum, cervix e.t.c.

Incidence and demographics. The average age of presentation is from 30 to 50 years, although they can be found in any age and any site. The tumor affect women three times commonly than men.

The aim of study. Our aim to early diagnosis of glomus tumor and given adequate surgical treatment. Because tipical time from onset of symptoms to the correct diagnosis is 7 years. Initially patients go to different departments for their treatment, as for example in neurology department they treated with with the diagnosis of neuritis, in surgical department like occlusion of blood vessels of upper extremities e.c.t. thus patients a long duration treated without correct diagnosis. Lastly patients come to orthopedics department where they correctly diagnosed glomus tumor and taken adequate surgical treatment.

Material and methods: In our department, 41 patients diagnosed with glomus tumor of upper extremities in which 14 patients male and 27 patients female. The age of presentation of tumor in 3 pt. 16 years and rest between 30–55 years. In 26 patients we diagnosed glomus tumor by the help of their clinical examination, symptoms like sensitivity to col, localized tenderness and moderate pain like electrical shock. Radiologically, at the laststage glomus tumor appears as well as circumscribed osteolytic lesions. But MRI is useful for the detection of the lesion in the soft tissue.

Conclusion. Clinical examination, symptoms, radiological and MRI finding can help to diagnose glomus tumor on an early stage. Adequate surgical treatment includes only surgical excision and removal of complete glomus tumor. Repair of the nail bed must be performed after the removel of subungual lesions.

Result after operation. Relief of pain was intermediate. Localized tenderness decreased. No any recurrence was reported.

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И МЕТОДОВ МАЛОИНВАЗИВНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА В ТРАВМАТОЛОГИИ

Наубетов Д.Д., Бегалиев С.М., Наубетов С.Д.

Каракалпакский филиал РНЦЭМП

В последнее десятилетия в травматологии все активнее развиваются малоинвазивные методики. Основным отличием данной техники от традиционной методики является малая травматичность. Все манипуляции на костях выполняются через проколы кожи, при этом по эффективности чрескожные операции в ряде случаев не уступают традиционной открытой хирургии. Главное преимущество такого подхода – уменьшение травматичности и, как следствие, значительное сокращение сроков восстановления пациентов.

В настоящее время на операциях в костях верхней и нижней конечности травматологи использовали современные высокотехнологичные импланты – специальные фиксирующие пластины с блокирующими винтами, которые не препятствуют кровоснабжению кости. В отделении сочетанной и осложненной травмы Каракалпакского филиала РНЦЭМП сделано 775 видов оперативных вмешательств за 2019 год, из них остеосинтез ключицы 130(16,7%), костей предплечья 104(13,4%), плечевой костей 117(15,1%), костей кисти 14(1,8%), бедренной кости 81(10,5%), костей голени 62 (8%), надколенника 20(2,58%), костей стопы 8(1%). Сейчас у пациентов, которые использовали такие пластины, винты, штифты (штыковидные), наблюдается положительная динамика, угрозы жизни и здоровью нет, и они уже начали самостоятельно передвигаться.

Оперативное вмешательство посредством малоинвазивного остеосинтеза сокращает время операции до 30-40 минут, пациенту не требуется переливание крови, сохраняется кровоснабжение отломков.

Уникальность операции заключается в том, что она проводится через сантиметровый прокол на коже, что позволяет избежать кровопотери и снижает риски различных инфекционных и неврологических осложнений, уменьшаются сроки пребывания на койке, а также сокращаются финансовые расходы на медикаменты.

Сегодня современные технологии стали более доступны и широко применяются, благодаря повышению квалификации врачей отделения.

Таким образом, широкое применение малоинвазивных технологии и методов малоинвазивного остеосинтеза в травматологии дало хорошую положительную динамику в оздоровлении пациентов с различными повреждениями конечностей.

ТАКТИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

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

Каракалпакский филиал РНЦЭМП

Увеличение числа пожилых людей в возрастной структуре населения поднимает вопрос оказания им специализированной помощи на уровень социальной проблемы. Многолетние наблюдения за пациентами с инвалютивными типами переломов убедили травматологов расширить показания к оперативному лечению переломов конечностей на остеопорозе. Возраст пациента, сопутствующие заболевания, тип перелома стали основой раз-

работки индивидуальной тактики оперативного вмешательства. Наиболее часто встречающейся сопутствующей патологией, способной свести на нет все усилия травматолога, являются сердечно-сосудистые, неврологические расстройства, снижение умственной деятельности. Сегодня перед травматологами стоит задача меньшим объемом хирургического вмешательства, и естественно меньшими экономическими затратами восстановить здоровье и улучшить качество жизни больного пожилого возраста.

Пожилой человек отличается пониженной реактивностью и ослаблением адаптационных механизмов, определяющих его приспособляемостью к сверхсильным раздражителям.

Актуальность этой проблемы ещё связана не только с активизацией образа жизни пожилых людей, приводящей к увеличению травматизма в пожилом возрасте, но и с тем, что исход лечения тяжелых трав в этом возрасте значительно хуже, чем у пострадавших молодого и среднего возраста.

Целью работы является изучение особенностей клинического течения и обоснование атравматичных методов лечения переломов длинных трубчатых костей у больных пожилого возраста.

Под нашим наблюдением в период с 2015 по 2019 года в отделении сочетанных и осложненных травм Каракалпакского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи пролечились 90 больных пожилого возраста с переломами длинных трубчатых костей. Среди них мужчин – 60 (66,7%), женщин – 30 (33,3%). Из них, городские – 81 (90%), сельские – 9 (10%). Распределение больных по локализации переломов: плечевая кость – 8 (8,9%) больных, кости предплечья – 14 (15,5%), бедренная кость – 26 (28,9%), кости голени – 42 (46,7%) больных.

Среди больных с переломами длинных трубчатых костей у 60 (66,7%) проведено оперативное лечение, у 30 (33,3%) – консервативное лечение.

На основании результатов клинического наблюдения и рентгенологических данных нами обоснованы применение атравматичных методов лечения переломов длинных трубчатых костей у больных пожилого возраста.

Из 60 прооперированных больных проведены следующие оперативные вмешательства: при переломе костей голени у 36 (60%) проведено чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова и Ткаченко, при переломе плечевой кости у 5 (0,5%) больных наложен аппарат Илизарова, у 14 (23,3%) больных с переломом бедренной кости – закрытая репозиция, остеосинтез штифтом, при переломе костей предплечья у 7 (11,7%) больных – закрытая репозиция, остеосинтез спицами.

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

Ближайшие результаты лечения больных пожилого возраста с переломами длинных трубчатых костей изучены у всех больных.

Отдаленные результаты лечения изучены у 76 (84,4%) больных, хорошие результаты – у 64 (71,1%), удовлетворительные – у 10 (11,1%), неудовлетворительные – у 2 (2,7%).

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

ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИОННОГО МЕТОДА СПИЦЕ-СТЕРЖНЕВЫХ АППАРАТОВ В ЭКСТРЕННОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Нурматов И.З., Уразбаев А.А., Хударганов Х.Р., Тахиров Ж.М.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Переломы плечевой кости среди всех переломов длинных костей конечностей составляют от 12,4% до 13,6%, диафизарные повреждения – 35%. Переломы плечевой кости относятся к одной из сложных травм, при которых в результате неправильной и несвоевременно оказанной помощи развиваются значительные нарушения функции плечевого сустава, которые в дальнейшем приводят к высокой инвалидности и стойкой утрате трудоспособности больных. Лечение диафизарных переломов плечевой кости начинают с консервативных методов. Ручная репозиция и последующая гипсовая фиксация не всегда позволяют добиться полного сопоставления отломков, их прочной фиксации на весь период лечения. По литературным данным, при переломах диафиза в 25,8% случаях наблюдаются вторичные смещения, в 47% неудачная закрытая репозиция фрагментов. Недостатком фиксационного метода является необходимость длительной внешней иммобилизации конечности, что приводит к развитию атрофии мышц и образованию стойких контрактур в суставах верхней конечности. Показаниями к оперативному лечению диафизарных переломов плечевой кости являются:

– Свежие и множественные, двойные переломы со смещением костных отломков, с интерпозицией

мягких тканей, с признаками сдавления сосудисто-нервных пучков.

– Открытые переломы с обширным повреждением мягких тканей, когда консервативные методы не дают желаемого результата.

В РНЦЭМП Хорезмского филиала при лечении диафизарных переломов плечевой кости применено новое техническое решение – спице-стержневой компрессионно-дистракционный аппарат. В основу аппарата входит применение колец от аппарата Илизарова в компановке из 2-х, 3-х, 4-х полуколец, скрепленных между собой планками и стержнями на трёх уровнях. После ручной репозиции вводятся по два стержня через крайние полукольца на дистальных и проксимальных концах плечевой кости и фиксируются к кольцам специальными стержневыми фиксаторами или планками. При необходимости проводится дистракция в аппарате, в непосредственной близости, 1,5–2 см от перелома проводятся по две перекрещивающиеся спицы, соответственно через проксимальный и дистальный отломки и фиксируются к рабочим кольцам.

В дальнейшем делается контрольная рентгенография и на основании полученных данны, при необходимости, репозиция отломков доводится до удовлетворительного состояния.

Данная методика остеосинтеза применена у 52 больных с диафизарными переломами плечевой кости различной локализации и с различными характерами линии перелома. Из них мужчин было 39, женщин – 13. Переломы в средней трети наблюдались в 12 случаях, в нижней трети – в 26, в верхней трети – 14. Всем больным применялся закрытый остеосинтез без обнажения зоны перелома. Во всех случаях получены хорошие и удовлетворительные результаты, осложнений не было. Анализ результатов их лечения и наблюдения за больными показали, что стержневые компрессионно-дистракционные аппараты дают возможность удовлетворительно репонировать костные фрагменты, их прочно фиксировать с сохранением движений в смежных суставах поврежденной конечности. Кроме того, применение упрощенной компановки намного облегчает монтаж аппарата при экстренной травматологии и легко переносится больными. В связи с этим, мы предлагаем при остеосинтезе диафизарных переломов плечевой кости шире применять спице-стержневую фиксацию на основе аппарата Илизарова в практике травматологов.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ДЕТЕЙ

Ражабов О.С., Каландаров И.О.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Переломы костей предплечья у детей относятся к наиболее часто встречающимся переломам и, по данным ряда авторов, составляют до 50% всех переломов.

По данным отделения Детский хирургия и повреждений в детском возрасте, в Хорезмский филиал РНЦЭМП за 2018 г. с диафизарным переломам предплечья обратились 62 ребёнка. Соотношение мальчиков и девочек составило 5:1. Детей раннего возраста было 8, дошкольного – 30, младшего школьного – 24, и детей 12 лет и старше – 22. Перелом в области в/3 предплечья наблюдали – 10 больных, с/3–32 и н/3 у 20 больных. 12 детей поступили с переломом без смещения и удовлетворительным стоянием отломков, 50 детей имели перелом со смещением. Установлению окончательного диагноза способствовали рентген-снимки в двух проекциях, с захватом локтевого и лучезапястного суставов для исключения вывиха.

Лечения перелома костей предплечья без смещения и с удовлетворительным стояниям отломков заключалось в наложении лангетной гипсовой повязки от основания пальцев до в/3 плеча в среднефизиологическом положении сроком на 4–6 недель по возрасту больного.

При переломах со смещением отломков под местной анестезии осуществляли одномоментную закрытую репозицию и накладывали лангетную повязку. По нашему мнению, взаимное соотношение костей предплечья при переломе и состояние межкостного промежутка требуют внимательного исследование. Смещение отломков в сторону межкостного промежутка и его диспропорцию мы старались наиболее полно устранить при репозиции (по А.В. Каплану или концами пальцев хирурга).

Результат сопоставления отломков подтверждали рентген-снимками предплечья в двух проекциях. Дальнейшая тактика заключалась в ежедневном клиническом контроле, при этом по мере спадания отечности осуществляли моделирование гипсовой повязки по иммобилизуемой конечности. Обычно на 5–8 день назначали повторный рентген-контроль и, убедившись в удовлетворительном стоянии отломков, на 7–14 день травмы нам удавалось осуществить более полную репозицию допустимого смещения. Основное значения придавали исправлению оси конечности и восстановлению пропорции межкостного промежутка. Срок иммобилизации такого перелома возрастал на 1–2 недели по положению отломков и возрасту больного.

Таким образом, наши наблюдения показали, что при диафизарных переломах костей предплечья у детей практически во всех случаях можно добиться удовлетворительного или допустимого стояние отломков. Исключение составляют лишь мягкотканая интерпозиция, а также наличие открытого перелома.

Оперативное лечение нами применено 48 больным. Оперативное вмешательство заключалось открытой репозиции отломков с металоостеосинтезом спицами Илизарова, стержнем Богданова.

В отдаленные сроки даже при смещении поперечный костномозговой канал восстанавливался, на рентген-снимке определялся небольшой изгиб. Однако клинически никаких деформаций не обнаруживали, функция конечности восстанавливалась полностью.

На основании вышеизложенного, мы считаем, что у детей с диафизарным переломом костей предплечья при умелой репозиции и фиксации, последовательной тактике ведение больных можно консервативным путем добиться удовлетворительных и хороших результатов, а к хирургическому лечению прибегать лишь в исключительных случаях.

СТИМУЛЯЦИЯ АУТОГЕННЫМ КОСТНЫМ МОЗГОМ ОСТЕОРЕПАРАЦИИ В ЗОНЕ СМОДЕЛИРОВАННОГО ЛОЖНОГО СУСТАВА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У КРЫС

Рахимов А.М., Мирзаев Ш.Х., Дурсунов А.М., Шодиев Б.У., Сайдиахматхонов С.С., Рахматов Р.Б., Гаипов З.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии

Лечение больных с посттравматическими нарушениями костной регенерации является одной из важных проблем травматологии и ортопедии. При травматических повреждениях нарушение репаративного остеогенеза наблюдается в высоком проценте случаев и по данным различных авторов составляет от 2,5% до 25,0%. Такая ситуация вынуждает исследователей искать новые подходы к проблеме лечения больных с несрастающимися переломами и сформированными псевдоартрозами.

Цель исследования. Изучить морфологические особенности регенерации кости в условиях экспериментально воспроизведенного псевдоартроза и локального введения аутогенного красного костного мозга.

Эксперименты выполнены на 30 белых лабораторных крысах популяции ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И. Ситенко НАМН Украины» (6-месячные, живой массой 250–270 г.). Работу с животными проводили, руководствуясь Международными правилами гуманного отношения к экспериментальным животным [Конвенция]. Протокол экспериментальных исследований утвержден Комитетом по биоэтике ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко НАМН Украины» (протокол № 120 от 09.09.2013 г.).

Для достижения поставленной цели по изучению влияния трансплантации костного мозга в область сформированного ложного сустава у крыс был смоделирован ложный сустав.

Сравнение площадей тканей в регенератах опытных и контрольных животных на 28 сутки показало, что площадь хондроида у опытных животных на этот срок была снижена на 24,3%, а костной ткани – повышена на 22,8% по сравнению с контрольными животными. Положительным звеном влияния аутологичного красного костного мозга было то, что общая площадь костной ткани в регенерате составила 39 % к концу эксперимента, а также наблюдалась тенденция к снижению площади всего регенерата за счет перестройки и редукции регенерата в костном канале. Эффект положительного влияния на репаративный остеогенез костного мозга заключается в том, что трансплантированный костный мозг богат не только биологически активными веществами, но и содержит мезенхимальные стромальные клетки, которые способны, дифференцируясь в остеобласты, пополнять пул костеобразующих клеток – остеобластов. Доказано, что мезенхимальные стромальные клетки костного мозга при нарушении репаративного остеогенеза являются основой клеточного дифферона костной ткани, способствуют остеогенезу, что позволяет восстановить целостность костной ткани при переломе. Однако использование культивированных мезенхимальных стромальных клеток требует наличия высокотехнологичного лабораторного оборудования для их получения и продолжительного времени культивирования, что сдерживает их широкое клиническое использование. Применение нативного костного мозга, содержащего мезенхимальные стромальные клетки, характеризуется доступностью, простотой технологии его получения и трансплантации, что свидетельствует о преимуществах его применения для стимуляции репаративного остегенеза при переломах кости, а также при нарушении репаративного остеогенеза.

Таким образом, на 30 белых лабораторных крысах было проведено экспериментальное исследование по изучению регенерации костной ткани в условиях воспроизведения перелома с последующим развитием ложного сустава и использованием аутологичного красного костного мозга для оптимизации репаративного процесса.

ТИЗЗА БЎҒИМИ МЕДИАЛ КОЛЛАТЕРАЛ БОЙЛАМИ ЖАРОҲАТИНИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШДА ЯНГИЧА ЁНДОШУВ

Рустамов Ф.Р.

Республика ихтисослаштирилган травматология-ортопедия илмий-амалий тиббиёт маркази

Тизза бўғими бўғимларнинг жароҳатланиш частотаси бўйича олдинги ўринларда туради, унинг жароҳатланиши мушак-скелет тизими барча жароҳатларининг 25% ни, боғламлар шикастланишлари тизза бўғими жароҳатларининг 40% ни ташкил

қилади. Барча тизза бўғими жароҳатланган беморларнинг 5% дан 7% гачаси жарроҳлик амалиётига муҳтож. Ички ён боғлам жароҳатининг тизза бўғими жарроҳатлари 7,9% ни ташкил қилади. Бу кўплаб омилларга боғлиқ, асосийларидан бири бу аҳоли орасида спорт машғулотлари билан шуғулланишнинг ортиб боришидир. Медиал коллатерал бойламлар жароҳатига бағишланган кўплаб ишларга қарамасдан, даволаш турини танлашда хали ҳам ягона ёндашув мавжуд эмас. Бунга сабаб жароҳатнинг оғирлиги даражаси, ностабиллик даражаси, операция муддати ва ҳажми деб айтилмокда.

Тизза бўғими медиал коллатерал боғлами жароҳатини тиклаш ҳозирги вақтда ҳам ўз долзарблигини йўқотгани йўқ. Ҳамон тизза бўғими медиал коллатерал бойлами жароҳатини тиклашда қийинчиликларга дуч келинмокда. Бизнинг ишимизнинг мақсади тизза бўғими медиал боғлами жароҳатини даволашни такомиллаштиришдан ва реабилитация вақтини қисқартиришдан иборат. 2010 йилдан 2020 йилгача бизнинг марказда тизза бўғими медиал коллатерал боғлами жароҳати билан 158 бемор даволанган.

Юқоридагиларни инобатга олган ҳолда тизза бўғимининг медиал коллатерал бойлами жароҳатида беморларни индивидуал ёндашув йўли орқали жарроҳлик усули билан даволаш натижаларини яхшилашга қарор қилдик. Бунинг учун биз беморларни 3 гуруҳга бўлдик: медиал коллатерал бойламни бутсимон бойламлар билан қўшма жароҳати, медиал коллатерал бойламни менисклар билан бирга қўшма жароҳати ва медиал коллатерал бойламни бутсимон бойламлар ва менисклар билан бирга қўшма жароҳати.

Материал ва усуллар. Бизнинг усулимиз бўйича 2010 йилдан 2020 йилгача бўлган давр ичида медиал коллатерал бойлам узулиши бўйича 158 та бемор операция қилинган. Улардан 127 нафари эркаклар, 31 нафарини аёллар ташкил этади. Беморларнинг ёши 15 ёшдан 64 ёшгача бўлган. Жароҳатнинг давомийлиги 1 кундан 5 йилгача. Шулардан 121 таси эскирган ва 37 та ҳолатда эндигина олинган жароҳатлардир. Беморларнинг 84 тасида ўнг томонлама ва 74 тасида чап томонлама. Медиал коллатерал бойламни узилиши 18 таси изоляцияланган ҳолатда, 140 таси тизза бўғими бошқа элементлари билан бирга жароҳатланган (аралаш турдаги). Аралаш турдаги жароҳатни биз учта группага бўлдик.

1. Медиал коллатерал бойламнинг бутсимон бойламлар билан бирга узилиши.

А) Олдинги бутсимон бойлам билан 44 та ҳолатда.

Б) Орқа бутсимон бойлам билан 22 та ҳолатда

2. Медиал коллатерал бойламнинг менисклар билан биргаликда узилиши – 4 ҳолатда.

3. Медиал коллатерал бойламнинг бутсимон бойламлар ва менисклар билан биргаликда узилиши – 70 ҳолатда.

Медиал коллатерал бойламни тиклашда жароҳатнинг давомийлиги ва тизза бўғимининг бошқа элемент жароҳатларини ҳисобга олган ҳолда, биз уч хил жарроҳлик усулини қўлладик. Республикага ихтисослаштирилган травматология-ортопедия илмий-амалий тиббиёт маркази (РИТОИАМ) спорт травма бўлимида тизза бўғими медиал коллатерал бойлам узилишида янги жарроҳлик усули ишлаб чиқилди. Бунда узилган медиал коллатерал бойламни тиклашда нозик мушак пайидан (m.gracilis) аутотрансплантат олинади. Ушбу усул 20 беморда қўлланилди, 35 ҳолатда бойламни тикиш ва 103 ҳолатда лавсанопластика қўлланилди.

Тизза бўғими стабиллигини таъминловчи тизза бўғимининг бошқа элементларида тузилма ўзгаришларнинг табиатини аниқлаш учун барча беморлар клиник ва рентгенологик, денситометрия, артроскопия, УЗД ва МРТ текширувдан ўтказилди.

РЕЗУЛЬТАТЫ АРТРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ТРАВМЫ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Саидов У.Ш., Холмуродов У.Т.

Ташкентская медицинская академия

Цель. Определить повреждения внутрисуставных структур в структуре острой травмы коленного сустава.

Материалы и методы. В приёмный покой во вторую клинику Ташкентской медицинской академии в течение года поступили 108 больных с диагнозом острая травма коленного сустава. После обследования с помощью рутинного рентген-исследования, а также МРТ-исследования была определена дальнейшая тактика. Из этого количества больных 64 были госпитализированы. После клинического исследования и лучевой диагностики анатомические поражения внутрисуставных структур коленного сустава разделились на следующие: повреждение мениска, повреждение ПКС, повреждение жирового тела Гоффа, свободное внутрисуставное тело, повреждение ЗКС, нестабильность надколенника, сочетанная травма. Из 108 больных число мужчин было 64 и женщин 45, средний возраст которых 45 лет. Показаниями для артропскопии коленного сустава являлись повреждения менисков, повреждение ПКС, посттравматическая нестабильность надколенника, наличие в полости сустава свободных костных хрящевых фрагментов, острая блокада сустава.

Результат. Госпитализированных больных было 64, 41 мужчина и 23 женщины. С 18 до 25 лет составляли 25 (39%), с 26 до 50 лет 22 (34%), 50 и выше 17 (26%). 61 больной были оперированы. Остальные 3 отказались от операции и были отправлены на консервативное лечение по месту жительству. При артроскопии был выявлен Разрыв заднего рога ме-

диального мениска у 28 (46 %) больных, повреждение ПКС у 20 (33%) больных, разрыв латерального мениска у 6 (10%) больных, у 4 больных повреждение жирового тела Гоффа и у 3 больных выявлено свободное внутрисуставное тело.

Вывод. Таким образом, повреждение заднего рога медиального мениска представляет собой наиболее часто встречающуюся зону повреждения наряду с поражением ПКС, включая частичное поражение ПКС. Исходя из этого артроскопия является методом выбора как для подтверждения диагноза, так и для моментального решения вопроса о дальнейшей тактики лечения.

УСТРОЙСТВО ДЛЯ РЕПОЗИЦИИ КОСТНЫХ ОТЛОМКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Сайдиахматхонов С.С., Дурсунов А.М., Мирзаев Ш.Х., Шодиев Б.У., Рахимов А.М., Рахматов Р.Б., Гаипов З.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии

Полезная модель относится к медицине, а именно к медицинской технике, и может быть использована для репозиции костных отломков при лечении переломов длинных костей нижних конечностей, бедренной кости, при лечении несвежих переломов с захождением отломков, с ретракцией мышц и, кроме того, при уже формирующемся сращении.

Использование устройства для репозиции костных отломков при лечении переломов длинных костей нижних конечностей скелетным вытяжением, включающее шину, оснащенную болтами, гайками, кронштейном, резьбовыми штангами, спицами, оснащеннными спицефиксаторами, причем шина выполнена в Г-образной форме, которая жестко соединена с направляющей трубкой, в которой выполнено отверстие и вставлен стопор, кроме того, направляющая трубка выполнена с внутренней резьбовой нарезкой, в которую ввинчен резьбовой стержень, пропущенный через вертикальную втулку и с двух сторон зафиксированный ушковыми гайками, вертикальная втулка жестко соединена с горизонтальной втулкой, через которую пропущен резьбовой стержень, с двух сторон зафиксированный ушковыми гайками и на концах жестко соединенный с муфтами и фиксаторами, причем муфты установлены с возможностью перемещения на двух параллельных трубках, на проксимальном конце трубки установлен паховый упор, на дистальном конце трубки выполнена П-образная рамка, в середине верхней части выполнена перекладина, состоящая из двух параллельных приспособлений с муфтами и фиксаторами, установленными с возможностью перемещения, на которые установлена тяга, втулка оснащена двумя муфтами с фиксаторами, муфты жестко соединены с муфтами на параллельных держалках, на проксимальном конце стержня установлен кронштейн, выполненный в виде полукольца аппарата Илизарова, оснащен спицей и спицефиксаторами, а на дистальном конце стержня выполнена ручка, которая позволяет повысить удобство использования.

Устройство удобно и эффективно в использовании. Позволяет лечить переломы трубчатых костей. Рекомендуется к широкому применению в практической медицине при лечении переломов костей.

Таким образом, предлагаемое устройство обладает новизной и может быть применимо в практической медицине.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ БЛОКИРУЮЩИМИ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫМИ ШТИФТАМИ ПРИ ПОЛИТРАВМАХ

Сайпиев А.А., Сайпиев А.С., Махсудов Ф.М., Худайбердиев П.К.

Навоийский филиал РНЦЭМП

Риск травматизации человека ежегодно возрастает, что обусловлено ускоренным ритмом и высокой технической оснащенностью. Блокирующий интрамедуллярный остеосинтез относится к современным методам лечения переломов длинных трубчатых костей. Актуальность определяется достоинствами, включающими малую кровопотерю, уменьшение длительности оперативного вмешательства и короткий период реабилитации, особенно при политравмах.

Цель настоящего исследования состояла в проведении анализа применения блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза при переломах длинных трубчатых костей за период с 2016 г. по 2020 г. В отделении сочетанных и осложненных травм Навоийского филиала РНЦЭМП оперативное лечение переломов длинных трубчатых костей было проведено у 322 пациентов. Из них количество мужчин составило 189 (58,6%), женщин – 133 (41,4%). Возраст пациентов варьировал от 25 до 87 лет, средний возраст равнялся 47,2 года.

Методом лечения являлся блокирующий интрамедуллярный остеосинтез (фирмы ChM Польша и IRENE). Для лечения сложных переломов диафиза бедренной кости применялись реконструктивные блокирующие штифты. При переломах диафиза плеча, бедра, голени использовалась стандартная система интрамедуллярной фиксации (IF). Интрамедуллярная фиксация системой штифтов применялась в оперативном лечении (89,0%) пациентов, из них мужчин было (65,0%), женщин – (35,0%) че-

ловек. Средний возраст мужчин составил 46,6 года, с индивидуальными колебаниями от 23 до 84 лет. Средний возраст женщин ровнялся 74,0 года (от 66 до 82 лет). При этом больных с переломом плеча было (10,5%) человек. Средний возраст пациентов составил 50,3 года (от 25 лет до 71 года). Перелом диафиза бедра был диагностирован у (35,8%) человек. Возраст больных варьировал от 14 до 84 лет, среднее значение равнялось 36,4 года. Количество пациентов с переломом голени установлено (53,7%). Средний возраст больных составил 38,0 лет, с индивидуальными колебаниями от 17 года до 69 лет.

Выводы. Таким образом, блокирующая интрамедуллярная фиксация штифтами является эффективным способом лечения переломов длинных трубчатых костей при политравмах и успешно применяется в отделении сочетанных и осложненных травм Навоийского филиала РНЦЭМП. Известные достоинства данного метода позволяют использовать его у пациентов различных возрастных групп. Также применение данного метода позволяет сократить сроки пребывания больных в стационаре, ранней реабилитацией и быстрое восстановление самообслуживания после травмы.

БЛОКИРУЮЩИЙ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ – РАННИЕ И ПОЗДНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Сайпиев А.С., Хужакулов У.Б., Сайпиев А.А.

Навоийский филиал РНЦЭМП

Основополагающими принципами при выборе метода фиксации переломов являются прочная фиксация, минимальная кровопотеря, малотравматичность, что необходимо для раннего функционального лечения без иммобилизации. Таким требованиям отвечает блокирующий интрамедуллярный остеосинтез (БИОС). Различные переломы диафиза трубчатых костей сопровождаются с большой или меньшей степени повреждением мягких тканей. При этом повреждаются сосуды и нервы, это более выраженное при выполнении остеосинтеза открытым способом. Применение блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза также не лишено возможных осложнений в послеоперационном периоде.

Нами ретроспективно были изучены ранние и поздние осложнения оперативных вмешательств, с применением БИОС. В течение 2017–2019 годов в отделении сочетанных травм Навоийского филиала РНЦЭМП выполнены 134 оперативных вмешательств с применением БИОС. Из них по сегментам: на плечевой кости 15 (11,9%), на бедренной кости – 66 (49,3%), на большеберцовой кости – 59 (39,5%). По возрасту: 18–44 лет 48 (35,8%), 45–59 лет – 41 (30,6%), 60–70 лет – 41 (30,6%), старше 70 лет – 8 (5,9%). Из числа 134 оперированных больных у 93 (69,4%) имело место сочетанных повреждений. В том числе сочетанная ЧМТ – 42 (41,8%), с другими скелетными травмами – 38 (42%), абдоминальной травмой – 11 (12,7%), повреждениями костей таза – 13 (14%), травмой грудной клетки – 9 (9,7%), переломами позвоночника – 3 (3,2%). Изолированные диафизарные переломы трубчатых костей составили 43 (32%). Причинами полученных травм: 86 (57,7%) ДТП, бытовые травмы – 45 (34%), производственная травма – 7 (9,3%), криминальные – 3 (2,2%). Сроки выполнения оперативных вмешательств: 1–3 сутки после травмы – 32 (23,8%), 3–5 дни – 58 (43,2%), позже пяти суток – 44 (32,8%). Из числа оперированных больных методом БИОС в 101 (75,3%) случае произведено закрытым способом, в 33 (31,7%) случаях открытым способом. Всем пострадавшим при поступлении согласно стандартам экстренной медицинской помощи проведены рентгенологические исследования, УЗИ, ЭхоЭС, при необходимости МСКТ-исследование, клинико-биохимические исследования крови. Обследования проводились на фоне интенсивной терапии и противошоковых мероприятий.

Из 134 оперированных больных у 7 (5,2%) наблюдались разные степени тяжести флеботромбоза сосудов конечностей. Нагноение раны – у 4 (2,9%), синдром жировой эмболии – у 2 (1,4%), парезы периферических нервов – 3 (2,2%). Артериальные тромбозы не наблюдались. Возникшие ранние осложнения устранены в период пребывания больных в стационаре.

Поздние осложнения изучены в течение двух лет после операции: перелом штифта у 2 (1,4%), из них один в плечевом сегменте, второй в большеберцовой кости. Миграция блокирующих винтов 8 (9,9%), несросшийся переломы в сроки консолидации – 4 (2,9%), ложные суставы – 3 (1,7%), посттравматический остеомиелит – 2 (1,4%), укорочение сегмента конечности – 3 (1,7%), сгибательная контрактура суставов – 4 (2,9%).

Все возникшие осложнения как ранние, и поздние наблюдались у больных, у которых диафизарные переломы конечности сочетались с другими анатомическими повреждениями, у которых в послеоперационном периоде не было возможности ранней реабилитации из-за тяжести общего состояния.

Таким образом, необходимо отметить, что часто причинами осложнений при применении метода блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза у больных с сочетанной травмой являются неоднократно требующиеся разные оперативные вмешательства по восстановлению анатомической целостности других органов и систем, а также длительное соблюдение постельного режима и невозможность ранней реабилитации больных.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ У ДЕТЕЙ

Собиров Э.Ж., Ниёзметова Ё.О.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

При более чем 50% случаев тяжелых травм летальность наступает в первые 2 суток от травмы, в период шокогенных повреждений (ШП). Несмотря на значительное количество исследований, посвященных нарушениям кровообращения при травматической болезни (ТБ), существуют некоторые разногласия в методах коррекции, составляющих основу интенсивной терапии (ИТ) пострадавших с сочетанной травмой (СТ).

Целью работы явилось изучение изменений гемодинамики и микроциркуляции у детей с ШП в острые периоды ТБ и возможные пути их коррекции.

Материалы и методы. Работа основана на результатах анализа обследования и лечения 168 детей (3–15 лет), пострадавших с СТ и ШП в остром периоде ТБ. Тяжесть травмы определяли по традиционной, 3х-степенной классификации с оценкой параметрически (в часах) по продолжительности жизни и длительности шока – времени нестабильной гемодинамики. У 26% детей выявлен шок – I степени, у 38% – II степени, у 35% – III степени. Исследования проводили при поступлении, и каждые 6 часов до окончания острого периода ТБ. Помимо традиционных методов исследования центральное венозное давление (ЦВД), диурез (Д), параметры дыхания (ДО, МОД, ЖЕЛ), центральную гемодинамику (ЭхоКГ – МОК, СИ, УИ, ОПСС), оксиметрию (Sat O2).

Результаты. Начальный период ТБ характеризовался значительным изменением всех исследуемых параметров гемодинамики, снижением МОК (на 33% при шоке II ст., на 45% – при шоке III ст.) со снижением СИ и ОПСС (87% при шоке II ст., 65% – при шоке III ст.), снижением АД ср. и возрастанием ЧСС. Суммарный дефицит внеклеточной и внутриклеточной жидкости (ОЦК) превышал 3,5±0,4 л при шоке III ст., а ОЦП – в среднем снижен на 40%.

Период стабилизации функций проявлялся сниженными значениями МОК и СИ, когда ОПСС существенно увеличивалось (при шоке II ст. в пределах нормы, при шоке Ш ст. – на 7,5%, в летальной группе – 85% от контроля). АД ср. значительно нивелировалось у пациентов с II и Ш ст., но в группе с летальным исходом составляло 68% от контроля.

Период декомпенсации функций наблюдался только у пострадавших с «необратимым» шоком, характеризуясь прогрессирующим угнетением всех параметров системной гемодинамики, сохраняющимися нарушениями гемоперфузии на органном и микроциркуляторном уровнях, приводящее в дальнейшем к развитию терминального периода торпидной фазы.

Период декомпенсации функций отмечался возрастанием МОК (45%), ОПСС (42%) и СИ (34%) с положительной тенденцией у детей с проявлениями II ст. и III ст. шока. По-видимому, основным компенсаторным механизмом, поддерживающим перфузионное давление, стало ОПСС на фоне существенно возросших объемов ОЦК и ОЦП. Проводимая ИТ способствовала значительному возрастанию объема внеклеточной жидкости при сохраняющихся низких значениях внутриклеточной.

Исключительно важно предотвратить снижение онкотического давления плазмы, вызывающей экстравазацию жидкости, сводя к минимуму усилия, направленные на восстановления ОЦК, способствующие развитию отека легких. Неэффективность терапии кристаллоидами и коллоидами, снижение СИ и ОПСС является поводом к назначению глюкокортикоидов.

Выводы. Лечение, проводимое в остром периоде ТБ, основанное на базисной терапии пациентов с травматическим шоком III ст., позволило уменьшить госпитальную летальность с 38% до 28%.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЕ БЛОКИРУЮЩЕГО ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Сувонов Н.О., Хужакулов У.Б., Сайпиев А.С., Худайбердиев П.К., Сайпиев А.А.

Навоийский филиал РНЦЭМП

Применение интрамедуллярного остеосинтеза при переломах плечевой кости остается предметом дискуссий, так как при оперативном лечении плечевой кости достаточно хороший результат от накостного остеосинтеза.

Цель исследования. Анализ результатов применение БИОС при переломах плечевой кости, выявление возможных ошибок, пути их устранения преимущества БИОС.

Материалы методы. В течение 2015–2019 годы в отделении сочетанных и осложнённых травм Навоийского филиала РНЦЭМП 38 пострадавшим произведены операции с применением БИОС при переломах плечевой кости.

Возрастная структура больных: 18–44 года – 21 больной, 45–58 лет – 14 больных, 60 лет и старше – 3 случая. По полу: мужчины – 26, женщины – 12. Сроки проведения оперативных вмешательств: 1–3 сутки – 18, 4–6 сутки – 9 больным, 7–10 сутки – 6 больным, более 10 – 5 случаях.

По локализацию перелома: в 27 случаях перелом средний трети диафиза, у 11 больных перелом верхней трети плечевой кости.

Из числа 38 оперированных больных в двух случаях применено – открытый способ данного остеосинтеза при наличии признаков невропатии лучевого нерва до операции. В остальных случаях

операция проведена закрытым способом под ЭОП. Среднее пребывание больных в стационаре составляет 7–8 койко-дней.

Осложнения: в одном случай имел место воспалительный процесс, в двух случаях несращение перелома, в одном случай миграция винта, послеоперационный парез лучевого нерва у 1 больного, парез локтевого нерва в одном случае.

Общие осложнения при применении БИОС диафизарных переломах составили 10,8%, которые устранены в динамике лечении.

Функциональные результаты оценивались по шкале «CONTANTS» в сроки 12 месяцев после операции. Средний показатель составил 84,4+11,8 баллов. Отмечено закономерное улучшение результатов лечение у пациентов с выстоянием металлоконструкции в плечевой кости.

Выводы. Применение БИОС при диафизарных переломах плеча в настоящее время является методам выбора, сокращает сроки пребывания больных в стационаре, уменьшает различного рода осложнения.

БОЛДИР СУЯКЛАРИ ДИАФИЗАР СИНИШЛАРИНИ БИОС ЁРДАМИДА ЁПИҚ МИНИИНВАЗИВ ДАВОЛАШ ТАЖРИБАЛАРИ

Тахиров Ж.М., Уразбаев А.А., Хударганов Х.Р., Жуманиязов Н.К.

РШТЁИМ Хоразм филиали

Болдир суякларининг синиши таянч ҳаракат аъзолари шикастланишлари ичида энг кўп учрайдиган шикастланишлардан бири ҳисобланади. Муаллифларнинг маълумотларига кўра болдир суякларининг синиб-силжишлари тананинг дистал сегментларининг турли синишларига қараганда биринчи ўринда туради ва 54,2–58% ни ташкил қилади.

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Хоразм филиалида 2019–2020 йил давомида бизнинг кузатувимизда 488 та бемор болдир суякларининг диафизар синиб-силжишлари билан даволандилар ва бу катталардаги барча суяк синишларини 61,6% ни ва оёқ синишларини 58%ни ташкил этади. Болдир суяклари диафизар синиб силжишларини даволашнинг асосий усули бу оператив даво усулидир, аммо бизнинг кузатув материалларимизга қараганда, ҳамда баъзи адабиётларни ўрганган ҳолда шундай хулосага келиндики: болдир суяклари ўрта/3, п/3, ю/3 синиқларини қўл ёрдамида бир лаҳзали репозицияси ҳар доим қониқарли натижа бермай қолади, шу сабабли синиқлар 3/1 силжиши ва 10 градус бурчакли силжишларда тўлиқ остеосинтез операцияси қўлланилиши керак бўлади.

Болдир суякларини диафизар синиб-силжишларини очиқ усулда оператив даволаш усуллари билан бир қаторда, биз 22 та беморларда ЭОП (Электрон оптик телерентгеноскопия – С-АРМ) аппарати ёрдамида ёпиқ усулда Еланский штифти ёрдамида интрамедулляр остеосинтез, ChM БИОС лари ёрдамида ЭОП сиз ёпиқ интрамедулляр остеосинтез – 120 та, IRENE БИОС лари ёрдамида ёпиқ интрамедулляр остеосинтез – 221 та, DOUBLE MEDIKAL БИОС лари ёрдамида ёпиқ остеосинтез – 46 та, комбинирланган остеосинтез – Богданов стержени ва Илизаров аппаратлари ёрдамида – 79 та беморда ёпиқ остеосинтез каби оператив даво усулларини қўлладик.

Биз барча беморларни касалхонага ётқизилган куни 1–2 соат ичида клиник-лаборатор, рентгенологик текширишлар, кўрсатма бўйича терапевт, кардиолог-анестезиолог ва бошқа мутахассислар кўригидан сўнг шошилинч равишда оператив даво қўлладик, чунки беморларни эрта активлаштирилмаган тақдирда – тромбоэмболик асоратлар, ётоқ яралар, ётоқ пневмонияси каби турли хилдаги асоратлар келиб чиқиши мумкин, бу эса шикастланишдан кейин ўтадиган даволаш натижаларини ёмонлаштиради.

Болдир суяклари диафизар синиб-силжишларини оператив даволаш натижалари 488 бемордан 478 тасида яхши, 8 тасида қониқарли ва 2 та беморда қониқарсиз натижа кўрсатди.

Беморларда даволаш тактикаси болдир ўлчамларини ҳисобга олган ҳолда – жароҳат турлари, суяк синишларининг тури ҳамда суяк бўлакларининг силжиш юзаларини ҳисобга олган ҳолда танланиши зарур.

Беморларда болдир суякларининг юқори/3, пастки/3, ўрта/3 синишларини шикастланишдан кейинги даврда қанча эрта оператив даво усуллари қўлланса, шунча тез консолидация жараёнлари рўй беради.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЛОСКОВАЛЬГУСНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ СТОП

Тиляков А.Б., Шамукимов Ш.А., Садиков С.А., Турсунова С.А.

Республиканский центр детской ортопедии

Плоско-вальгусная деформация стопы – патология, сопровождающаяся «заваливанием» стопы кнутри и ее уплощением. При этом в области стоп и голеностопных суставов образуется Х-образное искривление, причем на поверхность пятка опирается своим внутренним краем. Среди детей школьного возраста распространенность ортопедической патологии достигает 30%. Практические ортопеды у детей чаще ориентированы на консервативное лечение, основной задачей которого являются восстановление нормального взаиморасположения костей стопы и создание оптимальных условий для ее дальнейшего правильного анатомо-функционального развития. К сожалению, консервативное

лечение далеко не всегда эффективно, вынуждает больного постоянно использовать ортопедические пособия, не давая стойкого результата.

Несмотря на успехи ортопедии, оперативное лечение больных с патологией костей стопы до настоящего времени является одной из наиболее сложных клинических задач, так как оно сопровождается большим количеством осложнений и неудовлетворительных исходов (от 41 до 70%), а в некоторых случаях признается невозможным.

В Республиканском центре детской ортопедии с 2017 по 2020 г. находилось на лечении 41 больной в возрасте от 10 до 16 лет с плоско-вальгусной деформацией стопы, которым выполнены оперативные вмешательства. Число пациентов мужского и женского пола было – 28:13. Всем больным проводили комплекс обследований, включающий в себя клинические, рентгенологические и инструментальные исследования. Комплексная оценка стопы осуществлялась с использованием шкалы Американской ассоциации хирургии стопы и голеностопного сустава (AOFAS), которые являются общепринятыми в настоящее время повсеместно для оценки результатов лечения хирургии стопы и голеностопного сустава (Ibrahim T. et al., 2007). Шкала AOFAS 100-балльная рассматривает и оценивает клинико-функциональные параметры стопы. Максимальные 100 баллов возможны у пациентов без боли, с полной амплитудой движений в суставах первого луча, 9 без признаков нестабильности этих суставов, без ограничений повседневной и профессиональной активности, без ограничений в выборе и ношении обуви. Хирургическое лечение выбирается на основе типа и количества деформации. При гибкой, мягкой деформации показана пересадка сухожилий (длинный сгибатель пальцев), которая выполняется вместе с операциями на костных структурах. Медиализирующая остеотомия пяточной пятки показана, чтобы исправить деформацию и обеспечить удовлетворительные результаты у пациентов со стадией IIa. При установке пяточной кости в медиальное положение натягиваются медиальные связки и сухожилие ЗББ, что приводит к минимальному ограничению движения. Операции для лечения деформаций на уровне среднего отдела стопы включают артродез плюснепредплюсневого сустава и таранно-ладьевидного сустава. Послеоперационный период включает 6–8 недель ходьбы без опоры на оперированную конечность. От 6 до 12 недель пациент остается в съемной лонгете с возможностью нагрузки. Движения начинаются в 6 недель, и прогрессивные упражнения укрепления начинаются в 12 недель после операции. Пациент должен быть информирован, о том, что окончательный результат лечения не ожидается до 6 месяцев после операции.

Таким образом, плоско-вальгусная стопа является одной из часто встречающихся ортопедических патологий в детском и подростковом возрасте, для лечения которой могут быть использованы оперативные методы лечения. Применение усовершенствованных способов хирургической коррекции у детей с плосковальгусной деформацией стоп в сочетании с реабилитационно-восстановительными мероприятиями в пред- и послеоперационном периоде позволило добиться хороших и удовлетворительных результатов в 85% случаев.

ТАКТИКА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С СОЧЕТАННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ТАЗА И ПЕРЕЛОМАМИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Тиляков Х.А.[1], Валиев Э.Ю.[2], Тиляков А.Б.[2], Ишкобилов Р.Ж.[1]

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

Сочетанные повреждения таза с переломами бедренных костей относятся к одному из самых тяжёлых и проблемных видов травмы. В структуре сочетанных и множественных повреждений они регистрируются с частотой от 4,4 до 12,8%. Причиной этих повреждений в основном являются дорожно-транспортная травма и кататравма. При повреждениях таза, сочетанных с переломами бедренной кости, показание консервативному лечению, применение методов закрытого и открытого остеосинтеза полностью не нашла своего разрешения, и для уточнения данных аспектов травматологической помощи важно продолжение исследовательских работ. Оказание экстренной помощи при травматическом и геморрагическом шоке, развившемся впоследствии повреждения таза, заключается в восстановлении стабильности тазового кольца. Для этого у пациентов, получивших сочетанную травму, по принципу «damage control» проводится анатомическая репозиция таза посредством операций, вызывающих краткосрочную и минимальную травму, а на следующем этапе стабильная фиксация фрагментов перелома, чтобы сделать возможным раннюю функциональную реабилитацию больных.

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

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) и его Самаркандского филиала (СФРНЦЭМП) с 2016–2020 гг. находилось 67 пациентов с сочетанными переломами бедра и повреждениями таза. Дорожно-транспортные происшествия явились причиной травм у 33 (49%) пострадавших, кататравма – у 21 (31%), несчастные случаи в быту – у 13 (20%). В состоянии

алкогольного опьянения – 17 (25,3%) больных. Открытые переломы диагностированы у 12 (18%), закрытые переломы отмечены у 55 (82%) пациентов. Чаще всего имело место сочетание переломов бедра и голени. Лиц мужского пола было 47, женского 20. У 25 (37,3%) больных возраст варьировался от 14 до 25 лет, и 29 (43,5%) пострадавших были в возрасте от 25 до 55 лет, 13 (19,2%) – старше 55 лет. Переломы костей таза и конечности в сочетании с повреждениями внутриполостных органов выявлены у 8 (12%) пострадавших. У 14 (21%) пострадавших переломами локализовались в проксимальном отделе бедра у 22 (33%) – в верхней трети, у 23 (34%) – в средней трети, у 8 (12%) – в нижней трети бедра.

Результаты. У пострадавших при стабильном или условно стабильном состоянии для стабилизации повреждений бедра использовали погружной интра-, экстрамедуллярный остеосинтез (в течении первых 3 сут.), а повреждения таза лечили консервативно. При повреждении внутренних органов остеосинтез бедренной кости выполняли последовательно после устранения доминирующей патологии и оказанием помощи по принципу «damage control».

У пациентов с декомпенсированным состоянием (шок 3–4 степени), с сочетанными повреждениями костей таза типа B и C (ротационно-нестабильные, но вертикально стабильные повреждения у 19, повреждения с ротационной и вертикальной нестабильностью таза у 8 с переломами бедра по классификации AO типа B и C, применяли менее травматичные методы на основе чрескостного остеосинтеза. С целью противошоковой терапии и остановки кровотечения из костей таза производили стабилизацию таза стержневыми аппаратами, а переломы бедренной кости иммобилизировали временными гипсовыми лонгетами или наложением системы скелетного вытяжения. После выведения больных из шока и стабилизации состояния больных бедренную кость стабилизировали методом погружного интра-экстрамедуллярного остеосинтеза.

Лечение наиболее тяжёлых больных с повреждениями костей таза типа C (повреждения с ротационной и вертикальной нестабильностью таза) и переломами бедра по классификации AO типа C проводили в следующем порядке. При стабильном состоянии больных в течение первых 3 суток осуществляли стабилизацию таза и бедра с использованием малоинвазивных методов с помощью разработанного в клинике спице-стрежнего аппарата «таз-бедро».

Исходы лечения, изученные в сроки до 3 лет, с учётом анатомо-функциональных результатов оценены традиционно по трехбалльной системе. Хорошие результаты получены у 46 больных, удовлетворительные – у 19, неудовлетворительные – у 2.

Заключение. Таким образом, переломы бедра с повреждением костей таза являются одной из наиболее тяжёлых сочетанных травм опорно-двигательного аппарата. Ранняя стабилизация переломов даёт возможность ранней активизации больного, предупреждение грозных гипостатических осложнений. Совмещение сроков консолидации и реабилитации способствовало получению положительных функциональных результатов, что позволило значительно сократить число больных с тяжёлыми последствиями повреждений опорно-двигательного аппарата.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ РАЗГИБАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПАЛЬЦЕВ КИСТИ НА УРОВНЕ ДИСТАЛЬНОГО МЕЖФАЛАНГОВОГО СУСТАВА

Толочко К.П., Равшанов Ш.Н., Худоёров Ф.Р.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии

Молоткообразная деформация пальца (mallet finger) развивается вследствие повреждения терминального отдела разгибательного аппарата пальца с или без наличия отрывного перелома дистальной фаланги и потерей активного разгибания на уровне дистального межфалангового сустава (ДМФС). Сложность анатомического строения и функции разгибательного аппарата пальцев кисти, значительное число неудовлетворительных исходов лечения, таких как остеоартрит дистального межфалангового сустава и формирование деформации по типу «лебединой шеи», в случае отсутствия лечения придает этой проблеме особую актуальность.

За период с 2019 по 2020 год в отделении хирургии кисти и стопы Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии наблюдалось 47 пациентов с повреждением разгибательного аппарата на уровне ДМФС. Среди пациентов 38 мужчин (80,8%; средний возраст мужчин – 24,3 года) и 9 женщин (19,2%; средний возраст женщин – 47,3 года). При клиническом осмотре отмечалась боль и отечность в области ДМФС, дефицит разгибания дистальной фаланги (до 30° – частичное повреждение сухожилия разгибателя, капсулы ДМФС; более 30° – полное повреждение, отрывной перелом). Основным методом диагностики являлась рентгенография в прямой и боковой проекции. Для выбора тактики лечения, по классификации Doyle (1999), пациенты были распределены следующим образом: тип I (закрытое повреждение, с/без наличия перелома) – 37 пациентов (78,7%), II тип (открытая травма) – 1 пациент (2,1%), III и IV a тип не наблюдались, IV b (перелом, 20–50% суставной поверхности) –

7 пациентов (14,9%), IV с (перелом, более 50% суставной поверхности) – 2 пациента (4,2%).

Показаниями к консервативному лечению являлись острая травма (< 12 недель), закрытое повреждение (I тип по Doyle) или отрывной перелом < 30% суставной поверхности (IVb тип по Doyle). Консервативное лечение было проведено 39 пациентам (82,9%) с использованием индивидуального ортеза из термопластического материала с изолированной фиксацией пораженного ДМФС на период 8 недель постоянного ношения. При ношении пациентами ортеза в течение 6 недель, в ряде случаев мы наблюдали остаточный дефицит разгибания, поэтому срок 8 недель был выбран, как оптимальный; в случае прекращения иммобилизации в более ранний срок, пациентам было рекомендовано повторное ортезирование на такой же период.

Показаниями к хирургическому лечению являлись отрывной перелом > 30% суставной поверхности (IVb и IVc тип по Doyle), наличие ладонного подвывиха дистальной фаланги и смещение суставной поверхности > 2 мм. Хирургическое лечение было проведено 8 пациентам (17,0%) с применением закрытой малоинвазивной техники с фиксацией дистальной фаланги и фрагмента отрывного перелома спицами по Ishiguro (1997). После оперативного лечения проводилось ортезирование, удаление спиц проводилось через 6 недель.

Среди группы пациентов, которым было проведено консервативное лечение, у пяти пациентов (12,8%) отмечался дефицит разгибания дистальной фаланги в пределах 10°, у остальных пациентов объем сгибально-разгибательных движений в ДМФС был полностью восстановлен; все пациенты был удовлетворены полученными результатами. Среди группы пациентов, которым было проведено оперативное лечение, не наблюдалось отрицательных результатов.

Выводы. Применение индивидуальных ортезов из термопластика при острых повреждениях разгибательного аппарата пальцев является лучшей альтернативой традиционному гипсу, в силу комфорта и эффективности; малоинвазивная техника с фиксацией отрывных переломов спицами по Ishiguro является методом выбора при острых травмах, так является простой, безопасной и эффективной, а при наличии определенных условий выполнимой и в амбулаторных условиях.

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ

Тураев Ф.Т., Дусткобилов У.Н., Хидиров Э.А.

Сурхандарьинский филиал РНЦЭМП

Цель. Анализ лечения больных с политравмой, сопровождающейся переломами длинных трубчатых костей нижних конечностей.

Материал и методы. В отделении сочетанной травмы Сурхандарьинского филиала РНЦЭМП в 2017–2019 г., проводилось лечение 117 больных различного возраста с политравмой, в том числе сопровождающейся переломами длинных трубчатых костей нижних конечностей поступило 67 (57,3%) больных, у 50 (42,7%) пострадавших переломы нижних конечностей являлись доминирующей патологией.

Из них мужчин 69 (59%), женщин – 30 (25,6%), детей – 18 (15,4%). У 83 (70,9%) пострадавших причиной травмы являлось ДТП, у 26 (22,2%) – падение с высоты и у 8 (6,9%) больных – бытовые травмы. Все больные поступили в состоянии шока, тяжесть которого определялась полученной травмой, а также временем, прошедшим с момента получения травмы до начала оказания квалифицированной медицинской помощи.

Лечение этих больных проводилось тремя общедоступными методами: оперативными, путем наложения гипсовых повязок и скелетным вытяжением (чаще как метод временной иммобилизации). Средний срок проведения оперативного вмешательства варьирует в пределах 1–7 суток в зависимости от тяжести состояния пострадавшего. Интрамедуллярный остеосинтез произведен 27 (23,1%) больным, экстрамедуллярный остеосинтез пластинами 48 (41%), внеочаговый дистракционно-компрессионный остеосинтез (ВКДО) у 29 (24,8%), скелетное вытяжение – у 8 (6,8%), гипсовые повязки наложены 5 (4,3%). Гипсовыми повязками лечили больных, у которых были тяжелые сопутствующие соматические заболевания, состояние декомпенсации жизненно важных органов.

Результаты. Проанализировав результаты лечения больных с политравмой, у 98 (83,8%) больных получены хорошие результаты, из осложнений 19 (16,2%) больных, из них у 8 (6,8%) угловая деформация в результате нарушения больными ортопедического режима, у 5 (4,3%) замедленная консолидация, у 3 (2,6%) отмечался синдром жировой эмболии, у 3 (2,5%) несращение костных отломков.

Вывод. Консервативное лечение переломов нижних конечностей необходимо использовать только в исключительных случаях, при невозможности проведения анестезии и оперативного вмешательства. 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, применение тактики как можно раннего оперативного вмешательства позволяет в ранние сроки мобилизовать пациентов и добиться лучших функциональных результатов.

ОЁҚ ВА ҚЎЛЛАРДА ДЕКОМПРЕССИОН ФАСЦИОТОМИЯ ОПЕРАЦИЯСИ КЎРСАТКИЧЛАРИ ВА САМАРАДОРЛИГИ

Тухтакулов А.Ю., Амонкулов З.К., Усманов Б.С., Насритдинова Н.Б.

РШТЁИМ Фарғона филиали

Ўткир ишемия шароитида мушаклар шишини ривожланиши капиллярларнинг ўтказувчанлигини ошиши билан белгиланади. Бундай ҳолатда зич фасция билан мушакларни эзилиши тўқималардаги қон келишини ёмонлашувига олиб келади ва фасциотомия йўли билан декомпрессия заруриятини келтириб чиқаради. (В.С. Савельев, И.И. Затевахин, Н.В. Степанов, Москва, 1987 г.).

Тадқиқот мақсади. Оёқ ва қўлларнинг ишемик шиши бор беморларни хирургик даво натижаларини баҳолаш ва даволаш-диагностик тадбирларни ишлаб чиқиш.

Материал ва услублар. Биз декомпрессион фасциотомия бажарилган 480 касалга тегишли бўлган материални ўрганиб чиқдик. Эркаклар сони 274 (57,1%), аёллар сони – 206 (42,9%). Касаллар ёши 6 ёшдан 83 ёшгачани ташкил этди.

Декомпрессион фасциотомиянинг кўрсаткичи ишемия клиникаси билан оёқ ва қўлларнинг кескин ва ўсувчи шиши билан ифодаланган. Оёқ ва қўлларнинг ишемик шиши 202 (42%) беморларда тромбоэмболик асоратларнинг артериал реконструкциясидан сўнг ривожланди, 80 (16,7%) – оғир жароҳатларда қон айланиши тиклангандан сўнг, 154 (32,1%) – бўғин соҳасидан синишлардан сўнг, 44 (9,2%) – тўқималар эзилишидан сўнг ривожланади.

156 (32,5%) – касалларда ишемик шиш жойлашишга қараб билакда ва қўл кафтида декомпрессион фасциотомия операцияси ўтказилган. 324 (67,5%) беморда – болдир ва оёқ кафт соҳасида декомпрессион фасциотомия операцияси ўтказилган.

Ишемик шиш билан келган барча беморларга 1–2 соат давомида антикоагулянт, антиагрегант, спазмолитик, антибиотикларни ўз ичига олган консерватив терапия ўтказилди.

Қон айланиши тиклангандан сўнг, декомпрессион фасциотомия 435 (90,6%) ҳолатларда 2-кунида 45 та (9,4%) беморларда – 5-кунида бажарилди. Туннеллаштириш йўли билан фасциотомия кўприксимон тери-ёғ қаватини қолдириш йўли билан 412 (85,8%) беморларда бажарилди. Тўқималарни кесиш йўли билан очиқ декомпрессион фасциотомия соғ тўқималар кўрсаткичлари паст бўлган 68 (14,2%) беморларда бажарилди.

Операция давомида ва операциядан сўнг қилинган очиқ фасциотомия, мушак тўқималари ҳаётийлигини баҳолашга, қон айланиши бузилган, некрозга учраган тўқималарни кесишга имкон беради.

366 (76,3%) беморларда декомпрессион фасциотомия бажарилгандан сўнг, вакуумли дренажлаш қўйиб, терига ушлаб турувчи сийрак чоклар қўйилди.

114 (23,8%) беморларда 5–8 суткаларда жароҳат терисига иккиламчи чоклар қўйилди.

87 (18,1%) ҳолатда шишган мушакларнинг жароҳатдан чиқиб қолиши, дефект пайдо бўлишига олиб келди ва тери жароҳатини тикишни иложи йўқлиги сабабли жароҳатлар антисептик боғлов остида очиқ қолдирилди. Жароҳатни тозалагандан сўнг ва фаол грануляция пайдо бўлгандан сўнг, жароҳат юзаси тери трансплантанти билан беркитилди.

8 (1,7%) ҳолатда, артериялардаги реконструктив операциялардан сўнг ва декомпрессия йўли билан қилинадиган фасциотомияда тромбоз ва оёқ гангренаси ривожланди, 3 (0,6%)да – анастомоз тромбозидан сўнг Фолькманнинг ишемик контрактураси, 14 (2,9%)да – иккиламчи инфекция натижасида жароҳат йиринглашига олиб келди.

Бизнинг кузатишларда қон айланиши тиклангандан кейин ва 2 суткагача бажарилган декомпрессион фасциотомиядан сўнг яхши натижалар олинди.

Хулосалар. Декомпрессион фасциотомияни оёқ ва қўлларини тараннглашган ёки ўсиб борувчи шишида бажариш лозим. Ўз вақтида бажарилган декомпрессион фасциотомия эзилиш натижасидаги тўқималарни ишемик некрозини ривожланишини бартараф қилади. Декомпрессион фасциотомия бажарилишида иккиламчи инфекция ривожланишини ҳисобга олиш лозим.

ПРИМЕНЕНИЕ АРТРОСКОПИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПРИ СВЕЖИХ СЛУЧАЯХ ГЕМАРТРОЗА

Тухтакулов А.Ю., Махмудов Н.И., Шерматов С.А.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Повреждения коленного сустава относятся к группе наиболее часто встречающейся патологии органов движения человека. В структуре всех травм опорно-двигательной системы повреждения коленного сустава составляет 9,8%. Одно из сложных проблем травматологии и ортопедии является диагностика и лечение внутрисуставных повреждений коленного сустава в остром периоде травмы, сопровождающейся гемартрозом коленного сустава. Гемартроз – не самостоятельная нозологическая единица, а лишь наиболее частый и отчетливо выраженный симптом повреждения коленного сустава.

Цель. Совершенствование лечебно-диагностической тактики при острых посттравматических гемартрозах коленного сустава на основе использования метода артроскопии.

Анализ пациентов с хроническими синовитами и артрозными явлениями коленного сустава показывает, что в анамнезе у таких пациентов имеются указания на травмы коленного сустава, сопровождавшиеся гемартрозом. При использовании традиционной методики лечения гемартрозов путем пункции сустава и эвакуации крови, у этих пациентов возникала необходимость проведения повторных пункций поврежденного сустава. В связи с этим длительность лечения увеличивалась.

Пациентов с гемартрозом коленного сустава мы госпитализировали и в течение первых дней после минимальных лабораторных исследований проводили им артроскопию коленного сустава. При этом выявили следующее: кровь в суставе в объеме 60–120 мл, повреждение суставного хряща (у 2 больных), менисков (у 8 больных), связочного аппарата (у 3 больных), наличие небольших размеров хондромных тел (у 1 больного). После промывания сустава раствором натрий хлорида 0,9% – 3 л, добивались полной санации сустава. После артроскопии коленный сустав фиксировали тутором без дренирования. Фиксация коленного сустава в туторе продолжалась от 2–7 дней до 3 недель в зависимости от имеющегося повреждения. Ходьба на костылях на следующий день после артроскопии, если не были выявлены повреждения суставного хряща. В случае наличия такого повреждения разрешалась ходьба с нагрузкой через 7 дней, а ходьба с палочкой через 3–4 недели.

Ни у одного больного мы не наблюдали рецидивов гемартрозов и посттравматических синовитов в ближайшее время. Пациенты довольны своим лечением и своевременным восстановлением трудоспособности.

Применение артроскопии наиболее оптимально на 3–4 сутки после травм коленного сустава, сопровождающихся гемартрозом.

Таким образом, артроскопия коленного сустава при гемартрозе является высокоэффективным методом выбора для диагностики и лечения внутрисуставных повреждений.

БОЛАЛАРДА БИЛАК СУЯКЛАРИНИНГ ДИАФИЗАР СИНИШЛАРИНИ МИНИИНВАЗИВ ДАВОЛАШ ТАЖРИБАЛАРИ

Уразбаев А.А., Ражабов О.С., Хударганов Х.Р.

РШТЁИМ Хоразм филиали

Болаларда билак суякларининг синиши таянч ҳаракат аъзолари шикастланишлари ичида энг кўп учрайдиган шикастланишлардан бири ҳисобланади. Муаллифларнинг маълумотларига кўра билак суякларининг синиб-чиқишлари елка камари суяк сегментларининг турли синишларига қараганда биринчи ўринда туради ва 64,3–68% ни ташкил қилади.

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Хоразм филиалида 2017–2019 йиллар давомида бизнинг кузатувимизда 248 та бемор болалар суякларининг диафизар синишлари билан даволандилар ва бу болалардаги барча суяк синишларини 31,6% ни ва қўл синишларини 42,2% ни ташкил этади. Болаларда билак суяклари диафизар синишларини даволашнинг асосий усули бу консерватив даво усулидир, аммо бизнинг кузатув материалларимизга қараганда ҳамда баъзи адабиётларни ўрганган ҳолда шундай хулосага келиндики: билак суяклари ўрта/3, п/3, ю/3 синиқларини қўл ёрдамида бир лаҳзали репозицияси ҳар доим қониқарли натижа бермай қолади, шу сабабли синиқлар 3/1 силжиши ва 10 градус бурчакли силжишларда тўлиқ остеосинтез операцияси қўлланилиши керак бўлади.

Болаларда билак суякларини диафизар синишларини консерватив даволаш усуллари билан бир қаторда, биз 48 та беморларда ЭОП (Электрон оптик телерентгеноскопия – С-АРМ) аппарати ёрдамида ёпиқ усулда Илизаров кегайлари ёрдамида интрамедулляр остеосинтез, кегай-стерженли Илизаров аппарати ёрдамида – 20 та, Богданов стерженлари ёрдамида очиқ интрамедулляр остеосинтез – 121 та, пластинкалар ёрдамида очиқ остеосинтез – 16 та, комбинирланган остеосинтез – Богданов стержени ва Илизаров аппаратлари ёрдамида – 43 та беморларда остеосинтез каби оператив даво усулларини қўлладик.

Биз барча беморларни касалхонага ётқизилган куни 1–2 соат ичида клиник-лабораторик, рентгенологик текширишлар, кўрсатма бўйича педиатр ва бошқа мутахассислар кўригидан сўнг шошилинч равишда оператив даво қўлладик, чунки болаларда психоэмоционал ҳолатлар, шикастлангандан кейин ўтадиган ҳар бир дақиқа даволаш натижаларини ёмонлаштиради.

Билак суяклари диафизар синишларини оператив даволаш натижалари 211 бемордан 198 тасида яхши, 9 тасида қониқарли ва 4 та беморда қониқарсиз натижа кўрсатди.

Болаларда даволаш тактикаси унинг ёши, жароҳат турлари, суяк синишларининг тури ҳамда суяк бўлакларининг силжиш юзаларини ҳисобга олган ҳолда танланиши зарур.

НАШ ОПЫТ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ И КОСТЕЙ ГОЛЕНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОС

Уразбаев Ж.Д., Уразбаев А.А., Нурматов И.З., Хударганов Х.Р.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Переломы костей голени и плеча частый вид травмы. Основную массу переломов голени и плеча довольно успешно лечат консервативными методами. Одномоментная репозиция отломков при

хорошем обезболивании места перелома дает возможность хорошо сопоставить отломки, а правильно наложенная гипсовая повязка удержать их в этом положения до наступления консолидации. В тех случаях, когда неудастся одномоментно сопоставить отломки, с успехом может быть использована внутрикостная фиксация интрамедуллярных гвоздей с блокированием. Применение блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза (БИОС) является «золотым стандартом» остеосинтеза диафизарных переломов длинных трубчатых костей. Интрамедуллярная фиксация большеберцовой кости может быть успешной только при переломах диафиза в пределах в проксимальном отделе менее 8–10 см от суставной поверхности, в дистальной части не менее 6 см. Высокие и низкие переломы не могут быть в достаточной степени фиксированы интрамедуллярными стержнями, введенными в костномозговой канал.

Цель. Улучшение эффективности результатов лечебно-тактического подхода с применением малоинвазивных методов остеосинтеза при переломах костей голени и плеча с внедрением метода БИОС.

Материалы и методы. В 2018. – по 2020 г. в РНЦЭМП Хорезмского филиала у 200 больных с множественными переломами костей голени и плеча произведено – 300 операций остеосинтеза плечевой и большеберцовой костей методом БИОС. Из них 170 (56,6%) – мужчины, 130 (43,3%) – женщины. Все операции проводились с помощью электронно – оптического преобразователя (ЭОП). Оперативные вмешательства у 140 (46,6%) больных проводили под СМА, у 80 (26,6%) больных регионарная, у 40 (13,3%) больных перидуральная, у 40 (13,3%) больных в/в анестезия. Производится закрытая одномоментная ручная репозиция костных отломков большеберцовой и плечевых костей, и из небольшого разреза после соответствующей обработки кожи антисептиками в области коленного сустава и проксимального эпифиза плечевой кости антеградный остеосинтез большеберцовой и плечевой кости блокирующими гвоздями продукции фирм ChM (Польша), Irene (Китай), Double Medical (Китай), полыми цельными гвоздями. В послеоперационном периоде дополнительная гипсовая иммобилизация не применялась, а активные движения начинали с 2–3 суток. Ходьба с частичной нагрузкой на поврежденную конечность разрешалась с 3–4 дня индивидуально. В раннем послеоперационном периоде у 3 больных отмечалось нагноение мягких тканей в области перелома, которое удалось купировать антибиотиками и антисептиками, в 7 случаях отмечалась замедленная консолидация оскольчатых переломов большеберцовой кости при которых произведена динамизация гвоздя, перелом винтов – 3, миграция винтов – 2, сращение после остеосинтеза в 290 (96,6%) случаях. Несращение у 1 больного – остеомиелит, 2 – больных недавно оперированные.

Выводы. Малоинвазивный остеосинтез переломов большеберцовой и плечевой кости с интрамедуллярными стержнями с блокированием способствует восстановлению опороспособности конечностей. Применение малоинвазивных методов остеосинтеза позволяет сэкономить время операции, не вызывает кровопотерю, стабилизация поврежденных конечностей снижает опасность вторичного смещения. При применении БИОС отсутствует необходимость в дополнительной внешней иммобилизации.

НАШ ОПЫТ МИНИИНВАЗИВНОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Уразбаев А.А., Тахиров Ж.М., Жуманиязов Н.К., Уразбаев Ж.Д.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Переломы проксимального конца бедренной кости у людей пожилого и старческого возраста представляют тяжелое повреждение для больного и сложную проблему для лечения. Лечение переломов проксимального отдела бедренной кости является актуальной проблемой современной травматологии, что связано с увеличением количества больных с повреждениями данной локализации вследствие остеопороза.

Консервативные методы лечения не создают необходимых условий для консолидации костных отломков, сращение происходит только в 10–12% случаев, а вследствие длительного ортопедического режима летальность доходит до 22,2%. В связи с этим основным методом лечения рассматриваемых переломов является оперативный метод, который позволяет провести репозицию, стабильно фиксировать костные отломки с межотломковой компрессией, возможность ранней активизации больных. При оперативной фиксации повреждений консолидация переломов достигает до 80% и сокращаются сроки реабилитации.

В данной работе представлены данные по совершенствованию современные технологий остеосинтеза переломов проксимального отдела бедра с 2017 по 2018 г. Нами выполнено 104 операции закрытого чрескожного остеосинтеза при переломах проксимального отдела бедренной кости, из них 60 (72,8%) мужчины, 44 (28,2%) женщины. Все операции проводились под электронно-оптическим преобразователем (ЭОП) RADIUS S-9 (Италия).

Оперативные вмещательства у 31 больного проводили под местной анестезией, у 53 внутривенная и у 20 спинальная анестезия. Под ЭОП контролем проводили репозиции костных отломков, для полного представления об анатомических соотношениях костей, кроме фасных снимков, выполняли рентгенографию в аксиальной проекции.

После закрытой ручной репозиции в подвертельной области производили кожные насечки и под ЭОП контролем выполняли остеосинтез в качестве имплантов-фиксаторов использованы: пучок спиц Илизарова (не менее 5 штук) – 19 больных, резбовые стержни (не менее 3 штук) – 31 больным и компрессирующие винты (не менее 2 штук) – 54 случаев. Дополнительная иммобилизация конечностей осуществлялась деротационной гипсовой повязкой по Верешковскому. Начиная со 2–3 суток после операции начинали активизацию больных в пределах постели. Стабилизация переломов способствовала снижению болей в первые сутки после операции, что значительно облегчало уход за больными и предупреждало развитие грозных гипостатических осложнений.

Результаты лечения были изучены у 74 (76%) больных, хороший и удовлетворительный результаты лечения получены в 57 (71%) случаев. В группе больных с неблагоприятными исходами наблюдались осложнения следующего характера: у 9(42%) больных отмечалось нагноение мягких тканей вокруг спиц, миграция спиц у 7 (35%) и перелом спиц и стержней у 5 (22%) больных, что привело к раннему удалению имплантов, впоследствии образованием ложного сустава шейки бедра. Рассасывание шейки бедренной кости было отмечено у 6 (30%) больных от общего числа неудовлетворительных результатов лечения.

Таким образом, при переломах проксимального отдела бедренной кости внедрение атравматичных и современных малоинвазивных способов фиксации повреждений, позволило снизить процент неблагоприятных исходов и осложнений, также укорачивает срок нетрудоспособности. А в пожилом и старческом возрасте явилось главным элементом профилактики гипостатических осложнений.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СПИЦЕ-СТЕРЖНЕВЫХ АППАРАТОВ В ЭКСТРЕННОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Уразбаев А.А., Хударганов Х.Р., Тахиров Ж.М.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Переломы плечевой кости среди всех переломов длинных костей конечностей составляют от 12,4% до 13,6%, диафизарные повреждения – 35%. Переломы плечевой кости относятся к одной из сложных травм, при которых в результате неправильной и несвоевременно оказанной помощи развиваются значительные нарушения функции плечевого сустава, которые в дальнейшем приводят к высокой инвалидности и стойкой утрате трудоспособности больных. Лечение диафизарных переломов плечевой кости начинают с консервативных методов. Ручная репозиция и последующая гипсовая фиксация не всегда позволяют добиться полного сопоставления отломков, их прочной фиксации на весь период лечения. По литературным данным при переломах диафиза в 25,8% случаях наблюдается вторичные смещения, в 47% неудачная закрытая репозиция фрагментов. Недостатком фиксационного метода является необходимость длительной внешней иммобилизации конечности, что приводит к развитию атрофии мышц и образованию стойких контрактур в суставах верхней конечности.

Показаниями к оперативному лечению диафизарных переломов плечевой кости являются:

свежие и множественные, двойные переломы со смещением костных отломков, с интерпозицией мягких тканей, с признаками сдавления сосудисто-нервных пучков;

открытые переломы с обширным повреждением мягких тканей, когда консервативные методы не дают желаемого результата.

В РНЦЭМП Хорезмского Филиала при лечении диафизарных переломов плечевой кости применено новое техническое решение – спице-стержневой компрессионно-дистракционный аппарат. В основу аппарата входит применение колец от аппарата Илизарова в компановке из 2-х, 3-х, 4-х полуколец, скрепленных между собой планками и стержнями на трёх уровнях. После ручной репозиции вводятся по две стержни через крайние полукольца на дистальных и проксимальных концах плечевой кости и фиксируются к кольцам специальными стержневыми фиксаторами или планками. При необходимости проводится дистракция в аппарате, в непосредственной близости, 1,5–2 см от перелома проводятся по две перекрещивающиеся спицы, соответственно через проксимальный и дистальный отломки и фиксируются к рабочим кольцам.

В дальнейшем делается контрольная рентгенография и на основании полученных данных, при необходимости, репозиция отломков доводится до удовлетворительного состояния.

Данная методика остеосинтеза применена у 52 больных с диафизарными переломами плечевой кости различной локализации и с различными характерами линии перелома. Из них мужчин было 39, женщин – 13. Переломы в средней трети наблюдались в 12 случаях, в нижней трети – в 26, в верхней трети в 14. Всем больным применялся закрытый остеосинтез без обнажения зоны перелома. Во всех случаях получены хорошие и удовлетворительные результаты, осложнений не было. Анализ результатов их лечения и наблюдения за больными показали, что стержневые компрессионно-дистракционные аппараты дают возможность удовлетворительно репонировать костные фрагменты, их прочно фиксировать с сохранением движений в смежных суставах поврежденной конечности. Кроме того, применение упрощенной компановки намного облегчает монтаж аппарата при экстренной

травматологии и легко переносится больными. В связи с этим, мы предлагаем при остеосинтезе диафизарных переломов плечевой кости шире применять спице-стержневую фиксацию на основе аппарата Илизарова в практике травматологов.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПЕРЧАТОЧНЫХ СКАЛЬПИРОВАННЫХ РАНАХ КИСТИ

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

Ферганский филиал РНЦЭМП

Перчаточные скальпированные раны кисти (ПСРК) являются достаточно тяжёлыми повреждениями верхней конечности, при которых необходимо выбрать оптимальную хирургическую тактику, что позволило бы сохранить кисть и ее функцию. ПСРК, как правило, возникают при попадании кисти в движущиеся механизмы, в результате чего кожный покров скальпируется с кисти по типу перчатки.

Предложен ряд методов восстановительных операций при ПСРК. Наиболее доступными и надёжными, по нашему мнению, являются методы кожной пластики, когда из одного или двух кожных лоскутов передней брюшной стенки формируется полость, соответствующая по форме скальпированному сегменту кисти. В неё погружается скальпированная кисть. Тем не менее, тактика хирурга должна определяться индивидуально в зависимости от характера повреждения (сохранности сосудисто-нервных пучков, наличия переломов, степени загрязненности раны и т.д.) и общего состояния больного.

В отделении экстренной сосудистой хирургии и микрохирургии Ферганского филиала РНЦЭМП пролечено 73 пациента с ПСРК за минувший период. Мужчин было 62 (84,9%), женщин – 11 (15,1%), из них детей – 3 (4,1%). Большинство пострадавших поступили с травматическим шоком. У 57 (78,1%) пострадавших отмечено повреждение правой кисти, у 13 (17,8%) – левостороннее повреждение, у 3 (4,1%) больных отмечено ПСРК с обеих сторон.

Хирургическая тактика подбиралась в зависимости от степени загрязненности раны, наличия или отсутствия скальпированной кожи, характера повреждения (поверхностный или глубокий дефект). После тщательной ПХО раны кисти нами были выбраны следующие варианты оперативных вмешательств:

открытое ведение раны кисти с последующей аутодермопластикой расщепленными лоскутами дефекта кисти после появления грануляционных тканей выполнено в 25 (26,3%) случаях. Данная пластика производилась при поверхностных дефектах, а также при сильно загрязненных ранах;

пластика кожно-жировыми лоскутами с передней брюшной стенки выполнена 18 (23,7%) больным. При этом формировались два встречных лоскута, между которыми помещали поврежденную кисть. Через 1 месяц лоскуты иссекались у основания. Затем выполнялись вмешательства по разделению пальцев;

пластика паховым лоскутом произведена 19 (25%) пострадавшим. Впоследствии производились поэтапные операции аналогично лоскутам с передней брюшной стенки;

Пластика «утильной» кожей выполнена 14 (18,4%) больным. На скальпированный дефект кисти подшивалась очищенная от клетчатки перфорированная кожа.

Использование вышеуказанных кожно-пластических операций позволило нам сохранить кисти, но были отмечены следующие ранние и поздние осложнения послеоперационного периода: частичный некроз «утильной» кожи – у 4 пострадавших (что потребовало дополнительной кожной пластики), нагноение раны – у 5 больных, контрактура пальцев – у 10 пациентов, практически отсутствие чувствительности кожи (что также снижало функцию кисти) – у 18 больных.

Таким образом, использование кожно-пластических операций при лечении пострадавших с перчаточными скальпированными ранениями кисти позволяет сохранить конечность. Второй, не менее важной задачей остается восстановление функции кисти. Необходимо отметить, что основными условиями благоприятного исхода лечения данного контингента больных, по нашему мнению, являются правильно выбранная кожно-пластическая операция, постоянное применение лечебной гимнастики в период реабилитации и наблюдение оперировавшего хирурга.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КОСТНО-СОСУДИСТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

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

Ферганский филиал РНЦЭМП

Число больных с костно-сосудистыми повреждениями конечностей продолжает неуклонно увеличиваться, что, вероятнее всего, связано с ростом количества дорожно-транспортных происшествий. Несмотря на развитие сосудистой хирургии и травматологии, сохраняется высокая частота послеоперационных осложнений (39–46%), ампутаций конечностей (до 25%), а также летальности пострадавших (12–21%) [Л.Н. Анкин, 2004; В.А. Соколов, 2006; N. Yucel et al., 2006].

В связи с ростом детского травматизма нами проведен анализ результатов лечения 34 детей с костно-сосудистыми повреждениями нижних конечностей за период с 2000 по 2020 гг., находившихся на лечении в отделениях сердечно-сосудистой хирур-

гии и травматологии ФФРНЦЭМП. Большинство составили открытые травмы, которые отмечены у 26 (76,5%) детей, закрытые повреждения – у 8 (23,5%). В 4 (11,8%) случаях костно-сосудистая травма сочеталась с ЧМТ, в 3 (8,8%) – с травмой органов груди, в 4 (11,8%) случаях – с травмой органов брюшной полости. Тяжелый геморрагический и травматический шок отмечен у 19 (55,9%) пострадавших детей.

Основной причиной неблагоприятных исходов лечения данной категории больных является поздняя диагностика повреждений сосудов. В большинстве наблюдений диагноз нами устанавливался на основании клинических симптомов, наиболее частыми из которых являлись: наружное кровотечение, наличие обширной напряженной гематомы, изменение цвета и похолодание дистальных отделов конечности, отсутствие пульса на периферических артериях. В сомнительных случаях выполнялась ультразвуковая допплерография сосудов.

Выбор хирургической тактики зависел от общего состояния больного, характера травмы, вида повреждения и степени ишемии.

Всем детям с открытым переломом, наряду или после вмешательств на жизненно важных органах, под общим обезболиванием и временной остановкой наружного кровотечения выполнялась первичная хирургическая обработка раны. После обнажения и взятия на сосудистые зажимы поврежденные сосуды проводилась фиксация переломов костей. При этом, интрамедуллярный остеосинтез выполнен 19 больным, аппарат Илизарова использован у 7, артродез суставов – у 2, накостный остеосинтез применен у 6 детей.

По характеру травмы сосудов чаще встречались боковые повреждения стенок и контузии, реже отмечены сквозные ранения или отрыв сосуда. Травма артерий выявлена в 35% случаев, вен – в 39%, сочетанное повреждение артерий и вен отмечена в 28% случаев.

После фиксации костных отломков и определения истинного дефекта сосудов выбирался оптимальный вариант сосудистого шва или пластики. Так, циркулярный шов артерий наложен в 9 случаев, вен – в 6; боковой шов артерий выполнен в 6 случаях, вен – в 7; аутовенозное протезирование артерий произведено – в 3, лигирование вен – в 5 случаях.

С целью профилактики тоннельного синдрома выполняли фасциотомии, раны дренировались по Редону. Больным назначались антикоагулянты, антибиотики, противоотечные средства.

Послеоперационные осложнения отмечены у 8 больных. Так, нагноение ран наблюдалось в 3 случаях, тромбозы сосудов – в 3, аррозивное кровотечение – в 1, отек головного мозга – в 1, сепсис – в 1, пневмония – в 2 случаях.

Удовлетворительные результаты получены в 91% случаев, остальные больные находятся на этапах реабилитации. Умерших не было.

Таким образом, наш опыт лечения костно-сосудистых повреждений нижних конечностей у детей показывает, что своевременная диагностика, основанная на тщательном физикальном осмотре и УЗДГ, активная хирургическая тактика, заключающаяся в восстановлении поврежденных сосудов после стабильной фиксации костных отломков, а не порочная выжидательная тактика с недооценкой признаков повреждения сосудов, являются залогом успешного лечения данного контингента больных.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Усманов Б.С., Махмудов Н.И., Дадабаев Х.Р., Насритдинов Ж.А.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Несмотря на успехи в развитии ангиохирургии, хирургическая тактика при повреждениях сосудов до настоящего времени остается сложной, далеко не решенной проблемой. Повреждения магистральных вен нижних конечностей относятся к числу наиболее тяжелых травм, которые сопровождаются массивным кровотечением, нередко влекут за собой тяжелую инвалидность и летальный исход.

Цель. Оптимизация хирургической тактики при повреждениях магистральных вен нижних конечностей.

За период с 2009 по 2019 год в отделении экстренной сосудистой хирургии и микрохирургии ФФРНЦЭМП оказана помощь 56 пострадавшим с повреждениями магистральных вен нижних конечностей. Мужчин было 43 (77%), женщин – 13 (23%). 45 (80,4%) из них имели колото-резаные ранения, 4 (7,1%) – огнестрельные, 2 (3,6%) – ушибленорваные, у 5 (3,5%) отмечена тупая травма вен, у 2 (3,6%) – ятрогенные ранения. 35 (62,5%) пострадавших поступили с явлениями геморрагического шока II–III степени. Наиболее часто шок возникал при сочетанных повреждениях артерий и переломов костей.

Ранение подколенной вены отмечено у 19 (33,9%) больных, поверхностной бедренной вены – у 24 (42,8%), глубокой бедренной вены – у 8 (14,3%), общей бедренной вены – у 5 (8,9%). Изолированные ранение магистральных вен отмечены в 17 (30,4%) случаях, сочетанные (повреждение одноименной артерии и нервных стволов, перелом или вывих кости, дефекты тканей) – в 39 (69,4%).

Все больные с ранениями магистральных вен нижних конечностей были оперированы: лигатурные операции выполнены в 6 (10,7%) случаях, боковой шов – в 14 (25%), циркулярный шов – в 32 (57,1%), аутовенозная пластика – в 4 (7,1%) случаях. Оперативная тактика при повреждениях магистральных вен начиналась с выделения вены

выше и ниже места повреждения и наложения на нее сосудистых зажимов. Затем производят тщательную ревизию сосудов и их восстановление. Наряду с этим восстанавливался костный скелет конечности, производился шов артерий и нервов.

При одновременном поражении артерий и вен вопрос о последовательности восстановления сосудов окончательно решали в зависимости от степени ишемии конечности. При тяжелых формах ишемии в первую очередь восстанавливали артерии. При легкой форме – первично восстанавливали венозный отток. В послеоперационном периоде проводилась ранняя активизация больного и антикоагулянтная терапия, которая продолжалась длительное время после выписки больного из стационара.

Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 9 (16,1%) больных. Наиболее серьезными из них явились гнойные осложнения ран у 3 (5,4%) пострадавших, тромбоз анастомозов магистральных артерий – у 2 (3,6%), магистральных вен – у 3 (5,4%), аррозивное кровотечение – у 1 (1,8%). Венозная недостаточность после лигатурных операций развилась у 2 (3,6%) больных после перевязки вен, ишемия нижней конечности – также у 2 (3,6%) пострадавших. Ампутация после операции выполнена у 1 (1,8%) пострадавшего с гнойно-септическими осложнениями.

Умерло 3 (5,4%) больных. Причинами смертельных исходов в раннем послеоперационном периоде были декомпенсированный необратимый геморрагический шок – у 1 (1,8%) пострадавшего, тяжелая политравма – у 1 (1,8%) и септические осложнения – у 1 (1,8%) больного.

Таким образом, повреждение магистральных вен нижних конечностей является тяжелой сосудистой патологией. Благоприятный исход при данного рода повреждениях может быть достигнут при своевременной диагностике и оперативном вмешательстве, адекватном восполнении кровопотери, которые являются одними из важных противошоковых мероприятий, а также проведения адекватной антиагрегантной и антибактериальной терапии.

ЛЕЧЕНИЯ НАДМЫЩЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ МЕТОДОМ Г.А. ИЛИЗАРОВА

Хайитбоев Б.М., Мухаммадиев А.Б., Тухтасинов Х.Т., Ахмадалиев А.А.

Кувинский субфилиал Ферганского филиала РНЦЭМП

Надмыщелковые переломы плечевой кости даволно часто встречающийся вид травмы, особенно у детей, у которых, по данным Н.Г. Дамье (1960), они составляют почти 80% всех видов переломов плечевой кости, в большинстве требующих оперативных вмешательств.

В отделении экстренной травматологии Кувинского субфилиала РЦНЭМП с 2018 по 2020 г. находились на стационарном лечение с переломами надмыщелков плечевой кости 46 больных, мальчиков – 29, и девушек – 17, в возрасте от 7 до 12 лет. Из них 30 больным проведено консервативное лечение, 16 больным произведено оперативное лечение по методу Г.А. Илизарова. Срок стационарного пребывания больных при оперативном лечении составил 5 дней.

Операция стабильного функционального остеосинтеза аппаратом Илизарова осуществлялась следующим образом: в операционном под общим обезболиванием чрезкожно проводились взаимоперекрещивающиеся спицы Илизарова на уровне средней и нижней третьи плеча, в которые монтируются кольца аппарата Илизарова. Кольца аппарата Илизарова между собой соединяются с помощью стержней. Для сопоставления костных отломков производится дистракция между верхним и нижним кольцом. Для полного убеждения, что костные отломки сопоставлены и устранёно смещение костных отломков, производилась контрольная рентгеноскопия с помощью ЭОП портативного аппарата. В случае, когда остаётся смещение проксимального конца плечевой кости, проводится дополнительная корригирующая спица с упорной площадкой, 1,5 см выше перелома проксимального конца плеча. Спереди, проводя спицу в заднюю часть плеча, это спица закрепляется в монтированный флажок нижнего кольца аппарата Илизарова. С помощью спицы с упорной площадкой для устранения смещенных костных отломков спиценатягивателем проксимальная кость плеча отводится в заднюю часть и касаясь дистального конца плечевой кости, закрыто сопоставляется между собой, после чего производится заключительная контрольная рентгенография с помощью ЭОПа.

После операции разрешается движение в локтевом суставе. В первой недели после операционного периода у 2 больных наблюдалось воспаление вокруг спицы и она была купирована. Результаты изучены после полутора месяцев после оперативного вмешательства. Оценку результатов осуществляли с помощью рентгенограмм, наличие или отсуствие боли при нагрузке на оперированную конечность.

У 14 больных хороший результат – работаспособность конечности восстановлена. У 2 больных получен удовлетворительный результат – ограничение движений в локтевом суставе за счёт неразработанного сустава.

Вывод. В заключение следует отметить, что при хирургическом лечение надмыщелковых переломов костей плеча остеосинтез по Г.А. Илизарову является методом выбора, дающим полноценный анатомо-функциональный результат.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРА И КОСТЕЙ ТАЗА

Хакимов Р.Н., Махкамов И.Х., Мирджалилов Ф.Х., Каримов Б.Р., Наубетов С.Д.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Сочетанные повреждения таза с переломами бедренных костей относятся к одной из самых тяжелых травм, в структуре сочетанных и множественных травм данные повреждения регистрируются от 4,4 до 12,8%. Наиболее частой причиной повреждений являются дорожно-транспортная травма и кататравма.

Значимость рассматриваемой проблемы обусловлена неуклонным ростом сочетанных и множественных травм в общей структуре травматизма и высоким удельным весом повреждений костей конечностей и таза.

В плане лечения переломов бедра с повреждением таза в остром периоде предпочтение отдается консервативным методам лечения, которые не всегда дают положительный результат.

Всем больным с сочетанные переломами бедра и таза объем обследований и лечения проводили по стандартной схеме, с учетом доминирующей патологии. При поступлении больные помещались в палату противошоковой терапии, где осматривались ответственным травматологом и всеми смежными специалистами дежурной бригады.

Нами разработана тактика лечения повреждений таза с переломами бедра, которая базируется на двух показателях – тяжести состояния и тяжести повреждения. Приоритетным является стабилизация повреждений в раннем периоде травматической болезни.

Тяжесть состояния пострадавших при поступлении является сдерживающим фактором для выполнения раннего остеосинтеза, в связи с этим нами применяется малоинвазивный спице-стержневой аппарат внешней фиксации «таз-бедро» клиники.

Преимущества спице-стержневого аппарата «таз-бедро» следующие: малая травматичность, может быть использован в первые часы после травмы, создает условия для последующей репозиции и стабильной фиксации костных отломков, возможность активизировать больного и предупредить легочные осложнения, обеспечивает удобства при уходе и реабилитации за больным.

Таким образом, раннее применение спице-стержневого аппарата внешней фиксации «таз-бедро» при лечении сочетаний переломов бедра с повреждениями таза дает возможность производить репозицию и фиксацию с устранением грубого смещения. Малоинвазивность метода с минимальной травматизацией мягких тканей позволяет осуществить остеосинтез в остром и раннем периодах травматической болезни. Жесткая фиксация и возможность перераспределения нагрузки через конструкцию аппарата, минуя поврежденный сустав, позволяет активизировать больного на 10–14 сутки после операции, что значительно снижает риск грозных гипостатических и тромбоэмболических осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ МЕТОДОВ

Хакимов Р.Н., Мирджалилов Ф.Х., Махкамов И.Х., Каримов Б.Р., Хасанов З.Р.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Лечение и реабилитация больных с переломами проксимального отдела бедренной кости представляют собой сложную медико-социальную задачу. Это связано с тем, что данная патология составляет 9–10% среди травм опорно-двигательной системы и в последнее время отмечается тенденция встречаемости у лиц трудоспособного возраста. Выбор тактики лечения в значительной степени определяет его исход. В прошлые годы приоритет отдавался консервативным методам лечения данной категории больных, что объяснялось наличием у большинства пожилых и старых людей психосоматической патологии, повышающей риск анестезиологического пособия и хирургического вмешательства. Выбор тактики лечения должен зависеть от: физической активности больного до травмы, наличия сопутствующей соматической патологии, остеопороза, срочности оперативного вмешательства, правильно выбранного оперативного или консервативного метода лечения, атравматичности, комплексного реабилитационного лечения в послеоперационном периоде.

Материал. В работе представлен опыт лечения 351 больного с закрытыми переломами проксимального отдела бедренной кости с 2012 по 2019 г. За данный период нами выполнено 253 операции закрытого чрескожного остеосинтеза при переломах проксимального отдела бедренной кости, из них 186 (73,3%) мужчины, 67 (26,6%) женщины. По механизму травмы превалировало бытовая травма, которая составила 135 (64%). Из всех переломов проксимального отдела бедра наибольшее количество переломов наблюдается в трансцервикальной зоне шейки бедра – 110 (43,7%) и чрезвертельной области – 52 (20,6%). Оперативные вмешательства проводились в первые 3 суток, при позднем обращении больных сроки операции увеличивались от 3-х до 7 дней. Предпочтение отдавалось методам с использованием компрессирующих винтов и

стержней. Однако с конца 2018 года в РНЦЭМП был внедрен новый малоинвазивный остеосинтез «Гамма» штифт фирмой ChM (Польша).

Все операции проводились под контролем электронно-оптического преобразователя (ЭОП). Оперативные вмешательства у 72 больных провели под местной анестезией, у 45 – внутривенное обезболивание и у 136 – спинальная анестезия. Под ЭОП контролем проводили репозицию костных отломков, для полного представления об анатомических соотношениях костей, кроме фасных снимков, выполняли дополнительные исследования в аксиальной проекции (косые под углом 45°). В качестве имплантов-фиксаторов были использованы: I группа – пучок спиц Илизарова (не менее 5 шт.) – 38 больных, II группа – компрессирующие стержни (не менее 3 шт.) – 62 больным, III группа – конъюгированные винты (не менее 2 шт.) – 108 случаев и IV группа – 45 пациентам был произведен остеосинтез «Гамма» штифтом.

Больным I, II, III групп оперированная конечность дополнительно иммобилизировалась деротационной гипсовой повязкой по Верешковскому. Начиная с 2–3 суток после операции активизировали больных в пределах постели. Стабилизация переломов способствовала снижению болей в первые сутки после операции, что значительно облегчило уход за больным и предупредило развитие гипостатических осложнений. IV группе больных необходимости в дополнительной иммобилизации не было. Больные на 2 сутки после операции были активизированы, ходили с помощи ходунков в пределах палаты, на 3 сутки уже самостоятельно выходили в отделение. Выписывались на 3–4 сутки после операции.

Результаты. Результаты лечения были изучены у 212 (84%) из 253 прооперированных больных, хороший и удовлетворительный результаты лечения получены в 216 (85,2%) случаях. В группе больных с неблагоприятными исходами у 37 (14,8%) пациентов наблюдались осложнения следующего характера: у 12 (32,0%) больных отмечалось нагноение мягких тканей вокруг спиц, миграция спиц у 16 (44,0%) и перелом спиц и стержней у 9 (24,0%) больных, что привело к раннему удалению имплантов и впоследствии образованию ложного сустава. Асептический некроз шейки бедренной кости был отмечен у 12 (30%) больных от общего числа неудовлетворительных результатов лечения.

Были изучены результаты влияния выбора методов оперативного лечения больных с повреждениями проксимального конца бедренной кости на анатомический и функциональный результат от 6 мес. до 1 года. Анатомический результат оценивали на основании контрольных рентгенограмм (прямая и аксиальная проекция) и компьютерных томограмм. Функциональные результаты оценивали на основании жалоб, клинических данных, объема движений в тазобедренном суставе. Хороший анатомический результат – полное устранение смещений костных фрагментов с полной консолидацией переломов проксимального конца бедренной кости. Хороший функциональный результат – полное восстановление функциональных возможностей поврежденной конечности и тазобедренного сустава с подтверждением денситометрического исследования.

Удовлетворительный анатомический результат – неполное устранение смещений при хорошей адаптации костных фрагментов. Удовлетворительными функциональными результатами считали, когда у пациентов возникали боли при длительных физических нагрузках и имелось ограничение крайних движений в тазобедренном суставе, так же наличие деформации. Изменение шеечно-диафизарного угла проксимального отдела бедренной кости, существенно не влияющие на опорную функцию, при ограничении движений в суставе до 25–30 градусов, с незначительным дефектом походки.

Неудовлетворительные результаты расценивали при сохранении выраженного болевого синдрома, в том числе и в покое, ограничение движения в тазобедренном суставе более чем на 30 градусов, нарушение опорной функции и возникновение вторичных дегенеративно-дистрофических изменений типа коксартроз, асептический некроз головки бедренной кости и рассасывание шейки бедренной кости.

Выводы. Все лица с аддуционными, варусными, не вколоченными переломами шейки бедра для ранней активизации должны лечиться хирургическим методом. Операции остеосинтеза шейки бедра должны проводиться как можно в ранние сроки (в первые двое – трое суток) с момента получения травмы. При выборе средства фиксации подход должен быть индивидуальным, в зависимости от характера перелома и состояния проксимального отдела бедренной кости. Наиболее надежным, малоинвазивным и стабильным методом является новый массивный «гамма» блокирующий штифт или эндопротезирование при переломах шейки бедра. При оперативной фиксации повреждений консолидация переломов достигает до 80% и сокращаются сроки реабилитации.

ЭКСТРЕННОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В УСЛОВИЯХ РНЦЭМП

Хакимов Р.Н., Мирджалилов Ф.Х., Махкамов И.Х., Хасанов З.Р.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Эндопротезирование тазобедренного сустава в последние годы становится все более актуальным, что объясняется хорошими отдаленными ре-

зультатами операции, позволяющими устранить боль в суставе, восстановить функцию конечности и способность к трудовой деятельности и самообслуживанию. Эндопротезирование тазобедренного сустава в экстренной травматологии проводится при переломах головки и шейки бедренной кости. Современные эндопротезы тазобедренного сустава – сложные технические изделия. Обычно протез состоит из ножки, головки, чашки и вкладыша, каждый из этих компонентов имеет свой размерный ряд. Тип и качество материалов, применяемых в узлах трения, во многом определяет срок службы эндопротеза. Протезы тазобедренного сустава различают по типу фиксации: эндопротезы цементной и безцементной фиксации. Также различаются передний, боковой и задний доступ для эндопротезтрования.

Цель. Оценка эффективности метода безцементного эндопротезирования тазобедренного сустава при переломах шейки бедренной кости переднем доступом.

Материал и методы. В работе представлен опыт лечения 84 больных, которые находились в РНЦЭМП за период 2018–2019 гг. с переломами шейки бедренной кости разной локализации. Нами выполнено 84 операции тотального безцементного эндопротезирования.

Средний возраст составил 56 лет. Большинство больных составили женщины 66,0%. Показаниями для эндопротезирования были в 48% случаях – субкапитальные переломы шейки бедренной кости, в 46% – трансцервикальные переломы и у 6% больных наблюдался ложный сустав после перелома шейки бедра. При базальных переломах шейки бедренной кости аналогом эндопротезированию служил остеосинтез с применением «Гамма» штифта (PFN).

Выполнение эндопротезирования тазобедренного сустава передним доступом – современная тенденция в ортопедии с фокусом на минимально-инвазивные варианты оперативных вмешательств. Суть метода – выполнение операции с меньшим повреждением мягких тканей и окружающих мышц. Одним из преимуществ использованного нами метода – переднего доступа, является малоинвазивность, отсутствие повреждений латерального кожного нерва. Выполнение операции через доступ меньшего размера также позволяет сократить травму, наносимую мягким тканям при их диссекции, что благоприятно влияет на скорость восстановления пациента после вмешательства и снижает болевые ощущения. А также эндопротезирование передним доступом снижает риск появления дислокаций. Бесцементные эндопротезы устанавливают по методу press-fit, то есть путем «плотной посадки». Компоненты импланта вколачивают в каналы костей. Перед установкой протеза формы костных каналов корректируют рашпилями. Одной из преимуществ бесцементных эндопротезов является более долгое функционирование за счет врастания в кость.

Результаты. После операции больные активизированы на 2–3 сутки. Срок пребывание в стационаре сократился на 1,5 раза. Послеоперационный период протекал без осложнений. Функциональный эффект восстановлен полностью. Таким образом, эндопротезирование тазобедренных суставов безцементными эндопротезами, используя передний доступ эффективно внедрен в практику РНЦЭМП при острых переломах шейки бедренной кости.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АПОФИЗЕОЛИЗОВ ВНУТРЕННЕГО НАДМЫЩЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Хакимов Ш.К., Мухамедов Б.С.

Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Бухарский государственный медицинский институт

Одной из актуальных проблем современной детской травматологии является лечение переломов внутреннего надмыщелка плечевой кости (ВНПК) у детей, которые составляют 25–30% от всех переломов костей верхней конечности [1, 2]. В настоящее время ведётся поиск по наиболее оптимальной тактике оперативного лечения переломов ВНПК у детей [3].

Целью исследования явилось изучение результатов лечения апофизеолизов ВНПК у детей.

К материалу исследования включены 30 детей в возрасте 2–18 лет с переломами внутреннего надмыщелка плечевой кости разной тяжести. С целью операции проведена авторами открытая репозиция ВНПК с фиксацией спицами, а также авторы рекомендуют методику, разработанную в клинике РСНПМЦТО, основанную на стабильно-функциональном остеосинтезе – СФО с применением аппарата Илизарова.

Результаты. Из всех 30 пациентов у 27 (90%) результаты были хорошими в отдаленном послеоперационном периоде в косметическом и функциональном плане. Удовлетворительные результаты были у 3 (10%) с незначительным ограничением функций локтевого сустава, а также наличие периодического болевого ощущения в локтевом суставе в течение короткого срока, детей с неудовлетворительными результатами в наших случаях не было.

В заключение следует отметить, что метод СФО при переломах ВНПК у детей разной тяжести является наиболее рациональным, обеспечивающим одномоментно стабильно фиксировать репонированных костных отломков с возможностью сохранения функции локтевого сустава на весь иммобилизационный

период. Применение функционального метода лечения с ранней разработкой локтевого сустава предупреждает контрактуру и тугоподвижность сустава.

ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ ОПЕРАЦИИ АПОНЕВРОТИЧЕСКОГО УДЛИНЕНИЯ ИКРОНОЖНЫХ МЫШЦ У БОЛЬНЫХ С ДЦП

Хамраев Ф.Ш., Мирзаев А.Г.

Республиканский центр детской ортопедии, Республиканская детская психоневрологическая больница

Одной из наиболее часто встречающихся при детском церебральном параличе деформаций стопы является эквинусная деформация стопы (ЭДС). Консервативная терапия достаточно эффективна только при своевременном начале, младшем возрасте, нефиксированных контрактурах и комплексности проводимого лечения.

В Республиканском центре детской ортопедии и детской психоневрологической больницы им. У.К. Курбанова в период с 2010 по 2020 г. для устранения ЭДС у больных с ДЦП произведено 170 операций апоневротического удлинения икроножных мышц 110 детям в возрасте от 5 до 16 лет. Показанием к апоневротическому удлинению икроножной мышцы является эквинусная деформация стопы с положительном трицепс-тестом при разогнутом коленном суставе.

Наибольшее число больных, оперированных методом апоневротического удлинения икроножных мышц, составляли дети, передвигающиеся самостоятельно у опоры или с дополнительными опорами, т.е. относящиеся к 3–4 степеням двигательной недостаточности. У этих больных определялся выраженный неврологический дефицит в виде умеренно выраженных глобальных сгибательных синергий и патологических координаторных синкенезий Вестфайля-Штрюмпеля.

Техника операции апоневротического удлинения икроножных мышц. Положения больного на животе. Разрезом длиной 5–6 см на границе нижней и средний трети голени по задневнутренней поверхности (избегая повреждения n.surales) обнажается апоневроз икроножной мышцы. При этом стопа находится в положении тыльного разгибания при выпрямленной голени в коленном суставе, что обеспечивает необходимое напряжение икроножной мышцы. Апоневроз рассекается «Z»-образно. Редрессация в голеностопном суставе с коррекцией ЭДС до 90 градусов. Швы на апоневроз. Операция заканчивается послойным зашиванием раны и наложением гипсовой циркулярной повязки до верхней трети голени.

Длительность послеоперационного наблюдения составила в среднем 6,5 года. После проведения апоневротического удлинения икроножных мышц дети начали самостоятельное передвижение через 1,5 месяца. Это обусловлено, на наш взгляд, щадящим выбором операции, невмешательством в стабилизационную функцию камбаловидной мышцы и сохранением её силовой выносливости. После проведения комплексной реабилитации дети, оперированные методом апоневротического удлинения икроножных мышц, самостоятельно стоять и передвигаться могли 82 ребенка (74,5%) и 20 (18%) больных ходили с дополнительными приспособлениями. После операции апоневротического удлинения икроножных мышц рецидив наблюдался у 6 (5,4%) больных. Это связано с несоблюдением ортопедического режима и фактора роста. Пяточная деформация стопы после вышеуказанной операции не наблюдалась даже при выраженных неврологических нарушениях и подтверждает важность камбаловидной мышцы в стабильности ГСС.

Таким образом, операция апоневротического удлинения икроножных мышц является методом выбора хирургического лечения как у детей с умеренно выраженной ЭДС при спастических формах ДЦП. Показанием к этой операции является ЭДС с положительным трицепс-тестом при разогнутой голени в 90–1200, в том числе и у детей с тяжелой степенью двигательного и неврологического поражения.

Универсальность данного метода лечения заключается в органосохраняющем характере самого вмешательства, малой травматичности, надежном устранении деформации.

ВЫБОР УРОВНЯ АМПУТАЦИИ

Хасанов Р.С., Шокиров М.Х.

Национальный центр реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью

Выполняя ампутацию, врач создаёт новый органкультю, которая должна обладать определенными качествами, необходимыми для нормального пользования протезом. Это возможно, если объективно оценить состояние конечности, искаженной травмой, или выбрать наиболее рациональный уровень ампутации с максимальным щажением длины культи и строгим соблюдением основных технических правил операции. Показания к ампутации должны быть четко сформулированы тремя врачами. Разработана ориентировочная схема выбора уровня ампутации нижних конечностей. Подобной схемой можно пользоваться при плановых ампутациях по поводу врожденных или приобретенных деформаций и заболеваний конечностей, когда ампутация является первым и окончательным вмешательством.

Экзартикуляцию в коленном, голеностопном и лучезапястных суставах в плановом порядке производить не следует.

Причиной тому является сложность протезирования этих суставов. При этом надо учитывать изготовление индивидуального узла, которая яв-

ляется очень дорогостоящим. При ампутации, если эти показатели не учитывать, при протезировании и реабилитация будет протекать долго и сложно. При экстренных ампутациях основным принципом следует считать выполнение операции в пределах здоровых тканей на уровне, который гарантирует спасение пострадавшего и обеспечивает благоприятное послеоперационное течение. Вместе с тем, добиваться первичного заживления послеоперационной раны ампутацией на более проксимальных участках нельзя, так как это ведёт к недопустимому укорочению конечности.

При политравме и тяжелом состоянии пострадавшего перед травматологом прежде всего состоит задача спасения жизни больного. В подобных случаях ампутация травмированной конечности может носить предварительный характер, выполнять ее следует как можно дистальнее, с учётом возможной реампутации. Это не означает, что можно пренебрегать основными правилами ампутации и создавать заведомо порочную культю, не годную к протезированию. Не всегда больной (инвалид) соглашаются на повторную операцию, продолжая пользоваться протезом при порочной культе или ходить с помощью костылей.

Однако к принципу максимального сохранения длины будущей культи с помощью проведения ампутации на более дистальном уровне нужно подходить разумно.

Протезирование инвалида с излишне длинными культями чрезвычайно затруднено, а результат его недостаточно функционален и косметичен. Функциональный эффект протезирования зависит не только от длины костного рычага, но и от состояния мышц культи, их силы, кровоснабжения, объёма активных движений в проксимальных суставах.

Таким образом, уровень экстренной ампутации при травмах определяется не ампутационными схемами, а индивидуально с учётом места и характера повреждения, опасностью развития инфекции и условий, в которых выполняют вмешательство. В мирное время, создавая культю, травматолог должен думать и о возможности протезирования.

Таким образом, при ампутации бедра при лечебно-тренировочном протезировании надо учитывать современное состояние протезирования культи бедра.

БЕМОР БОЛАЛАРДА МИНИИНВАЗИВ ВА АНЪАНАВИЙ УСУЛДА ЎТКАЗИЛГАН ОСТЕОСИНТЕЗ АМАЛИЁТЛАР ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛИ

Хидиров Э.А., Имомкулов С.Р., Жуллиев А.М., Искандаров Э.Р.

РШТЁИМ Сурхондарё филиали

Шу кунгача бажарилиб келаётган анъанавий усулларда остеосинтездан кейин турли хил асоратлар кузатиб келинмоқда, шу сабабли янги миниинвазив усулда остеосинтез амалиёти ўтказиш бемор болаларда ҳаётий муҳим аҳамиятга эга бўлган. Бу амалиётни қўллаш натижасида, сифатли ташхислаш, жарроҳликни тез ва сифатли бажаришга, асорат ва ўлим кўрсаткичларини камайтиришга олиб келиши билан бирга, беморларни стационар даволаниш даврини 2–3 ётоқ кунини камайтириш билан бирга молиявий чиқишни 20–30% камайтиради.

Ишнинг мақсади. Болаларда миниинвазив ва анъанавий усулда ўтказилган остеосинтез амалиётлар натижаларини қиёслаш.

Материал ва усуллар. РШТЁИМ Сурхондарё филиали Болалар хирургик шикастланишлари булимида охирги 5 йил (2015–2020) давомида стандарт текширувлардан кейин умумий оғриксизлантириш (вена ичи наркоз) билан жами 423 та травматологик амалиёт ўтказилган. Шундан 378 таси (89,3%) остеосинтез амалиётидир. Утказилган остеосинтезлардан 316 таси (83,6%) кул ва елка камари суякларида ўтказилган бўлса, 62 таси (16,4%) пастки муча суякларида ўтказилган. Остеосинтез амалиётларни 301 таси (79,6%) очиқ, яъни анъанавий усулда ўтказилган бўлса, 77 таси (20,4%) миниинвазив усулларда утказилган. Традицион усулларда остеосинтез амалиёти утказилган беморни 20 тасида (5,3%) турли асоратлар (Жароҳатни иккиламчи битиши, контрактура, келоид чандиқлар, суяк секин битиши, нерв шикастланишлари) кузатилган. Миниинвазив усулда остеосинтез амалиёти ўтказилган беморларда 2 та (2,5%) асорат кузатилди. Бундан ташқари, миниинвазив остеосинтез амалиёти ўтказилган беморларни стационар даволаниш муддати (3,5 кун) анъанавий амалиёт ўтказилган беморларга нисбатан (5,3) қисқалиги кузатилди.

Хулоса. Ретроспектив таҳлил 423 та бемор болаларда миниинвазив ва анъанавий оператив даволанган беморларда шуни кўрсатадики, миниинвазив даволанган беморларда жарроҳлик амалиёти асоратсиз (97,5%), операциядан кейинги стационар ётиш вақти 2,2 ётоқ куни ва унинг асоратлари 2,8% камайди, ўлим ҳолати кузатилмади.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ИМПРЕССИОННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ЭПИМЕТАФИЗОВ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Ходжанов И.Ю., Элов Д.Р.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Городская клиническая больница №4 имени И. Иргашева

Переломы костей нижней конечности, включая проксимальный и дистальный отдел бедренной кости, импрессионные переломы эпиметафиза большеберцовой кости с костным дефектом особенно

распространены у пожилых людей и пациентов с остеопорозом.

Развитие посттравматических осложнений является следствием неполноценного лечения. В результате неполного устранения смещения отломков костей и наличия метафизарных дефектов в костях нарушается метаболический баланс местного кровообращения, возникает параартикулярная тканевая гипоксия, накопление метаболитов, что приводит к развитию рубцовой ткани на месте травмы. Структурные изменения, которые развиваются в окружающих тканях и проявляются при заращении поверхности синовиального покрытия, приводят к фиброзному анкилозу. Процесс сопровождается снижением эластических свойств синовиальной жидкости, при этом деполимеризация гиалуроновой кислоты снижает вязкость жидкости, изменяет реологические свойства и теряет способность выполнять амортизирующую и защитные функции. Усиление дегенеративных изменений приводит к ограничению функции и постепенной эрозии суставов.

Наличие остеопороза костей у пожилых людей, то есть размягчение костной ткани по сравнению с молодой, приводит к импрессионному перелому кости и недостатку костной ткани. Из-за наличия дефекта процесс репозиции становится технически сложным. Во многих случаях это приводит к неудовлетворительным результатам после операции и неровному заживлению суставных поверхностей. Такие импрессионные переломы становятся причинами технических трудностей и осложнений во время операции, описанной выше. Это побуждает специалистов выбирать наиболее оптимальный способ улучшения результатов операции, то есть восполнять дефекты. В настоящее время имеется большое количество литературы по импрессионным переломам с дефектом кости эпиметафизов длинных трубчатых костей и их осложнениям. Цель лечения – добиться хороших результатов; сохранить функцию сустава, восстановить анатомические и функциональные свойства травмированной ноги. Точная репозиция, прочная фиксация сломанных костных отломков и заполнение метафизарных дефектов обеспечивают раннее начало движения в суставах.

Увеличивающееся количество таких переломов и высокий уровень инвалидности пациентов побуждают к более глубокому анализу данных случаев.

Лечение. Удовлетворительное расположение костных отломков при переломах стопы лечится консервативно. А для лечения импрессионных переломов с костным дефектом применяется хирургическая операция. По этому поводу были предложены многочисленные хирургические процедуры. Нет единого мнения о хирургическом лечении, способе и подходе к лечению импрессионных переломов с костным дефектом эпиметафизов длинных трубчатых костей. В нашей клинике при импрессионных переломах с костным дефектом проксимального и дистального отделов бедренной кости, проксимального отдела большеберцовой кости применяется практика заполнения костного дефекта аутокостью и остеосинтез блокирующими пластинами и аппаратом Илизарова. Этот метод, то есть заполнение костного дефекта аутокостью является приемлемым решением для восстановления анатомии этого сегмента и ровного заращения суставных поверхностей, ускорения регенерации кости. Для такой операции недостающие костные фрагменты во время операции берут из гребня подвздошной кости, из дистального конца бедренной кости и из передневнутренней части большеберцовой кости у тех же пострадавших пациентов. На сегодняшний день в нашей клинике у 7 пациентов импрессионные переломы с костным дефектом проксимального эпиметафиза бедренной кости, у 8 пациентов импрессионные переломы дистального эпиметафиза бедренной кости, у 7 пациентов импрессионные переломы проксимального эпиметафиза большеберцовой кости – итого в клинике 22 пациентам с переломами костей ног были выполнены хирургические операции по заполнению дефекта аутокостью и стабильному остеосинтезу блокирующими пластинами и аппаратом Илизарова и достигнут положительный результат. У всех пациентов было достигнуто ускоренное сращение костных дефектов, а полное восстановление функции суставов было достигнуто за счет раннего использования суставов при ходьбе.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ СОСУДОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Хомиджонов И.Б., Махмудов Н.И., Усманов Б.С., Насритдинов Ж.А.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Повреждения сосудов верхних конечностей относятся к категории наиболее тяжелых по интенсивности и быстроте развивающихся последствий. Одним из серьезных осложнений сосудистых травм является тяжелый геморрагический шок.

Стремительный рост частоты травм верхних конечностей в последнее десятилетие непосредственно связан с автоматизацией производства учащением дорожно-транспортных происшествий и происшествий криминального характера.

За истекшие 18 лет в отделении экстренной сосудистой хирургии и микрохирургии ФФРНЦЭМ оперировано 810 больных с сосудистой травмой верхних конечностей. Мужчин было 540 (66,6%), женщин – 270 (33,3%), из них детей – 194 (23,9%). Средний возраст пострадавших составил 34 года.

Практически треть всех пострадавших поступила в тяжелом состоянии, обусловленном геморрагическим шоком 2–3 ст, потребовавшим проведения интенсивных мероприятий. Сроки поступления больных колебались от нескольких минут до 27 часов с момента получения травм. С наложенным «артериальным» жгутом поступило 417 больных (51,4%), с неправильно наложенным «венозным» жгутом (чаще самодельным) и продолжающимся кровотечением доставлено 106 (13%), 92 (11,3%) пострадавших поступило с лигированными концами сосудов и после ПХО раны, 24 (2,9%) – с наложенными на сосуды кровоостанавливающими зажимами, 171 (21,1%) больных – с давящей повязкой на ране.

У 143 (17,6%) больных отмечена изолированная травма сосудов, у 584 (72,%) – повреждения сосудов сочетались с травмой нервных стволов и сухожилий, у 83 (10,2%) – диагностированы костно-сосудистые повреждения. У 623 (76,9%) пострадавших отмечены нарушения кровообращения в конечности.

Операция по восстановлению кровообращения являлась одним из средств противошоковой терапии, она проводилась наряду с другими методами борьбы с шоком. После тщательной хирургической обработки раны с иссечением краев кожи и нежизнеспособных мягких тканей приступали к восстановлению поврежденных сосудов. Боковой шов сосудов применили в 87 случаях, боковую аутовенозную заплату наложили в 38, циркулярный узловой шов был произведен на 517 артериях и 215 венах, аутовенозное шунтирование при больших дефектах между краями сосудов выполнили в 93 случаях. Лигатурные операции произведены в 75 случаях: у 27 больных, находящихся в крайне тяжелом состоянии, а также – у 48 пострадавших при повреждении артерий мелкого калибра без нарушения кровообращения в конечности.

Все операции выполнены с использованием операционной оптики, атравматичного шовного материала и перниционзной техники.

Осложнениями восстановительных операций на сосудах верхних конечностей явились: тромбозы сосудистых анастомозов у 33 (4,0%) больных, аррозивное кровотечение, в связи с прорезыванием сосуда в послеоперационном периоде – у 13 (1,6%), ложная аневризма – у 6 (0,7%), нагноение послеоперационной раны – у 25 (3,0%) пострадавших. При тромбозах анастомозов и аррозивных кровотечениях производилось реанастомозирование сосуда с иссечением участка анастомоза, при ложной аневризме – иссечение аневризмы с аутовенозным протезированием артерий. У 1-го больного с возникшей ишемической гангреной произвели ампутацию верхней конечности.

Из 810 пострадавших, получавших лечение по поводу травматических повреждений сосудов верхних конечностей, летальный исход наблюдался у 3 больных (0,3%).

Причиной смерти у 1-го больного был тяжелый геморрагический шок и позднее обращение в стационар с неправильно наложенным жгутом, у 2-го больного в связи с политравмой и тяжелой черепно-мозговой травмой. У 3-го больного причиной смерти явилась острая почечная недостаточность.

В связи с появлением и внедрением современных методов диагностики и новых оперативных приемов при сосудистых травмах верхних конечностей, частота ампутации конечностей существенно снизилась. Несмотря на это, ряд вопросов организационного и тактического плана при оказании помощи этой категории больных требует дальнейшего решения.

ОПЕРАТИВНАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ МЫЩЕЛКОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

Хударганов Х.Р., Уразбаев А.А., Уразбаев Ж.Д.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Переломы мыщелков большеберцовой кости составляют до 3,2% от всех повреждений опорно-двигательного аппарата. Многообразие внутрисуставных переломов, трудности репозиции и стабилизации отломков, частые осложнения в виде стойких контрактур коленного сустава и посттравматического артроза придают данной патологии особую актуальность. Неудовлетворительные исходы при оперативном лечении переломов мыщелков большеберцовой кости встречаются у 6-38% больных, при консервативном – показатели значительно выше.

Цель работы. Улучшение анатомо-функциональных исходов путем разработки и обоснования рациональной тактики при оперативном лечении больных с переломами мыщелков большеберцовой кости.

Материалом послужили данные 29 больных с 30 переломами мыщелков большеберцовой кости, оперированных способом внутренней фиксации. Возраст больных от 14 до 76 лет. Мужчин было 17, женщин – 12. У 26 больных переломы были закрытые, у 3 – открытые (1А по Каплана-Марковой). Для уточнения характера и степени смещения отломков 25 больным произведено КТ коленного сустава. Переломы типа В1 (классификация АО/ASIF) диагностированы у 4, В2 – 4, В3 – 12, С2 – 1, С3 – 8. Превалировали тяжелые переломы В3 и С3 (20 случаев).

Оперативное вмешательство включало открытую репозицию, восстановление конгруэнтности суставной поверхности и стабильную фиксацию отломков. В зависимости от типа перелома и минеральной плотности костной ткани применяли фиксацию костных отломков винтами или накостный остеосинтез пластинами. Дефекты после элевации суставных фрагментов замещали костными аутоили аллотрансплантатами. Поврежденные мениски удаляли лишь при невозможности их рефиксации.

Травматичность операции уменьшали бережным отношением к поврежденным тканям, щадящей репозицией отломков с применением спицевого дистрактора. Для профилактики рубцово-спаечного процесса после санации полости сустава и введения вакуумных дренажей мягкие ткани ушивали в положении сгибания в коленном суставе под углом 90–100°.

После операции поврежденную конечность укладывали на ортопедических подушках в положении сгибания в коленном и тазабедренном суставах под углом 90°. К концу 2 суток после операции начинали пассивную разработку коленного и тазобедренного суставов. Через 2–4 суток после операции движений в коленном суставе была не менее 90°. Больные самостоятельно разрабатывали движения в коленном, голеностопном и тазобедренном суставах. К концу 1 недели движения в коленном суставе осуществлялись свободно и болезненно, и больных ориентировали на дальнейшее увеличение амплитуды движений.

Описанная тактика применена у 26 больных, что значительно сократило сроки функционального восстановления пострадавшей конечности. Сроки нагрузки определялись типом перелома и рентгенологическими данными в процессе динамического наблюдения.

Оценку исходов проводили по балльной системе. Результаты лечения изучены у 21 больного в сроки от 6 месяцев до 2 лет. Отличные результаты получены у 3 (14%), хорошие – у 13 (62%), удовлетворительные – у 4 (19%). Неудовлетворительный результат у 1 больного был обусловлен нагноением операционной раны с последующим развитием остеомиелита.

Таким образом, представленная тактика лечения больных с переломами мыщелков большеберцовой кости, включающая малотравматичную анатомическую репозицию, прочную внутреннюю фиксацию и максимально раннюю функциональную реабилитацию, позволяет получить положительные результаты с преобладанием хороших и отличных.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Хужакулов У.Б., Сайпиев А.С., Сайпиев А.А., Худайбердиев П.К., Сувонов Н.О.

Навоийский филиал РНЦЭМП

В Навоийской области ежегодно регистрируется от 200 до 300 случаев переломов проксимального отдела бедра у пожилых пациентов. Из них 45% составляют медиальные и 55% латеральные переломы проксимального отдела бедренной кости. Оперативная активность в отношении пожилых пациентов с повреждениями проксимального отдела бедра не превышает 30–35%, что, по нашему мнению, является недостаточным. Поэтому в последние годы широко применяется современные методы лечения – DHS, PFN, эндопротезирование.

Цель. Улучшить результаты лечения пожилых больных при переломах проксимального отдела бедренной кости с применением современных методов.

Материалы и методы. В отделение сочетанных и осложненных травм Навоийского филиала РНЦЭМП в период с 2017 по 2019 год, на стационарном лечении находилось 199 пожилых пациентов с переломами проксимального отдела бедра, в возрасте от 71 до 92 лет. С медиальными переломами было 89 человек, с латеральными 110. Из них женщин составило 137 пациентов. Пациенты с медиальными переломами проксимального отдела бедра были оперированы в 61 случае. При латеральных повреждениях были оперированы 89 человек. Способы оперативного лечения при медиальных переломах применены следующие: остеосинтез спонгиозными винтами – 33; DHS – 17; эндопротезирование – 11. При латеральных переломах: остеосинтез пластиной – 4; спонгиозными винтами – 5; DHS – 6; PFN – 74. Пациенты, в лечении которых были применены современные хирургические методы лечения (DHS, PFN, эндопротезирование) были активизированы в сроках от 3 дней (при эндопротезировании) до 2 недель (при использовании DHS). Сроки госпитализации пациентов уменьшились втрое. Отдалённые результаты изучены у 101 пациента. В группе больных, в лечении которых применялись современные способы лечения (130 человек). Результаты лечения в сроках до 1 года изучены у 74 пациентов, положительными расценены 70 случаев. У одного больного наблюдался летальный исход в связи тромбоэмболическим осложнением.

Из числа пациентов, у которых применялись традиционные способы фиксации (спонгиозные винты и пластины) в связи с длительной реабилитацией (от 2 до 3 месяцев), процент неудовлетворительных результатов составил 38%. Смертность до 1 года выявлена в 21% случаев.

Выводы. Таким образом, применение современных способов хирургического лечения при переломах проксимального отдела бедра у пожилых пациентов позволяет улучшить результаты лечения, одновременно повысив качество жизни и самообслуживания.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ КЛЮЧИЦЫ

Шадиев Б.У., Рахматов Р.Б.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии

Несмотря на значительный прогресс травматологии, которым характеризуются последние годы, остается еще много нерешенных проблем, сохра-

няющих актуальность и по сей день. К их числу по праву может быть отнесена проблема переломов ключицы, что объясняется той ролью, которую последняя играет в обеспечении различных аспектов деятельности человека.

Переломы ключицы чаще всего случаются при производственной и уличной травме. Преобладает непрямой механизм травмы (падение на вытянутую руку, на плечо, на локоть и т.д.). При этом немаловажное значение имеет рефлекторное сокращение мышц.

Переломы ключицы характеризуются рядом клинических признаков, которые могут быть относительными и достоверными.

Рентгенологическое исследование при переломах ключицы позволяет установить окончательный диагноз и выбрать правильную тактику лечения. Рентгенография ключицы производится в двух проекциях – передне-задней и аксиальной.

В настоящей работе приводим результаты лечения 129 больных с переломами ключицы. Мужчин было 87, женщин – 42. Переломы ключицы чаще встречаются у лиц трудоспособного возраста. Так, в возрасте от 21 до 50 лет было 97 больных, в пожилом и старческом возрасте – 32 больных. На производстве травму получили 31 больной, в результате дорожно-транспортных происшествий – 29 больных, бытовая травма была у 69 больных.

По рентгенологической характеристике переломы ключицы распределялись следующим образом: поперечные переломы – у 23 (17,8%) больных, косые – у 34 (26,4%) больных, оскольчатые и многооскольчатые переломы у 72 (55,8%) больных.

Наибольшее распространение при оперативном лечении переломов ключицы получил интрамедуллярный остеосинтез металлическими стержнями и спицами и накостный остеосинтез пластинами.

Под общей анестезией после соответствующей обработки операционного поля производится линейный разрез длиной до 7 см на 1 см ниже ключицы. Обнажается место перелома, мобилизуются отломки. После сопоставления отломков и их фиксации вводится металлический стержень или производится накостный остеосинтез. Рана послойно ушивается.

После операций по поводу переломов ключицы иммобилизация осуществляется гипсовой повязкой в течение 4 недель. С третьего дня в послеоперационном периоде назначается комплекс физиофункционального лечения, который расширяется после прекращения фиксации. Трудоспособность больных восстанавливается через 1,5–2 месяца после оперативного лечения.

Остеосинтез пластинами произведен 75 больным, спицами – 54 больным. Хороший результат отмечен у 119, удовлетворительный у 8 и неудовлетворительный у 2-х больных.

В числе неудовлетворительных результатов оперативного лечения в 1 случае был ложный сустав после оскольчатого перелома, фиксированного кетгутом, а в другом случае – воспаление мягких тканей вокруг спиц, которое было купировано после лечения.

Таким образом, при переломах ключицы со смешением костных отломков методом выбора является оперативный метод лечения.

ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ СИНДАКТИЛИИ КИСТИ У ДЕТЕЙ

Шамукимов Ш.А., Назарова Н.З., Жалолов Х.А., Арипов Ф.Э.

Республиканский центр детской ортопедии, Ташкентская медицинская академия

Врождённые аномалии развития пальцев кисти составляют более 50% всех пороков развития конечностей у детей. Недооценка тяжести патологии, допущенные лечебно-тактические, технические и организационные ошибки являются основными причинами неудовлетворительных результатов.

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения врождённой синдактилии кисти.

Материал и методы. В Республиканском центре детской ортопедии с 2012 по 2020 г. находилось на лечении 103 больных в возрасте от 1 года до 18 лет с врождённой синдактилией кисти (628 пальцев на 149 кистей), которым выполнены оперативные вмешательства. Число пациентов мужского и женского пола было – 55:48. Дети до 7 лет составили преимущественное большинство – 67 (65%). Среди 103 обследованных больных у 27 (26%), помимо синдактилии, имели место и другие пороки развития кисти. В большинстве случаев (55) наблюдалось двустороннее сращение пальцев кистей, что составило 53%, сращение пальцев только правой кисти имело место у 31 (30%) пациента, только левой кисти – у 17 (17%). Больные были распределены на 3 клинические группы: 1. Простая форма синдактилии – 39 (38%); 2. Сложная форма синдактилии – 51 (49%); 3. Рецидивная синдактилия – 13 (13%).

Всем больным производилось оперативное лечение строго по нижеследующим принципам: обязательная маркировка кожных доступов; под контролем турникета; все кожные разрезы вдоль синдактилированных пальцев должны быть зигзагообразными; релиз синдактилии начинают дистально; межпальцевая спайка формируется только за счёт местных тканей; выделяется общая пальцевая артерия и собственный пальцевой нерв; рассекается ладонная и тыльная межпястные связки; кожные швы накладываются без натяжения; шовный материал: монофиламентная нить №5,0 (пролен, монокрил, PDS); дефект укрывают свободным расщеплённым кожным лоскутом.

Результаты. При хирургическом лечении детей со сращением пальцев кисти мы провели три

вида операций: основные, направленные на разделение пальцев; лечение осложнений, возникших в ходе операций или в послеоперационном периоде; устранение вторичных деформаций, возникших в результате хирургических вмешательств. Рациональное ведение больных в послеоперационном периоде, своевременное ортезирование и диспансерное наблюдение позволяют улучшить функциональный и косметический результат операции. В отдаленные сроки после оперативного лечения отмечаются: увеличение амплитудно-частотных показателей ЭМГ в мышцах предплечья и кисти; отсутствие значимых нарушений чувствительности и изменений показателей периферического кровотока. Адекватный выбор метода операции у детей со синдактилией кисти, использование современных технологий лечения и рациональное ведение периода реабилитации позволили получить в отдаленные сроки отличные и хорошие результаты.

Вывод. Таким образом, необходимо еще раз подчеркнуть, что при проведении операций синдактилии следует строго следовать вышеуказанным принципам. Любое отклонение от них приведет к нежелательным последствиям в виде сгибательных контрактур, деформации пальцев и нарушению функции кисти, а значит и к ухудшению качества жизни пациентов.

КИЧИК ВА ЙИРИК ОРТОПЕДИК ОПЕРАЦИЯЛАРДАН КЕЙИН КОГНИТИВ ДИСФУНКЦИЯ ЮЗАГА КЕЛИШИ

Шарипова В.Х., Алимов А.Х., Валиханов А.А.

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази

Операциядан кейинги когнитив дисфункция (ОККД) операциядан кейинги кечки даврларда беморлар ҳаёт сифатининг пасайиши, юқори ўлим кўрсаткичлари билан боғлиқ эканлиги аниқланган. ОККД нинг аниқ этиологик омили ва механизмлари ҳали-ҳануз аниқланмаган. Кекса, ёш бемор маълумоти даражасининг пастлиги, операциядан олдинги мавжуд когнитив бузилишлар, амалиёт ҳажми ва юқори травматиклик даражаси, периоперацион даврда опиоидлар ва бензодиазепинларнинг қўлланилиши, операциядан кейинги оғриқ синдроми кабилар когнитив дисфункция ривожланишининг хавф омиллари ҳисобланади. Ушбу проспектив тадқиқот кичик ва йирик хирургик амалиётлардан кейин ОККД ривожланишини ўрганиш мақсадида ўтказилди.

Материал ва усуллар. Проспектив, ягона марказли тадқиқот Республика шошилинч тиббий ёрдам марказида ўтказилди. Тадқиқотга кечиктирилган тартибда травматологик-ортопедик амалиёт режалаштирилган беморлар киритилди. Қўшилиб келган бош мия жароҳати, анамнезида инсульт ёки нейрохирургик операция бўлганлиги, эшитиш ёки кўриш қобилиятининг бузилганлиги кабилар тадқиқотга киритилмаслик мезонлари бўлди. Беморлар ўтказилган амалиёт травматиклик даражасига кўра шартли равишда икки гуруҳга: 1-кичик (ўмров суяги остеосинтези, билак суяги остеосинтези, тизза бўғимидаги артроскопик амалиётлар, тизза қопқоғини тикиш операцияси ва б.) ва 2-йирик амалиёт (катта болдир суяги очиқ ва ёпиқ репозицияси ва остеосинтези, сон суяги очиқ ва ёпиқ остеосинтези, елка суяги остеосинтези ва б.) гуруҳларига киритилди. Операциялар умумий комбинирланган анестезия остида бажарилди. Бунда индукция учун 2–3 мг/кг пропофол ва 2–3 мкг/кг фентанил ҳамда анестезияни давом эттириш учун 0,5–1,5 минимал алвеоляр концентрацияда (МАК) изофлуран ва 4–6 мкг/кг/соат фентанил қўлланилди. Барча беморларда операциядан кейинги мультимодал оғриқизлантириш олиб борилди. Мезонларга тўғри келмаган беморлар тадқиқотдан чиқарилгач, 1-гуруҳга 54 нафар кичик амалиёт ўтказган бемор, 2-гуруҳга эса 70 нафар йирик амалиёт ўтказган бемор (жами 124 та бемор) тадқиқот якунигача текширилди. Жами беморларнинг 75 нафари эркак ва 49 нафари аёл бўлиб, ўртача ёши 46±15,4 ни ташкил қилди ва беморлар ёши, жинси, маълумоти, тана вазни индекси, операциядан олдинги скрининг нейропсихологик тест натижаси каби клиник-демографик кўрсаткичлари бўйича гуруҳлараро ўзаро таққосланарли бўлди. Операциядан 1–2 кун аввал ва операциядан кейинги 5–7-кунларда беморлар махсус нейропсихологик текширув протоколи ёрдамида текширилди. Нейропсихологик текширув протоколи қуйидаги тестларни ўз ичига олди: вербал хотира тести (AVLT-auditory verbal learning test), кетма-кетликни аниқлаш тести (TMT-trail making test), рақамларни эслаб қолиш тести (DST-digit span test), рақамлар ва ҳарфларни алмаштириш тести (DLST-Digit letter substitution test) ва Струп тести (SCWLT-Stroop's color-word learning test). Операциядан кейинги тест натижаларига кўра икки ва ундан ортиқ тестда бошланғич натижаларга нисбатан 20% дан ортиқ ёмонлашиш ҳолати ОККД деб қайд этилди ва кузатилган ОККД сонига кўра гуруҳлар ўзаро таққосланди. Бундан ташқари, гуруҳлар операциядан кейинги оғриқ даражаси ва операция давомийлиги бўйича ҳам ўзаро солиштирилди. Операциядан кейинги оғриқ даражаси 1 дан 10 гача рақамли шкала ёрдамида операциядан кейинги илк сутка давомида ҳар 4 соатда амалга оширилди ва натижанинг ўртача қиймати олинди.

Натижалар. Операциядан кейинги 5–7-кунларда кичик ва йирик амалиёт ўтказган беморлар гуруҳларида ОККД мос равишда 5 (9,3%) ва 18 (25,7%) нафар беморда аниқланди (ч2=5,38; p=0,02). Операциядан кейинги биринчи суткада оғриқ даражаси кичик ва йирик амалиёт гуруҳлари ўртасида рақамли шкалада ўртача 2,6±1,59 ва 3,1±1,9 ни таш-

кил қилди (p=0,123). Операция давомийлиги кичик амалиётлар гуруҳида 45±17,8, йирик амалиёт гуруҳида эса 70,3±34,4 ни ташкил қилди (p<0.0001).

Хулоса. Кичик ортопедик операция ўтказган беморлар билан таққослаганда йирик ва узоқ давом этувчи ортопедик операциялардан кейин когнитив бузилишлар кўпроқ учрайди.

КОМБИНИРОВАННАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ОДНОМОМЕНТНОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Шарипова В.Х., Фокин И.В.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Несомненно, выполнение операции по одномоментному остеосинтезу костей верхней и нижней конечности является высоко травматическим хирургическим вмешательством. Но более быстрое выполнение операций по фиксации и остеосинтезу крупных костей конечностей снижает заболеваемость и улучшает выживаемость. При наличии соответствующих навыков и оборудования можно использовать преимущества регионарной анестезии над общей, для анестезиологического обеспечения полисегментных операций.

Цель исследования. Сравнение общей анестезии с комбинированной спинальной и проводниковой анестезией при одномоментном остеосинтезе костей верхней и нижней конечности.

Материал и методы. Проведение исследования осуществлялось с 2018 по 2020 год в опер-анестезиологическом отделении РНЦЭМП. В исследование было включено 58 больных с информированным согласием, анестезиологическим риском по ASA II-III класса, которым выполнялись травматологические операции по одномоментному остеосинтезу костей нижней и верхней конечности. Пациенты были разделены на две группы, из них основная группа пациентов (*n*=23), которым выполнялась спинальная анестезия раствором местного анестетика бупивакаин 0,5% 12,5–15 мг, а также блокада плечевого сплетения раствором местного анестетика лидокаина 2% – 20 мл +адреналина 1:2000000, дексаметазон 1 мл – 4 мг. Верификация плечевого сплетения из межлестничного или надключичного доступа проводилась с помощью ультразвуковой визуализации. Во время операции проводилась седация больного с использованием мидазолама в расчетной дозировке, при необходимости, если пациент отмечал боль, вводился опиоидный аналгетик фентанил 50-100 мкг. В контрольной группе (*n*=25) операции выполнялись под общей комбинированной анестезией с интубацией трахеи, при которой индукция в анестезию проводилась пропофолом, фентанилом, дитилином и поддержание анестезии проводилось изофлюраном, фентанилом, ардуаном в расчетных дозировках. В послеоперационном периоде в обеих группах назначалось стандартное обезболивание НПВС кетопрофеном по 100 мг 2–3 раза в день, при болях сильной интенсивности использовался наркотический аналгетик промедол 20 мг. В исследовании у всех пациентов анализировались следующие данные: 1. Показатели гемодинамики (СВ, ФВ, ОПСС, СрАД, Ps). 2. Показатели глюкозы и кортизола крови. 3. Расход наркотических аналгетиков за первые послеоперационные сутки. Показатели гемодинамики, кортизола и глюкозы крови измерялись после начала анестезии первый этап, во время остеосинтеза нижней конечности и верхней конечности – второй и третий этап соответственно. Статистический анализ данных проводился в программе IBM SPSS Statistics 21.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов, пол, вес, рост и длительность операции были сопоставимы в обеих группах. Показатель СВ в контрольной группе и основной группе на первом этапе составил соответственно 5,7±0,04 и 5,6±0,03 л/мин, на втором этапе 5,4±0,03 и 6,1±0,06 л/мин, третьем этапе 5,3±0,02 и 5,8±0,05 л/мин, что статистически отличалось на втором и третьем этапе и было выше в основной группе по сравнению с контрольной (p<0,05). При анализе ФВ в контрольной группе и основной группе статистической разницы не наблюдалось на первом этапе 60,2±0,5% против 59,5±0,5%, но данный показатель был ниже на 2-ом этапе в контрольной группе 56,5±0,2% против 62,2±0,7% основной группы, так же на 3-ем этапе 57,4±0,3% контрольная группа против 59,8±0,5% основной группы (p<0,05). Средние величины ОПСС на первом этапе в контрольной группе 1153,2±35 дин/сек/см-5 ниже по сравнению с основной группой 1224,8±37 дин/сек/см-5, на втором этапе 1472,6±52 дин/сек/см-5 против 1045,4±29 дин/сек/см-5 и третьем этапе 1390,5±49 дин/сек/см-5 против 1139,2±33 дин/сек/см-5 между группами и были выше в контрольной группе по сравнению с основной соответственно (p<0,05). В основной группе по сравнению с контрольной группой на 1-ом, 2-ом и 3-ем этапах операции показатель срАД был стабильнее и ниже на всех трех этапах 91,1±2,35 и 93,8±2,37 мм. рт. ст., 86,4±2,14 мм.рт.ст. и 101,2±2,52 мм.рт.ст., 79,4±2,09 мм.рт.ст. и 86,7±2,16 мм.рт.ст соответственно (p<0,05). На первом этапе в основной группе средний Ps 81,4±2,34 уд/мин был ниже, чем в контрольной группе 89,2±2,56 уд/мин, но на 2-ом, 3-ем этапе в основной и контрольной группе данный показатель значительно не отличался 83,6±2,36 уд/мин и 80,5±2,31 уд/мин, 87,9±2,44 уд/мин и 91,7±2,58 уд/мин соответственно (p<0,05). Уровень глюкозы крови на первом этапе в контрольной и основной группе статистически не отличался 4,5±0,05 ммоль/л против 4,7±0,07 ммоль/л, на втором этапе 7,9±0,15 ммоль/л против

5,8±0,09 ммоль/л и третьем этапе 7,8±0,14 ммоль/л против 6,1±0,1 ммоль/л показатель был выше в контрольной группе по сравнению с основной соответственно (p<0,05). Показатель кортизола крови на первом этапе был ниже в контрольной группе 532,1±1,36 нмоль/л по сравнению с основной группой 584,5±4,73 нмоль/л, но на втором и третьем этапе данный показатель был выше в контрольной группе 860,3±5,21 моль/л и 832,4±4,98 моль/л по сравнению с основной группой 631,4±3,61 моль/л и 594,1±3,26 моль/л (p<0,05). Средний расход промедола в первые послеоперационные сутки был достоверно ниже в основной группе 41±3,95 мг против 53,4±3,66 мг в контрольной группе (p<0,05). Осложнений в обеих группах от анестезиологического обеспечения не наблюдалось.

Заключение. Подводя итоги, можно сделать вывод, что комбинированная спинальная анестезия нижних конечностей и проводниковая блокада плечевого сплетения при наличие ультразвукового ассистирования являются эффективным, экономически выгодным и безопасным методом анестезиологического обеспечения операций по одномоментному остеосинтезу костей нижней и верхней конечности.

ТИЗЗА БЎҒИМИ ЖАРОҲАТЛАРИДА МРТ ТЕКШИРУВИНИ ДИАГНОСТИК САМАРАДОРЛИГИ

Шерматов С.А., Тухтакулов А.Ю., Махмудов Н.И.

РШТЁИМ Фарғона филиали

Мақсад. Тизза бўғимидаги шикастланишдан кейинги ўзгаришларни баҳолашда магнит-резонанс томография (МРТ) имкониятларини, текширувининг диагностик самарадорлигини баҳолаш ва текширувнинг аниқлигига субъектив ва объектив омилларнинг нисбий таъсирини ўрганиш.

Ўтказилган тадқиқотларда тизза бўғими МРТ текшируви ва артроскопик диагностикаси қиёсий солиштирма баҳоланганда, тасдиқланган тиббиёт принцплари асосида МРТ диагностикаси аниқлиги мениск шикастларида 96%, бойламлар жароҳатларида 90,5%, бўғим синовиал пардалари ўзгаришларида 71%, бўғим тоғайлари ўзгаришларида 37% ни ташкил этган.

Ўрганиш учун МРТ текшируви ўтказилган 56 нафар беморлар кузатилган, буларда тизза бўғими МРТ текшируви ҳар хил диагностик марказларда ва магнит майдони кучлари 0,5 дан 1,5 теслагача бўлган томографларда ўтказилган.

Булар икки гуруҳга бўлинган: 1-гуруҳда клиника таркибида тизза бўғими артроскопик операциялари ўтказилган ёки ортопедлар билан алоқада бўлган клиникада даволанган беморлар. Иккинчи гуруҳ – ортопедлар билан алоқада бўлмаган марказларда даволанган беморлар гуруҳи. Шунингдек, МРТ текшируви паст ва ўрта зичликдаги томографиялар, юқори зичликдаги томографияларда (қуввати 1,5 Тл) текширилган беморлар Кесмалар қалинлиги, қўлланиладиган импульслар кетма-кетлиги ва текширилаётган юзалар натижалар аниқлигига таъсири ва аҳамияти ўрганилди.

Беморлар травматик шикастлар жойлашган жойига қараб уч гуруҳга бўлинган: А гуруҳда 24 нафар беморлар тизза бўғими менискларидаги жароҳатлари билан. Б гуруҳда 6 нафар беморлар тизза бўғими бойламлари жароҳатлари билан ва В гуруҳда 26 нафар менисклар ва бойламлар жароҳатлари билан беморлар ўрганилган.

Асосий текшириш усули МРТ текшируви ва артроскопик диагностика ўтказилган, МРТ ижобий ва салбий хулосаларни қиймати, турли клиникаларда бажарилган МРТ аниқлиги. Шунингдек, рентгенолог хулосалари ва операциядан кейинги бемор ташхисларини мувофиқлиги даражаси ўрганилган.

Натижалар. 1-гуруҳ текширилувчиларида диагностик самарадорлик анча юқори бўлган. Яъни МРТ хулосалари операцион ташхис билан мослиги юқори бўлиб, хулосалар тўғри келмаслиги ёки етарлича диагностик маълумотлар ёритиб берилмаслиги хатолари кам учраган.

Муҳокама ва хулосалар. МРТ текшируви тизза бўғими жароҳатлари билан касалланган беморларда ўтказилиши керак бўлган диагностик текширувлардан бири бўлиши шарт, чунки тизза бўғими МРТ текшируви юқори сифатдаги диагностик усуллардан бири ҳисобланади. Юқори зичликдаги (кесмаси қалинлиги 3 мм дан ошмайдиган) томографияларда ўтказилиши шарт, сканнерлаш энг камида 4 та кетма-кетликда, 3 та юза бўйлаб ўтказилиши ва рентгенолог билан ортопед ўртасида ўзаро боғлиқлик бўлиши керак.

МРТ текширув тасвири тизза бўғими бойламлари жароҳатларида артроскопик диагностик классификацияларга тўғри келган ҳолатда бойламлардаги қисман жароҳатланган элементларни ҳам тўғри аниқлаб бериш имкониятига эга.

ОПЕРАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ

Шодиев Б.У.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии

Одной из актуальных и сложных проблем современной травматологии является лечение диафизарных переломов костей предплечья. Диафизарные переломы костей предплечья относятся к числу наиболее часто встречающихся повреждений опорно-двигательного аппарата и составляют от 11 до 25% переломов длинных трубчатых костей. Сложность лечения повреждений данного сегмен-

та определяется его анатомическим строением, в частности, наличием трех сочленений в локтевом и лучезапястном суставах. При диафизарных переломах костей предплечья наблюдается несовпадение анатомических и функциональных результатов, последние всегда оказываются хуже. При повреждениях костей предплечья большой проблемой являются ротационные контрактуры, которые происходят при сморщивании и рубцовых изменениях межкостной мембраны предплечья. Фиксация предплечья в любом положении сроком более 3 недель приводит к рубцовому сморщиванию межкостной мембраны и как следствие этого происходит ограничение пронационных и супинационных движений.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с диафизарными переломами костей предплечья путем оптимизации технологии оперативного лечения.

Материалы и методы. В нашей клинике с 2015 по 2020 год оперированы 98 больных с диафизарными переломами костей предплечья. Из них 74 больных составили мужчины, 24 – женщины. 65 переломов приходилось на долю левого предплечья, 33 на правую. 66 больных имели переломы обеих костей предплечья, из них 48 составили переломы средней трети, 6 в верхней трети, 12 в нижней трети. Изолированные переломы лучевой кости встречались в 21 случае, из них: 3 – в верхней трети, 11 – в средней трети, 7 – в нижней трети. Изолированные переломы локтевой кости встречались у 11 больных, из них: 5 в верхней, 6 в средней трети. В основном у 68 больных произведен накостный остеосинтез, у 4 больных из-за наличия осколков дополнительно костные отломки фиксировались серкляжной проволокой. 12 больным произведен чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова. 14 больным произведен комбинированный интрамедуллярный и чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова.

Результаты и обсуждение. Отдаленные результаты изучены у наблюдаемых нами 92 больных в сроки от 1 года до 3 лет. При оценке исходов лечения пользовались трехбалльной системой. Хороший исход (отсутствие жалоб, полное сращение отломков, восстановление функции конечности и трудоспособности больного) получен у 75 (81,5%), удовлетворительный (прочное сращение отломков, ограничение функции оперированной конечности, частичная потеря трудоспособности больного) – у 12 (13,1 %), неудовлетворительный (отсутствие сращения костных отломков, резкое нарушение функции конечности, потеря трудоспособности и выход на инвалидность) – у 5 (5,4 %) больных.

Таким образом, при лечении пострадавших с диафизарными переломами костей предплечья основная цель лечения должна заключаться в сохранении анатомических и функциональных результатов и в максимально короткие сроки производить операции по стабилизации костных отломков.

НАШ ОПЫТ СРАВНИТЕЛЬНОЙ СЕЛЕКТИВНОЙ БЛОКАДЫ НЕРВОВ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ОСТЕОСИНТЕЗЕ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

Эшбоев А.Т., Худайназаров К.С., Тожиев А.Х., Бердиев У.Р., Одилов З.И.

Сурхандарьинский филиал РНЦЭМП

Цель. Анализ течения анестезии при помощи селективной блокоды бедренного, седалищного нервов и спинномозговой анестезии остеосинтеза костей голени.

Материал и методы. Проведение исследования осуществлялось в операционном блоке РНЦЭМП Сурхандаринского филиала. В исследование было включено 45 больных в возрасте от 35 и до 60 лет за последние 3 года. Из них мужчины 37(86,3%), женщины (13,7%), сельские 30(66,5%), городские 15(33,5%). При этом выполнялись травматологические операции – остеосинтез костей голени по поводу различной локализации и характера перелома. Пациенты были разделены на две группы, из них в основной группе 30(66,5%), выполнялась селективная блокада бедреннего и седалищного нерва в положении больного на спине. Блокада бедреннего нерва выполнялась раствором местного анестетика лидокаина 2,0% 3–5 мл с бупивакаином 0,5% 15–20 мл и дексаметазоном 4 мг 0,5 см ниже, параллельно пупартовой связки. Седалищный нерв блокировался на уровне нижней и средней трети бедра раствором местнего анестетика лидокаина 2,0% 3–5 мл с бупивакаином 0,5% 25 мл и дексаметазоном 4 мг. Во время операции дополнительно проводилась седация больного с использованием мидозалама в расчетной дозировке. В контрольной группе 15(33,5%) операции выполнялись под спинномозговой анестезией изобарическим раствором бупивакаина 0,5%–12,5 мг, пункция субарохноидального пространства выполнялась на уровне L3-L4 остистых отросков поясничных позвонков.

Таким образом, исследование дало следующие результаты. 1. Селективная блокада бедренного и седалищного нерва при остеосинтезе костей голени гемодинамические показатели являются более стабильным и без гиподинамических сдвигов, как при спинномозговой анестезии.

2. Время наступления анестезии при селективной блокаде нервов нижней конечности в 3 раза длительнее, но продолжение анестезии 2 раза дольше.

3. Хорошее качество блокирования болевой импульсации приводит к значительному снижению стресса во время операции.

Подводя итоги, можно сделать вывод, что селективная блокада нервов нижней конечности может быть методом выбора анестезии при травматологических операциях на костях голени у больных с противопоказаниями к спинномозговой анестезии.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У ДЕТЕЙ

Юлдашев В.Б., Исмоилов О.О., Мамаджанов У.Р., Уринбоев О.А., Усмонов Э.А., Хошимов Ж.Т.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Переломы костей голени составляют 15%–20% от всех преломов костей скелета. У большинства больных переломы являются следствием прямой травмы. Переломы костей голени являются одним из частых повреждений у детей, частота которых, по данным литературы, составляет от 6% до 21%, а среди переломов длинных трубчатых костей варьирует от 38% до 55%. Положительный исход лечения переломов костей голени у детей во многом зависит от выбора лечебной тактики. Своевременное хирургическое вмешательство позволяет раньше активизировать больного, что способствует профилактике осложнений в течение всего периода восстановления функции. Вместе с тем, необоснованное применение травматичных способов остеосинтеза, причиняя дополнительную травму, может привести к нежелательному результату, усугубив состояние больного.

В Андижанский филиал РНЦЭМП в отделение детской нейротравматологии в 2019 году за шесть месяцев обратились 40 больных с переломами костей голени, в возрасте от 2 до 18 лет. При поступлении учитывали механизм травмы, обращали внимание на деформацию, припухлость в области перелома, локальную болезненную точку, ограничение движений в голени, характер повреждения при рентгенологическом исследовании.

Хирургическое лечение позволяет раньше активизировать больного, поэтому выбор метода фиксации костных отломков из всех способов остеосинтеза имеет решающее значение в достижении лучших результатов.

Цель. Определить хирургическую тактику при переломах костей голени у детей.

Материал и методы. Ретроспективному анализу подвергнуты 40 детей с переломами костей голени, в возрасте от 2 до 18 лет, находившихся на лечении в отделении детской нейротравматологии Андижанского филиале РНЦЭМП.

По механизму травмы превалировало прямое воздейсвие травматического агента в результате 1) автоаварии 8 больных – 20%. 2) падения 8 больных – 20%. 3) спортивная травма 7 больных – 18%. 4) Бытовая травма 10 больных – 25%. 5) Сочетанная травма 7 больных – 18%.

По типу переломов:

Закрытый переломы обеих костей голени – 40 больных.

А) Закрытый перелом костей голени – 22 больных – 55%.

Б) Открытый перелом костей голени – 6 больных – 15%.

В) Шинированные переломы костей голени – 8 больных – 20%.

Г) Перелом костей голени без смешения – 4 больных – 10%.

Оперативные методы лечения применены у 14-больных 35%. Консервативные методы лечения применены у 26 больных – 65%. Из консервативных методов лечения: а) гипсовая повязка 22 больных, 55%. Скелетное вытяжение у 4 больных, 10%.

У 14 больных с закрытыми переломами со смещением костных отломков, не поддающиеся репозиции или со вторичным смещением, применён малоинвазивный метод лечения – закрытый остеосинтез спицами Киршнера или Илизарова под контролем ЭОП.

Устойчивость к травме у детей зависит от надкостницы, которая у детей относительно толще и богата сосудами. По нашим наблюдениям, основным методом лечения переломов костей голени у детей является консервативный метод лечения.

Вывод. В остром периоде при оказании помощи пострадавшим с переломами костей нижних конечностей следуют соблюдать основной принцип: чем тежелее травма, тем проще и атравматичнее должно быть лечение. Предпочтение следуют отдавать малоинвазивным способам репозиции и фиксации костных фрагментов.

ЛЕЧЕНИЕ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КИСТИ И ПАЛЬЦЕВ У ДЕТЕЙ

Юлдашев В.Б., Исмоилов О.О., Мамажонов У.Р., Уринбоев О.А., Усмонов Э.А.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Открытые переломы кисти составляют 30–40% среди всех повреждений. По данным литературы, в результате лечения больных с открытыми травмами кисти и пальцев, несмотря на своевременное проведение первичной хирургической обработки, а также применение антибиотиков широкого спектра действия заживление раны первичным натяжением наступает лишь 48,7% случаев, а в 51,3% раны заживают вторичным натяжением (Нельзина З.Ф.)

Основной трудностью при лечении открытых переломов кисти и пальцев является необходимость одновременного обеспечение неподвижности костных отломков и ранней реабилитации суставов пальцев кисти.

Трудность лечения связана еще и с тем, что при этом виде травм часто наблюдается повторное смещение отломков. По данным Е.А. Богданова, при открытых переломах фаланг и пястных костей вторичное смещение отломков наблюдается в 6 раз чаще, чем при закрытых.

Наше сообщение основано на результатах анализа лечения 32 больных с открытыми переломами костей кисти и пальцев. Из них мальчиков – 20, девочек – 12. Возраст составлял от 3 до 18 лет.

В лечении открытых переломов костей кисти и пальцев у детей руководствовались следующим:

ПХО раны открытых переломов костей кисти и пальцев следует проводить очень тщательно и в то же время экономно. Удалять нужно только явно нежизнеспособные, размятые ткани. Костные отломки, плотно связанные с надкостницей и мышцами, не удаляют.

Вакуумирование раны очищает от микробного загрязнения. Лазерное облучение губительно влияет на микробы. Кислород-этаноловое орошение восполняет потребность тканей в кислороде и влияет на микробы как мощный антисептик, создаёт неблагоприятные условия анаэробным микробам.

Репозиция костных отломков и создание хорошей стабильности дает возможность раннего проведения движений в межфаланговых и пястно-фаланговых суставах.

Применение различных вариантов малоинвазивного остеосинтеза тонкими спицами, а так же аппаратов компрессионно-дистракционного остеосинтеза. (Волков М.В., Оганесян О.В., Лазеров А.А., Коршунов В.Ф.)

Закрытие кожной раны, с применением в необходимых случаях первичной кожной пластики (местно-пластической и свободной).

Профилактика раневой инфекции путём строгого соблюдения правил асептики, атравматичного проведения ПХО раны (бережное отношение к тканям, хороший гемостаз, улучшение микроциркуляции).

Применение региональной лимфотропной антибиотикотерапии, которая подавляет патогенетические механизмы воспаления путем улучшения микроциркуляции и снижения отёка, а также создаёт максимальную концентрацию препарата в зоне повреждения.

Правильное проведение периода реабилитации с использованием комплекса физиотерапии, ЛФК и трудотерапии.

Из 32 детей с травмами кистей и пальцев при применении вышеуказанных стандартов лечения лишь в двух случаях имело место заживление ран вторичным натяжением. Это позволило сократить время пребывания больных детей в стационаре в среднем на 3,4±1,1 дня, а расходы на лекарства – на 30%.

На основании оценки полученных результатов следует, что оперативный метод лечения с применением малоинвазивного первичного остеосинтеза обеспечивает, прежде всего, хорошее сопоставление отломков и прочную фиксацию их. Этим создаётся возможность ранних движений в суставах пальцев и кисти. Первичный остеосинтез при лечении открытых переломов кисти и пальцев является вполне обоснованным и эффективным методом лечения и нуждается в широком внедрении в практическое здравоохранение. Лимфотропная антибиотикотерапия является простым, общедоступным и эффективным способом предупреждения хирургической инфекции.

СПОСОБ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПЯСТНЫХ КОСТЕЙ

Юсупов Н.А., Юлдашев А.К., Акбаров Х.

Наманганский филиал РНЦЭМП

Переломы пястных костей встречаются довольно часто и составляют от 2,5 до 18% всех переломов костей скелета и около 30% переломов костей кисти. Совершенствование методов лечения переломов пястных костей, вне всякого сомнения, улучшает качество и исходы лечения данной категории пострадавших. Однако высокие цифры осложнений и неудовлетворительных результатов лечения приводят многие авторы, что побуждает отечественных и зарубежных травматологов к поиску новых «идеальных» остеофиксаторов.

Цель. Оптимизация лечения переломов пястных костей с помощью малоинвазивного комбинированного остеосинтеза.

За последние 3 года в Наманганском филиале РНЦЭМП находились 58 пациентов с переломами пястных костей со смещением костных отломков. Мужчин было 49 (84,5%), женщин – 9 (15,5%). Преобладали пациенты работоспособного возраста. Всех пациентов в зависимости от лечебной тактики мы разделили на 3 группы. В 1-ю группу вошли 4 пациента (6,9%), которым была выполнена закрытая репозиция костных отломков с последующей гипсовой иммобилизацией. 31 (53,4%) пациенту (2-я группа) были применены различные методы погружной фиксации переломов: накостный остеосинтез минипластинами различной конфигурации, интрамедуллярный остеосинтез спицами. Для лечения 23 (39,7%) пациентов 3-й группы был применен комбинированный метод остеосинтеза.

Продолжительность стационарного лечения в 1-й группе составила 2 сут., во 2-ой группе 3–4 сут. Наименьшая продолжительность стационарного лечения была в 3-й группе и составила 4–5 сут.

Осложнения встречались у 6 (10,3%) пациентов. Вторичное смещение отмечено у 2 пациентов 1-й группы, им потребовалась повторная закрытая репозиция костных отломков. У 2 больных 2-й группы отмечена миграция металлоконструкции. Околоспицевое воспаление мягких тканей зафиксировано у 2 пациентов 3-й группы, которое было купировано традиционными методами и на срок общего лечения не повлияло.

Выводы. Метод комбинированного остеосинтеза переломов пястных костей наряду с малой инвазивностью позволяет надежно фиксировать костные отломки, рано приступать к восстановлению функциональной активности пациента, что значительно снижает сроки лечения пациентов с данной патологией.

4. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ

Абдувалиева Ч.М., Косимов З.Н., Аллаев М.Я., Халилов Ш.К., Усмонов Ш.М., Исроилов Ш.Ш.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

Независимо от причины возникновения синдром портальной гипертензии (ПГ) является одной из серьезных проблем детской хирургии. Опасность кровотечений из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка, возникающих у 80% больных с портальной гипертензией (ПГ). Ведущая роль в выборе тактики ведения конкретного ребенка с ПГ – необходимость своевременной и адекватной оценки эндоскопистом состояния пищеводно-желудочных вен и слизистой оболочки желудка с прогнозированием угрозы кровотечения и возможности продолжения консервативного лечения. В экстренной ситуации трудности эндоскопической диагностики были связаны с наличием крови или содержимого в просвете пищевода и тем, что на фоне кровопотери варикозные стволы выглядели спавшимися.

Цель. Повысить эффективность эндоскопической диагностики при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у детей.

Результаты. В отделение детской хирургии Андижанского филиала РНЦЭМП в 2010–2019 гг. поступили на лечение 28 детей с кровотечением из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка на фоне портальной гипертензии. Из них детей до 3 лет было 3, что составило 10,7%, до 5 лет – 5 (17,85%), детей до 14 лет – 20 (71,43%). Из них мальчиков было 22, девочек 6, соотношение мальчиков и девочек 4:1.

Всем больным выполнено ФГДС по неотложным показаниям, при этом выявлено наличие расширенных вен пищевода, их протяжённость, форма (извитые или стволовые), локализация, размер, состояние гемостаза, предикторы риска кровотечения (красные маркеры). ЭФГДС проведено в течение 12-24 часов с момента поступления ребенка. Высокий риск развития кровотечения диагностировали при значительном расширении вен, когда просвет пищевода был полностью перекрыт извитыми варикозно измененными венозными стволами с множественными ангиоэктазиями, толщина стенки вены и слизистой над ней менее 0,5 мм. Также высокую степень риска определяли при наличии пролабированных в просвет пищевода и суживающих его просвет расширенных вен, толщина стенки вены и слизистой над ней менее 0,5 мм.

Умеренную степень риска кровотечения верифицировали при наличии пролабированных в просвет пищевода и суживающих просвет органа расширенных вен, толщине стенки вены и слизистой 0,5–0,69 мм.

Незначительную степень риска геморрагии определяли при расширении вен, когда при эндоскопии варикозные узлы изменялись при натуживании, не суживая просвет пищевода, толщина стенки вены и слизистой 0,7–0,9 мм.

Данные показатели позволяли объективно решать вопросы выбора лечебной тактики, объема и способа эндоскопического и оперативного вмешательства в целях профилактики кровотечения.

Заключение. На основании данных литературы и собственного опыта можно сделать вывод о том что метод лечения больных с портальной гипертензией и ВРВ пищевода и желудка следует выбирать на основании результатов эндоскопической диагностики, которые позволяют уточнить локализацию и распространенность ВРВ, состояние гемостаза, предикторы риска кровотечения (красные маркеры) позволяют выбрать оптимальный метод лечения больных с различными типами варикозной трансформации вен пищевода и желудка, а также улучшить результаты лечения.

ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Акилов Х.А., Асадуллаев Д.Р.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Инородное тело пищеварительного тракта у детей встречается довольно часто, обычно заглатываются при играх, шалостях, в редких случаях преднамеренно. Они могут застревать в пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке, у баугеновой заслонки, в слепой кишке и значительно реже в других отделах ЖКТ. Острые предметы (монеты, батарейки, остроконечные предметы), конечно, могут вызывать определенную тревогу и у пациента, и у врача. Однако важно осознавать, что в 70–90% случаев эти предметы проходят через желудочно-кишечный тракт без осложнений.

Цель. Изучить особенности осложненных форм инородных тел пищевода у детей.

Материал и методы. За период с 2017 по 2019 г. госпитализированы 173 пациента с инородными телами (ИТ) пищевода, из них 93 мальчика и 80 девочек. Пациентам при поступлении выполнялись

обзорные, контрастные рентгенологические исследования и ФЭГДС. По характеру материала ИТ были условно разделены на: кнопочные батарейки, магнитные изделия, металлические остроконечные изделия, монеты (и др. тупые предметы), пластиковые изделия и еда.

Результаты. Средний возраст детей с ИТ пищевода составил 4,32±0,36 года. Пациенты при поступлении частыми жалобами на тошноту – 64%, рвота – 60% и гиперсаливация в 59% случаях. 170 (98%) больным выполнены эндоскопические исследования. По результатам ФЭГДС у детей с ИТ пищевода наиболее часто выявлены – монеты (тупые предметы) – 105 (62%), задержка фрагментов пищи – 20 (11,7%) и металлические остроконечные предметы у 15 (8,8%) детей. Значительно реже выявлялись пластиковые изделия – у 9 (5,3%) детей, кнопочные батарейки у 8 (5%), и магнитные изделия у 2 (1,2%) пациентов. В остальных 9 наблюдениях при ФЭГДС ИТ в пищеводе не выявлено. У 7 (4%) пациентов с ИТ в пищеводе отмечались осложнения. Средний возраст пациентов с осложнениями составил 3,4±2,26 года. Чаще всего осложнения (*n*=5; 2,8%) отмечены среди детей с кнопочными батарейками. В 2 случаях (пластиковая игрушка и остроконечная кость) также отмечены осложнения. 2 (1,15%) пациентам потребовалось выполнение открытых хирургических вмешателств. Операция гастростомия по Штаму – Сену – Кадеру, левосторонняя колитомия, эзофаготомия, удаление инородного тела из просвета шейного отдела пищевода, ушивание передне-левой стенки шейного отдела пищевода, санация, дренирование параэзофагеальной клечатки с положительным исходом.

Выводы. Наиболее частыми ИТ пищевода у детей явились монеты (и др. тупые предметы). Вероятность развития грозных осложнений при ИТ пищевода составила 3,4%, при этом чаще она возникала среди детей с магнитными ИТ.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Акилов Х.А., Урманов Н.Т., Ешмурадов А.Б.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкентский институт усовершенствования врачей

Работа основана на анализе результатов лечения 132 больных детей с кровотечениями из острых и хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки, находившихся на стационарном лечении в отделении неотложной хирургии детского возраста РНЦЭМП с 2005 по 2020 г. Мальчиков было 86 (65,1%), девочек – 46 (34,9%), в возрасте от 9 месяцев до 18 лет. Из них в 92 (69,6%) случаях выявлены хронические формы заболевания, в остальных 40 (30,4%) случаях – острые формы. Желудочные язвы выявлены у 9 (6,8%) больных, причем у 6 (4,5%) – острые формы заболевания. У 123 (93,1%) больных язвы располагались в двенадцатиперстной кишке, из них в 34 (25,7%) – острые формы, в 89 (67,4%) – хронические.

Как и все другие авторы, мы тоже придерживаемся классификации J.A. Forrest et al. (1974).

Больных, поступивших в стационар с изначально продолжающимся струйным артериальным кровотечением из язвы по F-1A, было 8 (6,0%). В подобной ситуации воспользовались комбинированными формами эндогемостаза обкалывание + аргоноплазменная коагуляция, чем достигнут временный гемостаз в 7 (5,3%) случаях, а в одном случае данная комбинация оказалась неэффективной, в связи с чем произведена в экстренном порядке лапаротомия, дуоденотомия с ушиванием кровоточащей язвы двенадцатиперстной кишки. В 2 (2,7%) случаях с активным артериальным кровотечением, причиной кровотечения явилась стрессовая язва ДПК, развившаяся в одном случае на фоне обширного термического ожога тела на 90%, а во втором случае на фоне ОПН. Этим больным так же был применен комбинированный способ эндогемостаза, и тем самым был достигнут временный гемостаз. Несмотря на проведение интенсивной терапии, у этих больных имели место неоднократные эпизоды кровотечения, что явилось причиной вынужденного оперативного вмешательства по жизненным показанием. Произведена лапаротомия, дуоденотомия с ушиванием язвы. У ребенка с обширным ожогом тела в послеоперационном периоде был летальный исход.

У 10 пациентов (7,5%), поступивших в стационар с признаками продолжающегося диффузного кровотечения, имело место кровотечение из язвы венозного характера (F-1B). С помощью комбинированной формы эндогемостаза обкалывание + электрокоагуляция первичной остановки кровотечения удалось добиться у всех больных. Из них в 3 (3,2%) случаях был рецидив кровотечения в первые 6 часов, что послужило основанием к повторному проведению эндогемостаза. В связи с неоднократным рецидивом кровотечения в 2 (2,7%) случаях с хроническими формами дуоденальных язв дети оперированы в отсрочено-экстренном порядке. Так как у этих больных имело место сочетание осложнений – кровотечение со стенозированием выхода из желудка, это явилось показанием к операции лапаротомии резекции желудка по Бильрот-I в модификации Л.Г. Хачиева. В остальных 5 (5,4%) случаях дети оперированы после стабилизации состояния, показаниями к операции явились частые рецидивы обострения язвенной болезни, неподдающиеся консервативной терапии в течение трех лет. Всем больным произведена резекция желудка по Бильрот-I в модификации Л.Г. Хачиева.

Наличие в язве тромбированного сосуда (F-2A) изначально диагностировано у 28 (21,2%) больных. С целью укрепления гемостаза в язве у всех пациентов применен эндоскопический гемостаз методом спиртового обкалывания и в 100% случаев достигнут полный гемостаз. В данной группе оперировано 5 (3,8%) больных с хроническими формами дуоденальных язв. Показанием к операции явились частые обострения язвенной болезни, не поддающейся консервативной терапии. У этой группы больных также произведена резекция желудка по Б1 в модификации Хачиева Л.Г.

В 42 (31,8%) случаях имело место кровотечение по F-2B. Во всех случаях также проводился эндоскопический гемостаз методом спиртового обкалывания. При контрольной эндоскопии, выполненной через сутки, у всех больных дно язвы покрылось мелкоточечными тромбами F-2C, эти больные были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Наличие в язве мелкоточечных тромбов по F-2C отмечено у 30 (22,7%) пациентов. Эндоскопический гемостаз у них не применяли. На контрольной эндоскопии через трое суток в 100% случаев дно язвы полностью очистилось и покрылось фибрином (F-3).

Шестнадцать больных с Forrest-3 составили 17,3 % от общего числа поступивших. При контрольном осмотре через трое суток в 98% случаев чистое дно язвы сохраняется. В 2% наблюдений отмечено появление мелкоточечных тромбов на дне. Признаков рецидива кровотечения не выявлено.

Заключение. Таким образом, опыт показывает, что при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки осложненной кровотечением, диагностика должна быть комплексной. Особое значение при этом отводится эндоскопическому методу исследования. В зависимости от локализации источника кровотечения и его интенсивности следует применять дифференцированный подход к выбору метода эндоскопического гемостаза.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА У ДЕТЕЙ

Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Саидметов Ш.М., Базарбаев У.Р., Зуфарханов А.М., Робиддинов Б.С.

Наманганский филиал РНЦЭМП

В Наманганском филиале РНЦЭМП за последние 15 лет находились 88 ребенка с подозрением на повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства (ЗБП) при закрытой травме живота. Мальчиков было 65 (73,9%), девочек – 23 (26,1%) в возрасте от 3 до 16 лет.

В первые часы от полученной травмы поступило 49 (55,7%) детей, до 3 часов – 30 (34,1%), до 6 часов и более – 9 (10,2%). При изучении характера травмы превалировали травмы, полученные при падении с высоты, – 29 (33%), при дорожно-транспортном происшествии – 51 (57,9%) и в результате удара тупым предметом – 8 (9,1%).

У всех больных со скрытой клинической картиной травмы органов брюшной полости, с неопределённой ультразвуковой картиной и подозрением на повреждение внутренних органов, органов ЗБП выполнена диагностическая лапароскопия.

У 18 (20,4%) детей на этапах диагностической лапароскопии выявлены: повреждения печени (10), почек с забрюшинной гематомой (5) и повреждения поджелудочной железы (3), которые явились показанием к переходу на лапаротомию.

У трех больных с повреждением поджелудочной железы из-за развития посттравматического панкреатита были выполнены ревизия, гемостаз ушибленной раны поджелудочной железы (ПЖЖ), санация и дренирование сальниковой сумки с формированием оментобурсостомы. Двухкратная программная ревизия, санация, некрсеквестрэктомия ПЖЖ, тампонадой мазью левомекола, выполнена у двух детей, трехкратная – у 1, с последующем переходом на закрытый способ лечения. Для фракционного лаважа сальниковой сумки использовали раствор декосана.

У 11 (12,5%) пострадавших во время диагностической лапароскопии обнаружены разрывы селезенки с гемоперитонеумом более 300,0 мл, потребовавшие перехода на лапаротомию. При этом ушивание дефекта селезенки с тампонадной прядью большого сальника выполнены 3 пострадавшим, спленэктомия – 8. Процент конверсии составил – 32,9%

У 38 (43,2%) больных с внутрибрюшным кровотечением до 200 мл выявлены: надрывы капсулы и поверхностные разрывы селезёнки глубиной до 0,5 см., фиксированными сгустками крови без продолжающегося кровотечения. Этим больным операция была завершена биполярной диатермокоагуляцией раны, санацией и дренированием брюшной полости.

У 13 (14,8%) отмечены гематома брыжейки тонкой кишки, ненапряженная забрюшинная гематома с сохранением целостности брюшины. У 8 (9,1%) пострадавших при диагностической лапароскопии признаков повреждения органов брюшной полости не выявлены.

В нашем случае у 59 (67,1%) пострадавших лечебно-диагностическая лапароскопия позволила избежать лапаротомию, что дало ограничиться лапароскопической санацией и дренированием брюшной полости.

Таким образом, видеолапароскопия является методом скрининга в комплексной диагностике по-

вреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства, и позволяет не только решить весь спектр диагностических и тактических задач, но и производить окончательную остановку кровотечения с эндохирургическим сохранением органа.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Аметов С.Н., Бегалиев С.М., Артыкниязов М.Р., Тореев М.Ж.

Каракалпакский филиал РНЦЭМП

Нами были проанализированы 250 историй болезней детей, поступивших в отделение детской хирургии КК филиала РНЦЭМП с инородными телами дыхательных путей в период с 2010 по 2019 г. Мальчиков было 145 (58,0%), девочек – 105(42,0%). Возрастной состав больных: до 1 года было 35 (14,0%) детей, 1–3 года – 101 (40,4%), 3–5 лет – 89 (35,6%), 5–18 лет – 25 (10,0%). По давности заболевания: до 6 часов – 144 (57,6%), до 24 часов – 76 (30,4%), до 72 и более часов – 30 больных (12,0%). В тяжелом состоянии поступили 49 (28.8%), в среднетяжелом – 111 (48%) и относительно удовлетворительном состоянии – 62 (24%) ребенка (из них у 28 (11,2%) детей инородные тела исключены). Органические инородные тела выявлены в 165 (77,1%) случаях, неорганические – в 57 (22,9%).

Количество больных с инородными телами с каждым годом возрастает. В 2010 г. в отделение детской хирургии поступило 12 детей, в 2011 г. – 16 детей, в 2012 г. – 22 детей, 2013 г. – 28, 2019 г. – 34 ребенка. Удаленные органические тела были представлены в виде арахиса, моркови, косточки урюка, дыни, арбуза и семечки, остатков пищи. Неорганические инородные тела были представлены в виде деталей механизмов и колпачков от авторучек, аксессуаров одежды, деталей игрушек, шурупов, металлических цепочек, стекла. Диагностика инородного тела основывалась на основании жалоб родителей, объективного осмотра, данных рентгенологического исследования. По нашему наблюдению, проявление, клинической картины инородного тела в дыхательных путях было выражено при инородных телах органического происхождения у 165 (77,1%) детей из 222, и соответственно при неорганических телах у 57 (22,9%) из 222 больных. У всех пациентов инородные тела были удалены бронхоскопически с последующей санацией трахеобронхиального дерева. Бронхоскопия проводилась жестким бронхоскопом Фриделя. После удаления инородного тела больные получали антибактериальную, противовоспалительную и физиотерапию.

При инородных телах из 222 больных мы наблюдали осложнения в виде трахеобронхитов 55 (24,8%), пневмонии 7(3,1), ателектаза 12 (5,4%), без осложнения 148 (66,7%). Но осложнения и трудности, связанные с удалением инородных тел, были больше у больных с неорганическими инородными телами – у 17 (29,8%) из 57 больных. Причем по нашему наблюдению количество неорганических инородных тел с каждым годом увеличивается. Так неорганические инородные тела в 2010 г. составляли 22,6%, тогда как в 2013 г. они составляют около 35,2%. Причем самый высокий показатель инородных тел является в возрастной группе от 1 до 3 лет – 101 (45,5%) больной.

Заключение. Таким образом, учитывая высокий риск развития состояний, угрожающих ребенку, и высокий процент осложнений при инородных телах неорганического происхождения необходимо повысить мероприятия по предупреждению попадания инородных тел в дыхательные пути ребенка (бдительное отношение родителей по отношению к ребенку, подбор игрушек соответственно возрасту, уборка мелких предметов и т.д.). Исключить из рациона питания у детей до 3-х лет арахис, различные жареные семечки. В случае подозрения на инородные тела дыхательных путей немедленное обращение к специалистам для проведения соответствующих мероприятий.

ИНВАГИНАЦИЯ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Артыкниязов М.Р., Сабиров Р.Р., Аметов С.Н., Тореев М.Ж.

Каракалпакский филиал РНЦЭМП

Инвагинация кишечника является одним из видов приобретенной кишечной непроходимости у детей, чаще данная патология встречается у пациентов грудного возраста. По нашим данным, в структуре острой кишечной непроходимости инвагинация кишечника в среднем занимает 8,7%.

Цель настоящего исследования – анализ результатов диагностики и лечения инвагинации кишечника у детей.

В основу работы включен анализ наблюдений за 26 детьми с инвагинацией кишечника в возрасте от 4 месяцев до 5-ти лет, за период с 2014–2019 годы, находившихся на стационарном лечении в отделении детской хирургии КК филиала РНЦЭМП.

Возраст до одного года – 18 (69,2%) детей, от 1 года до 3-х лет – 7 (26,9%) детей, один (3,8%) ребенок старше 3-х лет. Обращение по времени: от 6-ти до 24 часов – в 3-х случаев, свыше суток 23 (88,5%) детей. Из анамнеза, поздно обратившихся детей направляли с пищевым отравлениями или с диареей в инфекционные отделения (чаще после праздничных дней, у грудничков после прикорма). Не получив должного эффекта от инфузионной терапии, после консультации детских хирургов по линии санавиации, эти дети переведены в хирургические отделения. Для диагностики учитывали анамнез (периодичность беспокойства ребенка, давность за-

болевания), объективный осмотр (рвота, пальпация образования в брюшной полости, стул «малиновое желе»), УЗИ органов брюшной полости (наличие инвагината) и рентгенографическое исследование (картина кишечной непроходимости). Учитывая позднее обращение детей, тяжесть состояния, всем детям проведено оперативное лечение, после предварительной предоперационной подготовки. В четырех случаях (осложнении некрозом инвагината и перитонитом) проведена срединная лапаратомия, с резекцией инвагината, с наложением Т-образной кишечной энтеростомы. В остальных случаях минилапаратомия с параректальным доступом: у 23 (88,5%) детей дезинвагинация кишечника, из них в 2-х случаях клиновидная резекция дивертикула Меккеля. При этом у 3-х детей была тонко-тонкокишечная инвагинация, у 4 детей – тонко-тонко-толстокишечная инвагинация, в остальных 19 (73%) случаях тонко-толстокишечная инвагинация. Средняя продолжительность пребывания оперированных детей в стационаре составила около 10 дней.

Наши исследования показали, что инвагинация кишечника чаще встречается у детей грудного возраста, установить точный диагноз возможно при обследовании на УЗИ и рентгенографии. Чаще на фоне нарушения питания сложности дифференциальной диагностики приводили к позднему обращению в хирургическое отделение, в результате чего такие дети оперируются с различными осложнениями. В большинстве случаев (неосложненных случаях) дезинвагинацию кишечника мы провели минилапараторным параректальным доступом, тем самым избежали послеоперационные осложнения а также сократили средние сроки пребывания больного в стационаре.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТОРАСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Ахмедов Ю.М., Азизов М.К., Мавлянов Ф.Ш., Курбанов Ж.Ж., Ибрагимов К.Н., Хаитов У.Х., Ахмедов И.Ю.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский областной детский многопрофильный детский центр

Цель. Определить эффективность тораскопических операций в детской хирургии при эхинококкозе легких у детей.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 22 больных в возрасте от 7 до 18 лет с диагнозом эхинококк легких за период с 2017 по 2020 год. Правостороннее расположение паразитарной кисты наблюдалось у 9 больных, левостороннее – 13 детей. Всем детям произведено комплексное исследование с включением компьютерной томографии и динамического УЗИ в динамике. Подготовка больных проводилась по стандартной схеме.

Результаты. При левостороннем удалении кист торакоскопическим путем определено расположение кист в верхней доли у 8 больных, кисты средних размеров, в нижней доли легкого также средних размеров у 4 больных и огромных размеров у 1 больного. Производилась пункция кисты с адсорбированием эхинококковой жидкости с последующей санацией эхинококковой полости теплым глицерином и удалением хитиновой оболочки. При этом у двух больных в связи со свищами произведена миниторакотомия и ушивание бронхиального свища. У 1 больного с огромными размерами эхинококковой кисты после ликвидации – удаление жидкости и хитиновой оболочки, вывялено отсутствие легочной ткани, произведена торакотомия и удалена нижняя доля левого легкого. При правосторонней торакоскопии у 9 больных выявлены кисты верхней доли у 2 больных, средней доли у 3 и нижней доли у 4 больных. Кисты также удалены по вышеописанной методике. У двух больных также произведена миниторакотомия для ушивания бронхиальных свищей. В послеоперационном периуде всем больным устанавливалось пассивное дренирование по Бюллау. Дренажная трубка удалялась на 3–5 сутки после рентген-контроля.

Таким образом, эндоскопическое удаление кист легкого в хирургии детского возраста можно считать приоритетным направлением с учетом малоинвазивности, малотравматичности, быстрой активизации ребенка и сокращения койко-дней практически на 50 процентов.

НАШ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Дженалаев Д.Б., Оспанов М.М., Ольховик Ю.М., Рустемов Д.З., Сакуов Ж.Н., Чарипова Б.Т., Букибаева Г.Т., Манайбекова Ж.А.

КФ UMC «Национальный научный центр материнства и детства»

С развитием эндовидеохирургии коррекция диафрагмальных грыж у новорожденных стала возможной при помощи торакоскопии. В то же время, несмотря на достигнутые успехи, многие вопросы лечения врожденных диафрагмальных грыж остаются нерешенными.

Цель. Поделиться опытом лечения диафрагмальных грыж у новорожденных.

Материалы и методы. За период 2015–2020 гг. на лечении в КФ UMC «Национальный научный центр материнства и детства» находились 38 новорожденных с врожденной диафрагмальной грыжей. Антенатально диагноз установлен в 94,7% случаях, что послужило показанием для родоразрешения в нашем центре. 97% детей родились доношенными, с весом более 2500 г. Левосторонняя локализация установлена у 35 новорожденных

(92,1%), из них ложная грыжа у 29 детей, а истинная грыжа у 6-х. Правосторонняя диафрагмальная грыжа диагностирована у 3-х (7,9%), в 2-х случаях истинная грыжа. По полу распределение было таковым: мальчиков – 21, девочек – 17. С целью диагностики всем детям проведены лабораторные и инструментальные методы обследования, множественные пороки развития выявлены у 6-х детей. Летальный исход был у 17 (44,7,%) новорожденных, из них 9 детей умерли до операции. Средняя предоперационная подготовка составила около 46 часов и включала в себя инфузионную, антибактериальную, седативную терапию и ИВЛ. С 2019 г. в нашей клинике применяется монооксид азота, для лечения персистирующей легочной гипертензии, хотя доказательная база этого метода при лечении легочной гипертензии у детей с диафрагмальной грыжей недостаточна, мы применили этот метод у 8-и новорожденных. Показанием для подключения NO явилось повышенное давление в легочной артерии при ЭХО-КГ. Положительный результат получен у 5-х новорожденных.

Результаты. Оперативное лечение проведено 29 (76%) новорожденным. 12 детям коррекция порока проведена открытым методом. Торакоскопическая пластика диафрагмы была проведена 17 новорожденным, при истинной грыже выполнялось гофрирование и пликация купола диафрагмы (6 детей), при ложной форме проводилось низведение органов в брюшную полость, ушивание дефекта и дренирование плевральной полости (11 детей). Течение раннего послеоперационного периода у 2-х детей осложнилось пневмотораксом, у 1-го гидротораксом. Рецидив диафрагмальной грыжи диагностирован у 3-х детей, коррекция проведена открытым методом.

Заключение. Лечение врожденной диафрагмальной грыжи требует мультидисциплинарного подхода. Несмотря на антенатальную выявляемость и современные методы лечения летальность остается на высоком уровне. С внедрением эндовидеохирургии стала возможным коррекция диафрагмальной грыжи у новорожденных торакоскопическим методом, который имеет ряд преимуществ, такие как лучшая визуализация и косметический результат и др.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕКРУТА И НЕКРОЗА ГИДАТИДЫ МОРГАНЬИ

Искандаров Э.Р., Девонов Х.Р., Сагираев Н.Ж., Ибрагимов А.В.

Сурхандарьинский филиал РНЦЭМП, Термезский филиал ТМА

Среди острых заболеваний органов мошонки наиболее часто встречается перекруты и некрозы гидатиды Морганьи. Позднее обращение больного к специалисту часто приводит к некрозу яичка, гипогонадизму и бесплодию, что в дальнейшем сказывается на к психоэмоциональном состоянии.

Цель. Улучшение результатов диагностики, лечения и осложнения перекрута и некроза гидатиды Морганьи у детей.

Материалы и методы. С 2009 по 2019 год в детском хирургическом отделении Сурхандарьинского филиала РНЦЭМП на лечении находились 45(100%) детей различного возраста, перекрута и некроза гидатиды Морганьи в возрасте до 3 лет 5(11%), от 3-до 7 лет – 24(53%), от 7 до 18 лет – 16(35%). При объективном исследовании: болезненость мошонки у пациентов наблюдалась у 45(100%) детей, отек у 40(89%) детей, гиперемия мошонки у 35(78%).

Ретроспективное изучение 45 детей показало, что пик поражения гидатиды приходится на 7–14 лет. Длительность клинических проявлений в момент поступления в приемное отделение СФ РНЦЭМП составила от 2 до 5 суток.

Всем больным было проведено стандартное обследование: клинико-биохимический, инструментальные исследования, согласие на оперативное вмешательство было получено от родителей.

Всем больным (45) с данной патологии проведены операции – удаление некротизированной гидатиды Морганьи. После операционного периода состояние больных облегчалось, только у пациентов с поздним обращением, у 2(4%) больных, отмечалось вторичное заживление ран.

Вывод. Своевременное обращение, ранняя диагностика гидатиды Морганьи и выбор правильной тактики оперативного вмешательства улучшает результаты и уменьшает осложнение лечения.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ В ВЕРХНИХ ОТДЕЛАХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Каландаров И.А., Назаров А.К., Саъдуллаев У.О.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Инородные тела в верхних отделах желудочно-кишечного тракта в детском возрасте встречаются достаточно часто, т.к. известно стремление детей глотать всякие попавшиеся предметы. Даже значительные по размерам предметы проходят через пищевод, привратник и баугиниеву заслонку без повреждения пищеварительного канала у 80–90%, но у 10–20% больных требуется проведение лечения, чаще эндоскопического, их удаление и только у 1% – хирургическое вмешательство.

В Хорезмский филиал РНЦЭМП в отделение детской хирургии за период с 2018–2019 гг. поступило 80 детей с подозрением на инородное тело ЖКТ. В основном (80%) в возрасте до 3 лет. После первичного обследования в (70) случаях выявлено ино-

родное тело. В диагностике инородных тел верхних отделов ЖКТ ведущее значение придавали сбору анамнеза, проведение обзорной R-графии грудной клетки (с захватом гортани) и брюшной полости, ФЭГДС. Удаленные из просвета пищеварительного тракта инородные тела по происхождению разделились на следующие: монеты – 24(34,2%), батарейки 20 – (28,5%), пластмассовые детали игрушек 10 – (4,2%), металлические предметы (шурупы, булавки, магниты, наконечники отвертки и др.) – 6 (8,5%), органические (кости, орех, зерна и др.) – 5 (7,1%), неорганические (фольга, пленка, бумага) – 5(7,1%).

Главной задачей профилактики инородных тел верхних отделах ЖКТ является повышение настороженности родителей и персонала детского дошкольного учреждения, правильная организация досуга и игровой деятельности детей до 5-летнего возраста (исключить мелкие предметы – пуговицы, винтики, детали игрушек и т.д. – диаметром до 3 см, организация профилактической работы среди населения участковым педиатром.

Выводы. 1. Лечение и обследование детей с подозрением на инородное тело в ЖКТ должно осуществляться в экстренном порядке и в условиях многопрофильного стационара. Любое выявленное в просвете верхних отделов пищеварительного тракта инородное тело должно быть по возможности извлечено при помощи фиброэндоскопии. 2. Для диагностики инородного тела и выяснения причины фиксации необходимо сочетание рентгенологического и эндоскопического методов исследования. 3. Применение общего обезболивания при извлечении инородных тел из верхних отделов пищеварительного тракта сокращает время манипуляций и снижает риск возникновения перфорации стенки полого органа. 4. Применение гибких эндоскопов различного диаметра и различного инструментария сужает показания к применению ригидных эндоскопов при извлечении инородных тел из пищевода, позволяет избежать травматизации стенок пищевода и улучшить качество диагностики.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Каландаров И.О., Назаров А.К., Юсупов Ш.Б.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Инвагинация кишечника является самым частым видом острой кишечной непроходимости у детей. Вопрос о правильной и своевременной диагностике инвагинации кишечника приобретает особое значение прежде всего для результатов и исходов лечения детей с этой патологией. Данные литературы и наши наблюдения показывают, что при ранней диагностике и поступлении больных до 24 ч от начала заболевания летальность может равняться нулю и резко возрастать при позднем поступлении, достигая более 30%.

В отделении детской хирургии Хорезмского филиала РНЦЭМП в период с 2000 по 2013 г. находилось 60 детей с инвагинацией кишечника, из которых 47 (78,3%) были в возрасте более 1 года. Самому старшему ребенку было 12 лет, мальчиков было в 2 раза больше, чем девочек. Из них: 27 (45%) больных в инфекционном отделении лечились ошибочным диагнозом «дизентерия». 25 (41,6%) больных на догоспитальном этапе со стороны участковых педиатров лечились с ошибочным диагнозом «диспепсия» и «энтероколитом». 8 (13,3%) больных не обращались к врачам в догоспитальном этапе. Из них срок заболеваемости до поступления в хирургические отделения: у 24 больных более 48 ч: у 23 – более 24 ч; у 10 – более 13 ч. Диагноз инвагинации кишечника ставили на основании жалоб, анамнеза заболевания, лабораторных и дополнительных методов исследования. Из дополнительных методов исследования мы использовали контрастную рентгенографию, УЗИ брюшной полости. Однако патогномоничным симптомом заболевания является наличие инвагината в брюшной полости, выявление которого создаёт определённые трудности из-за беспокойства ребёнка. В связи с этим исследование брюшной полости проводили под медикаментозным сном, что даёт возможность в этих условиях пальпаторно определить инвагинат, который, с нашей точки зрения, должен быть основным симптомом, позволяющим поставить диагноз.

У 32 больных на УЗИ обнаружены выпот в малом количестве брюшной полости. Это значит, что эти больные обратились к нам в поздние сроки. У 17 больных на контрастной рентгенографии обнаружен симптом «серпа», у 11 больных в обзорных рентгенограммах брюшной полости множественные горизонтальные уровни – чаши Клойбера. В клиническом анализе гемоглобин составлял в среднем 80 г/л. У 20 (33%) больных выявлен лейкоцитоз, который составлял в среднем 12×109 г/л.

Всех оперированных больных мы разделили на 3 группы. В 1-ю группы вошли 24 пациента, поступивших в поздние сроки – более 48 ч. Из них у 2 пациентов выявлен некроз кишки, осложненный перитонитом. Им выполнена операция в 2 этапах. У 12 пациентов при ревизии брюшной полости – некроз кишечника без перитонита. Выполнена резекция некротизированного участка тонкой кишки с наложением анастомоза «конец в конец». Во 2-ю группу вошли 23 пациента, поступивших в поздние сроки, более 24 ч, при ревизии брюшной полости выявлен парез кишечника, поэтому выполнена дезинвагинация с интубацией тонкого кишечника через аппендикостомы. В 3-ю группу вошли 13 пациентов, поступивших в поздние сроки, более 12 ч, во время оперативного вмешательства произведена интраоп-

перационная дезинвагинация методом «выдавливания».

У 1–2-й групп больных из-за длительных сроков на догоспитальном этапе послеоперационный период протекал тяжело. У 3 группы больных послеоперационный период протекал гладко. Исход оперированных больных заканчивался благоприятно.

Мы обнаружили, что ошибки в диагностики инвагинации кишечника преобладают среди участковых педиатров и составляют 70% от общего числа диагностических ошибок. Из вышеизложенного было ясно, что у всех поступивших больных по поводу инвагинации кишок сделана операция, причина которой являлось позднее обращение больных в клинику.

Таким образом, диагностические ошибки отчётливо преобладают среди участковые педиатров. Общими причинами этих ошибок являются:

1. Недостаточное знакомство участковых педиатров и врачей скорой помощи с особенностями клиники и течения острых заболеваний органов брюшной полости у детей.
2. Пренебрежение анамнезом.
3. Недостаточное внимание к необычному симптому.
4. Отсутствие преемственности и динамического наблюдения за ребёнком.
5. Пренебрежение пальцевым ректальным исследованием.

В связи с этим только динамическое наблюдение, повторные углубленные осмотры, при сомнении – госпитализация ребёнка в детское хирургическое отделение помогут избежать просмотра кишечной инвагинации.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ БОЛЕЗНИ КРОНА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Косимов З.Н., Абдувалиева Ч.М., Аллаев М.Я., Усманов Ш.М., Косимов О.З., Абдулазизов Ж.Г.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

Болезнь Крона (БК) – это тяжелое хроническое гранулематозное, воспалительное заболевание пищеварительного тракта, которое может охватывать все отделы от полости рта до прямой кишки. БК представляет собой одну из наиболее серьёзных и переменных проблем в современной гастроэнтерологии. БК особо выделяется среди других гастроэнтерологических заболеваний, по тяжести течения, частоте осложнений и летальности занимает одно из ведущих мест в структуре болезней желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). По данным различных авторов среди детей, страдающих БК, около 60% подростков, средний возраст которых составляет 12 лет. В последнее время отмечена неуклонная тенденция к росту частоты БК у детей.

Цель и задача. Целью настоящего сообщения является изучение хирургической тактики при осложнениях БК у детей и подростков.

Материалы и методы. В данном сообщение проанализированы результаты хирургического лечения 15 больных с БК в отделении детской хирургии АФ РНЦЭМП за последние 10 лет (2010–2019 гг.). Возраст детей от 7 до 18 лет, 7–10 лет – 3-е детей, 11–14 лет – 4 детей, 15–18 лет – 8 подростков. Мальчиков – 11, девочек – 4. Кроме общеклинических исследований, всем больным произведено УЗИ и R-графия брюшной полости. В 2-х случаях МСКТ брюшной полости. В 4 случаях ФЭГДС и колоноскопия.

Результаты и обсуждение. Из 15 больных 13 взяты на операцию с диагнозом острый аппендицит, перитонит неясной этиологии и кишечная непроходимость. В 2-х случаях был рецидив БК. В 4-х случаях больные оперированы с диагнозом острый аппендицит. Во всех случаях имел место вторично измененный аппендикс. В 2-х случаях установлен терминальный илеит, в одном – поражена слепая и восходящая ободочная кишка, в другом случае сигмоидит без осложнений. Всем больным произведена аппендэктомия и дренирование брюшной полости.

В 3-х случаях больные оперированы с диагнозом кишечная непроходимость. В 2-х случаях причиной непроходимости был рыхлый конгломерат илеоцекального угла. Произведена правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеостомы. У одного больного была поражена подвздошная кишка. Произведена резекция кишки и анастомоз бок в бок. 6 больных оперированы с диагнозом перитонит неясной этиологии. В 4-х случаях с БК поражена подвздошная кишка, у двух без осложнения, у двух была гангрена и перфорация кишки. Этим больным произведена резекция кишечника с наложением илеостомы. У двух больных была поражена восходящая ободочная и сигмовидная кишка без осложнений. Из 2-х больных с рецидивом: у одного во время операции выявлены перфорации подвздошной кишки в 2-х местах. Произведено ушивание перфоративных отверстий с перитонизацией свободным сальником. У другого из-за поражения илеоцекального угла инфильтратом произведена правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеостомы. Все больные с илеостомой оперированы через 4–6 месяцев. Был произведен илеотрансверзо-анастомоз конец в бок инвагинационным методом. Все 15 больных выписаны с выздоровлением. Получают противорецидивное лечение совместно с гастроэнтерологом.

Выводы. Любой хирург общей практики может столкнуться с различными формами БК в ургентной хирургии. Отсутствие единого взгляда на проблему БК среди врачей, поздняя диагностика и неадекватное лечение приводят к осложнениям и

инвалидизации детей и подростков. Диспансеризация этих больных осуществляется совместно с гастроэнтерологом и диетологом. Таким образом, несмотря на новые подходы в диагностике и лечении, БК требует дальнейших исследований этиопатогенеза и совершенствования хирургической тактики у детей и подростков.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ЮНОШЕСКОЙ ЯЗВЫ И ЕЕ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Мамасалиев Н.С., Бурибаев Д.Г., Мамадиев А.М., Холикова Н.А.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

Данные современной литературы убедительно свидетельствуют о том, что в каждой популяции и/или в отдельных регионах свои особенности формирования язвенной болезни. Следовательно, необходим поиск новых факторов риска, учет которых помог бы более «прицельному» профилактированию осложнений язвенной болезни среди населения.

Цель. Изучение региональных особенностей развития юношеской язвы (ЮЯ) в условиях Ферганской долины Узбекистана.

Материалы и методы. Обследовали 395 больных с язвенной болезнью в юношеском возрасте (мальчиков – 334 и девочек – 61), леченных и оперированных в хирургических отделениях Андижана и областной детской клинической больницы. У подавляющего числа больных была отмечена ОЮЯ двенадцатиперстной кишки (93,4%), сравнительно меньше у – 16,6% юношей выявлена осложненная язвенная болезнь желудка ($p<0,001$).

Результаты и выводы. В возникновении и развитии ОЮЯ большее место занимают такие факторы риска, как нерегулярное питание (69,3%), курение (28,2%), употребление алкоголя (10%) и предъязвенные болезни (7,8%). «Истоки» ОЮЯ относятся к 5–10 (2,5%) и 11–13 годам (7,6%), практически 83,0% обследованных поступают в хирургические клиники в возрасте 22–25 лет. Наиболее распространёнными симптомами ОЮЯ были боли (97,9%), тошнота (72,9%) и отрыжка (51,1%). Следует подчеркнуть, что в 94,8% случаях юноши дожидались самостоятельного купирования болей, 26,4% больных принимали лекарственные препараты и 54,5% пациентов удавалось купировать боль простыми способами. В момент рецидива ЮЯ использовали спазмолитики, блокаторы Н2-рецепторов и анестетиков. Чаще встречались стенозирование привратника (81,0%), кровотечения (12,7%), перфорация (7,6%) и пенетрация без стеноза (6,1%). Было замечено, что эффективность операции зависит не только от хирургической техники, но и от пред- и послеоперационного ухода и ведения юношей. Дело в том, что ОЮЯ (особенно декомпенсированному стенозу) предшествовали симптомы тяжелых нарушений обмена веществ. Наши данные подтверждают, что среди радикальных операций лучшие результаты дают экономная резекция желудка в модификации по способу Бильрот I и II (при ЮЯ с локализацией в желудке и ДПК). Осложнений после этой операции не наблюдается и не было летальных исходов. Ушивание и иссечение ОЮЯ (по Джодду-Танака, Гейнеке-Микуличу, Барри-Хиллу, Финнею) следует считать операцией выбора при выполнении паллиативных вмешательств. При сочетании кровоточащих и пенетрирующих язв предпочтение следует отдавать экономной резекции по Бильроту I. Наши результаты также свидетельствуют, что хирургическое лечение пенетрирующих гастродуоденальных ОЮЯ по возможности должно осуществляться до возникновения кровотечения в плановом порядке.

В целом, подтверждено, что лечение юношеской язвы должно быть консервативным, только осложненные ее формы подлежать экстренному хирургическому лечению.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ У ДЕТЕЙ

Мансуров А.Б., Каримов К.Р., Абдуллаев Н.С.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Цель. Улучшение результатов лечения посттравматических панкреатитов у детей.

Материалы и методы исследования. Метод основан на динамическом ультразвуковом исследовании (УЗИ) pancreasa и определении диастазы в крови. В последние 10 лет на базе отделения хирургии повреждений детского возраста Бухарского филиала РНЦЭМП с диагнозом: «Закрытая травма органов брюшной полости» находилось 268 детей в возрасте от 1-го года до 14 лет, из них мальчиков – 156 (58,2%), девочек – 112 (41,8%). Всем больным с повреждениями органов брюшной полости в момент поступления в стационар и в динамике производилось ультразвуковое исследование органов, комплекс необходимых клинико-лабораторных исследований. При анализе вышеуказанных данных выявлено, что травматическое повреждение поджелудочной железы обнаружено у 4 (1,5%) больных. У этих больных лабораторно обнаружено повышение уровня диастазы в крови. При ультразвуковом исследовании отмечались отек, инфильтрация и нарушения анатомической целостности поджелудочной железы на том или ином уровне. Из них у 3-х (75%) больных посттравматический панкреатит удалось вылечить консервативным путем, а у 1-го (25%) из них в поврежденном pancrease обнаружено развитие посттравматической псевдокисты.

Результаты. При изучении данных этого больного выяснилось, что примерно за 1 час он упал неудачно с арбы и в очень тяжелом состоянии больной доставлен в стационар. Произведен комплекс лечебно-диагностических мероприятий, при УЗИ в проекции ворот селезенки, забрюшинно обнаружено жидкостное, округлое образование размерами 20×15 мм. Лабораторные показатели крови и мочи без особенностей, диастаза крови – 64 ед. на 5-е сутки, в динамике наблюдения общее состояние больного оставалось стабильно-тяжелым, диастаз в крови увеличился до 128 ед., на УЗИ размеры жидкостного образования составило 50×47 мм, к 8-м суткам размеры жидкостного образования увеличились до 129×98 мм, в брюшной полости диагностирована свободная жидкость до 60 мл, в хвостатой части pancreas отмечался дефект капсулы и паренхимы. Больной взят на операцию, обнаружено повреждение pancreas размерами 3×12 мм, в области корня поперечно-ободочной кишки выявлено жидкостное образование, содержащее около 200 мл мутной жидкости (диастаза которого составляло 65536 ед.), которое дренировано. В послеоперационном периоде состояние больного улучшилось, и ребенок в относительно удовлетворительном состоянии выписан домой.

Заключение. Таким образом, панкреатит у детей встречается крайне редко, но при этом протекает очень бурно, что требует настороженного внимания к больным, поступающим с травмой брюшной полости.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

Машарипов К.

Ургенчский филиал ТМА

До настоящего времени вопросы диагностики и лечения сочетанной травмы у детей остаются не до конца решенными, не редки случаи летальных исходов и инвалидизации.

Объектом исследования явились 210 детей с сочетанной травмой (145 мальчиков, 65 девочек), в отделении сочетанных трав с нейрохирургией Хорезмкого филиала РНЦЭМП в 2017–2019 гг. 7(3,3%) больных были в возрасте до 1 года, раннего возраста – 9 (4,2%), дошкольного – 54 (25,7%), школьного – 140 (66,6%) детей. В основном, причинами травм были падение с высоты (55 больных, 26,1%) и дорожно-транспортные происшествия (135 больных, 64,2%). У 44 (20,9%) детей наблюдался ушиб, у 166 (70,0%) – сотрясение головного мозга в сочетании с переломами различных отделов скелета, в ряда случаев с травмами внутренних органов. Черепно-мозговая травма у 122 (58,0%) больных сочеталась с переломами верхней конечности и плечевого пояса, в 3 (1,4%) случаях – с травмой позвоночника, 9 (4,2%) детей – с переломами костей таза, и у 76 (36,1%) больных отмечались переломы костей голени и бедренной кости.

Общее состояние больных при поступлении было довольно тяжелым, у 66,6% (140 больных) отмечали признаки травматического шока.

Лечение больных обычно начинали с интенсивной терапии. Она заключалось, в первую очередь, в иммобилизации и обезболивании, дегидратации, во введении кровезаменителей, гемостатиков, сердечно-сосудистых препаратов и витаминотерапии. Больные по необходимости консультировались нейрохирургом, детским хирургом и педиатром, выявлялась доминирующая и сопутствующая патология. По мере стабилизации состояния переходили к лечению локальных повреждений.

Так, у больных с черепно-мозговой в сочетании с травмой верхней конечности, обычно средней тяжести, переломы репонировали в день поступления или на следующий, причем предпочтение отдавали укороченным, функциональным гипсовым повязкам и аппаратам внешней фиксации с применением комбинации колец и полуколец.

Сочетанные травмы с переломами костей голени и бедренной кости требовали иного подхода при лечении. Больные с сотрясением или ушибом головного мозга, как известно, находятся на стационарном лечении от 1 до 3–4 недель. За этот период при переломах нижней конечности сопоставляли отломки и готовили больных к ходьбе на костылях. Для этого накладывали скелетное вытяжение (42 больных, 20%) с последующей иммобилизацией гипсовой повязкой, или аппарат Илизарова (40 больных, 19%). 90 больным (42.8%) с переломом диафиза бедра произведена открытая репозиция с металлоостеосинтезом штифтами Фридлянда или Богданова. 8 больным (3.8%) с переломами костей голени отломки фиксировали пластинами Лена.

Восстановительное лечение в основном проводилось в амбулаторных условиях и заключалось в назначении ЛФК, массажа, парафиновых аппликаций, электрофореза препаратами кальция, фосфора, витамином С и постепенно нарастающей нагрузки.

Отдаленные результаты изучены 140 (66,6%) больных в сроки 0,5–1,5 года. Дети ведут обычный образ жизни, учатся, находятся под наблюдением невролога, травматолога и периодически проходят реабилитационный курс. Случаев ухудшения состояния или инвалидизации не было. Наблюдали 1 (0,4%) летальный исход у больного 2-годовалого возраста с ушибом головного мозга, органов брюшной полости и грудной клетки, переломам бедра.

В заключение следует отметить, что сочетанные травмы встречаются чаще у детей школьного возраста. Диагностику и лечение целесообразно проводить совместно с нейрохирургом, детским хирургом, педиатром, реаниматологом, индивидуально подходя к каждому больному, в зависимости от общего состояния, комбинации повреждений, доминирующей патологии.

БОЛАЛАРДА ҚИЗИЛЎНГАЧ ЁТ ЖИСМЛАРИНИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ЭНДОСКОПИК МУОЛАЖАСИ

Тухтакулов А.Ю., Мирзакаримов А.А., Акбаров Ф.С., Валиев А.С.

РШТЁИМ Фарғона филиали

Болаларда ёт жисмларни қизилўнгачга тушиши биринчи навбатда ота-оналар фарзандларини назоратсиз қолдириши, болаларга майда диаметри 3 см гача бўлган ўйинчоқ қисмларини беришлиги оқибатида келиб чиқади. Бу ёт жисмлар асосан танга, батарейка, ўйинчоқларни пластмасса деталлари, ерёнғоқ мағизлари ва қоғоз плёнкалардир. Энг хавфли бўлган ёт жисм бу электрон батарейкалар бўлиб, уни таркибидаги ишқор моддаси 2–3 соат вақт ичида батарейкадан ажралиб чиқишига ва атроф тўқималарни емирилишига, натижада шу жойда қизилўнгачни кимёвий куйишига сабаб бўлади.

2018–2020 йиллар РШТЁИМ Фарғона филиали ҚДБ га 66 нафар болаларни қизилўнгач ёт жисмларига шубҳа билан олиб келишган, уларнинг 52 нафари (82%) ни 3 ёшгача бўлган болалар ташкил этади. Ёт жисмларни аниқлашда бемор ва уни яқин қариндошларидан анамнез йиғиш билан биргаликда, бўйин-кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси, ФЭГДС текширувлари замонавий тиббиётнинг энг қулай каминвазив усули ҳисобланади.

Ёт жисмларни олишда болалар ёши, ёт жисмни ўлчами, шакли, қўшни органларга нисбатан хавф даражаси ва асоратига боғлиқ ҳолатларда, маҳаллий ёки умумий оғриқсизлантириш йўли билан даволаш усули танланади. Болаларда қизилўнгачга тушган ёт жисмларни диагностика қилиш ва эндоскопия методи билан олиб ташлаш хавфсиз, қулай, муолажа ўтказиш учун узоқ вақт талаб қилмайдиган самарали усул ҳисобланади.

Бизнинг филиалимизда болалар қизилўнгач ёт жисмларидан: 24 нафарида (36,4%) танга, 20 (30,3%) нафарида батарейка, 10 (15,2%) нафарида ўйинчоқларни пластмасса деталлари, 6 (9,1%) нафарида булавка, шуруп, 5 (7,6%) нафар болалардан ерёнғоқ ва данак мағизлари, 1 (1,5%) нафар болалардан плёнка қоғозлар эндоскопик муолажа йўли билан олиб ташланган.

Хулоса. 1. Қизилўнгач ёт жисмларни диагностика қилишда эндоскопия ва рентген текшируви усуллари энг қулай усул ҳисобланади. 2. Қизилўнгачдаги ёт жисмларни эндоскопик усули билан олиб ташлашда умумий оғриқсизлантириш ёт жисмни олишдаги вақтни тежайди ва қўшни аъзолар перфорациясидан сақлайди. 3. Эгилувчан эндоскопларни ишлатиш қизилўнгачдаги ёт жисмларни диагностика қилишда самарали усул ҳисобланади, ёт жисмларни олиб ташлаш қулай, бунда қизилўнгачга жароҳат етказиш ва тешиш хавфи камаяди.

ТРАВМАТИЧЕСКИЙ РАЗРЫВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА

Улугмуратов А.А., Мавлянов Ф.Ш., Нормуродов Д.К., Маматов С.О.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Больная Х., 1 год 10 мес поступила через 2 ч после травмы. Общее состояние тяжелое, положение вынужденное на правом боку. Заторможенная, в контакт вступает неохотно. Кожный покров и слизистые бледные. Дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах. Тоны сердца ритмичные. АД 90/60 мм рт.ст. Пульс 120 уд/ мин слабого наполнения. Живот в акте дыхания отстает, при пальпации болезненность и напряжение в эпигастральной области живота. Анализ крови НВ 82.0 г.л., эритроциты 2.8 109, лейкоциты 5.4 10 9, СОЭ 8 мм час, гематокритный показатель 25%. На УЗИ патологической жидкости в брюшной полости не обнаружено. Назначена антибактериальная и инфузионная терапия, повторно через 3 часа УЗИ и рентгенологическое исследование. Свободной жидкости и газа в брюшной полости не обнаружено. При лапароскопии эпигастральная область пропитана темно-зеленым содержимым с воздухом. Выполнена лапаротомия. В восходящей части двенадцатиперстной кишки обнаружен полный поперечный разрыв. Края экономно иссеченные и ушиты одиночными двухрядными швами. С целью разгрузки швов произведена назоинтестинальная интубация кишечника зондом модифицированным клиникой. Малый сальник дренирован с помощью хлорвиниловой трубки. Проводилась комплексная инфузионная парентеральная терапия. Послеоперационный период протекал гладко. Назоинтенсинальный зонд убран на 8 сутки. Больная выписана домой на 11 сутки с выздоровлением. Через 2 мес после операции произведена гастроэнтероскопия с барием, эвакуация бария соответствует возрасту.

Вывод. При травмах двенадцатиперстной кишки у детей раннего возраста самым достоверным в диагностике является лапароскопия. Использование видоизмененного зонда Эботта-Мюллера создает хорошую декомпрессию кишечника и предохраняет несостоятельность анастомоза.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Усмонов Ш.М., Абдувалиева Ч.М., Абдулазизов Ж.Г., Аккузиев И.К., Косимов О.З., Расулов Т.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

Своевременная диагностика и лечение острых заболеваний органов брюшной полости у детей

остается актуальной проблемой детской хирургии. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих в период острого абдоминального синдрома, затруднительна, особенно у детей, у которых в анамнезе имеются операции на органах брюшной полости. В связи с этим, улучшение методов диагностики и лечения этих больных сохраняется свою актуальность. При целенаправленном применении современных технологий (УЗИ, лапароскопия) можно избежать большинства диагностических ошибок.

Результаты. В отделении детской хирургии Андижанского филиала РНЦЭМП в 2018–2019 гг. поступили на лечение 1620 больных острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Из них с острым аппендицитом – 820, с ущемленной грыжей – 600, со спаечной кишечной непроходимостью – 60, с апоплексией – 58, с травмами органов брюшной полости – 80. Диагностическая лапароскопия как малоинвазивный хирургический метод позволяет быстро и качественно выявить патологии брюшной полости и в ряде случаев избежать тяжелого хирургического вмешательства.

В отделение детской хирургии госпитализировано 820 больных с острым аппендицитом, все больные госпитализированы по экстренными показаниями. Из них в 125 случаях применен лапароскопический метод. Из общего число больных апоплексия яичника было у 68, из них оперированы лапароскопически – 26. У 60 больных диагностирована спаечная кишечная непроходимость, из них в 12 случаях использована лапароскопия, в 10 случаях – конверсия. У 70 детей с травмами органов брюшной полости в 5 случаях – травма печени и 2 случая с надрывом капсулы селезенки, которым выполнена операция лапароскопическим методом. Из общего число больных апоплексия яичника была у 68, из них оперированы лапароскопически в 20 случаях.

В послеоперационном периоде все больные получали антибиотики, проводилась инфузионная терапия, со 2–3 дня при удовлетворительной активизации и стабилизации функций ЖКТ детей готовили к выписке. Больные выписывались после лапароскопической операции на 3–4 сутки, осложнений не было.

Заключение. Лапароскопия является высокоинформативным, относительно безопасным и объективным методом диагностики и лечении при острых заболеваниях органов брюшной полости у детей и в 100% случаях позволяет уточнить диагноз и выбрать оптимальную тактику хирургического лечения, сократить сроки пребывания в стационаре, а также в косметическом плане, особенно у девочек.

РОЛЬ МИНИИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ

Хаджибаев А.М., Джураев Ж.А., Султанов П.К., Урманов Н.Т.

Республиканский научных центр экстренной медицинской помощи

В связи с интенсивной урбанизацией, автоматизацией и механизацией производства, высотным строительством, увеличением автомобильного парка и скоростей средств передвижения, природными и антропогенными катастрофами, боевыми действиями в последнее десятилетие в индустриально развитых странах мира отмечается увеличение числа пострадавших с тяжелой сочетанной травмой (СТ). Только за последние два-три десятилетия число случаев СТ увеличилось в несколько раз и достигло 17,5–28,0% от всех больных травматологических стационаров.

Цель работы. Оценить роль миниинвазивных оперативных вмешательств в ранней диагностике повреждений органов брюшной полости при сочетанной травме у детей.

Материалы и методы. За последние 10 лет (2010–2019 гг.) в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи госпитализировано 118 детей в возрасте до 18 лет с СТ живота. Из них 83 (70,3%) составили мальчики и 36 (29,6%) – девочки. Среди детей с СТ живота сочетание 6-и анатомических областей выявлены в 6 (5%) случаях; 5-и областей – 8 (6,8%); 4-х областей – 18 (15,2%); 3-х областей – 46 (39%) и 2-х областей – 40 (33,9%). Наиболее частые травма живота сочеталась с травой головы – 104 (88%) случая, грудной клетки – 31(29,8%), конечностей – 16 (13,6%), позвоночника – 2 (1,7%) и таза – 1(0,84%). Из 118 госпитализированных (62%) детей обратились в течение 1 часа с момента получении травмы, 18 (10%) – 2 часов, 9 (5%) – 5 часов и 18 (10%) – более 5 часов. Тяжесть полученной травмы оценивали по шкале ISS. Оценка тяжести травмы показала, что среди них превалировали повреждения критической степени – 31 (26,3%) больной, тяжелой 63 (53,4%) и средней степени 24 (20,3%). Среди детей с сочетанной травмой 64 (54,2%) поступили в сознании, 14 (11,9%) – в состоянии оглушения, 7 (5,9%) – в сопорозном состоянии, 33 (28%) – в различной степени комы.

Результаты. Среди 118 детей с СТ живота в 90 (76,3%) случаях проведено УЗИ-исследование органов брюшной полости, в 5 (4,2%) случаях произведена экстренная операция без предварительного УЗИ-исследования, 23 (19,5%) – умерли во время противошоковых мероприятий при поступлении до проведения УЗИ.

Полипозиционную рентгенографию проводили по стандартным методикам, при этом в 99 (83,9%) случаях была проведена одновременная обзорная рентгенография черепа, позвоночника, груди и живота (включая латерографию), таза и конечностей (по показаниям). Из общего количества исследований у 54 (53,5%) больных на рентгенологическом исследовании выявлялись различные костно-травматические повреждения конечности, у 6 (5,94%) пострадавших выявлены переломы ребер и у 39 (39,4%) детей на рентгене патологии не выявлено.

МСКТ является неинвазивным методом, обеспечивающим ценную дополнительную информацию об обширности, количестве и степени повреждений при сочетанных травмах. МСКТ была выполнена 46 (39%) больным. При этом МСКТ головы и шей произведена 42 (91,3%), грудной клетки – 4 (8,7%), живота – 12 (26%), таза – 2 (4,3%) больным.

Окончательным методом в диагностике повреждений органов живота явилась лапароскопия, которая позволила избежать напрасных лапаротомий. Диагностическая лапароскопия была выполнена в 45 (38,1%) случаях больных с УЗИ данными наличия свободной жидкости в брюшной полости. Из них в 6 (5,1%) случаях повреждений органов живота не было выявлено, у 4 (3,4%) больных операция завершилась лапароскопически путем коагуляции небольших разрывов паренхиматозных органов и санацией брюшной полости: в 1 (0,8%) случае произведено лапароскопическое ушивание разрыва печени, в 3 (2,5) – диатермокоагуляция разрывов селезенки. Диагностическая лапароскопия у 35 (29,7%) детей выявила наличие большого количество крови вследствие глубоких повреждений печени и селезенки с активным кровотечением, в связи с чем у них была произведена конверсия на лапаротомию. В 30 (25,4%) случаях сразу была проведена лапаротомия в связи с большим количеством свободной жидкости на УЗИ и нестабильностью гемодинамических показателей, среди которых в 23 (19,5%) случаях операция завершилась коагуляцией и ушиванием повреждений печени, в 32 (27,1%) – спленэктомией.

Заключение. Малоинвазивные хирургические методы дали возможность вовремя диагностировать патологии брюшной полости и избежать отрицательной лапаротомии. В 73,3% случаев сочетанных травм диагностическая и лечебная лапароскопия позволила завершить операцию лапароскопически без напрасных лапаротомий. Однако вследствие диагностирования обширных повреждений органов брюшной полости с активным кровотечением и наличием большого количества свободной крови в брюшной полости в 26,0% случаев произведена конверсия на лапаротомию.

5. МЕСТО И РОЛЬ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

ТЕЧЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Агабабян И.Р., Исмаилов Ж.А., Рофеев М.Ш., Рофеев Ж.М.

Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самаркандский медицинский институт

Частота сердечных приступов увеличивается и у женщин в возрасте 50 лет и старше, мужчины же подвержены этому с 35 и выше. Первые случаи острого инфаркта миокарда встречаются практически повсеместно в возрастной группе 20–29 лет а у женщин на 10–15 лет позже.

Целью исследования было изучение особенностей инфаркта миокарда у пациентов разного возраста.

Материал и методы. В 2018–2019 гг. мы проанализировали 60 историй болезни пациентов в возрасте от 30 до 88 лет с диагнозом инфаркт миокарда в стационаре с зубцом Q и без зубца Q в отделении I неотложной терапия при СФ РНЦЭМП. Пациенты были разделены на 4 возрастные группы: 1) до 45 лет (9 человек); 2) 45–59 (10); 3) 60–74 (10); 4) 75 лет и старше (21).

Результаты. Во всех возрастных группах, кроме старшей, преобладали мужчины. Процент курящих уменьшался с возрастом (60%, 55%, 35% и 0% соответственно). У взрослых (81%) и в пожилом возрасте (73%) гиперхолестеринемия более выражена в младших и средних возрастных группах (62 и 61% соответственно). Среди пожилых людей доля пациентов, обратившихся в другое медицинское учреждение, составила 35%. Кроме того, пациенты старше 74 лет (18%) были госпитализированы в отделение неотложной помощи. Пациенты пожилого возраста – 36%, часто госпитализируются более 24 часов с момента появления боли. Частота рецидивирующего инфаркта миокарда увеличивается с возрастом (5–13–15–32%). В молодом, среднем и пожилом возрасте инфаркт миокарда с предварительной локализацией был наиболее распространенным (45, 57 и 45% соответственно). Наиболее распространенным заболеванием во всех возрастных группах была гипертония (77–87–97–100%). Диабет 2 типа (14% у молодежи, 24% у среднего возраста, 36% у пожилых). Пациенты любой возрастной группы имели больше случаев гипертонии, чем ишемической болезни сердца. Кроме того, в анамнезе наблюдалось наименьшее количество пациентов с ишемической болезнью сердца в раннем возрасте. Частота коронарной ангиографии: 54% в молодом возрасте, 39% в среднем, 45% в пожилом возрасте. Степень стентирования варьировала во время коронарной ангиографии: 83% у молодых, 78% среднего возраста, 100% у пожилых и в старческом возрасте. Отсутствие пораженных коронарных артерий отмечалось только у более молодых пациентов (17%). Количество осложнений увеличивалось с возрастом (14% – 13% – 24% – 36%).

Заключение. Курение, гиперхолестеринемия, повышение артериального давления в 60% случаев присутствующих у больных инфарктом миокарда. В 84% случаев (чаще других возрастных групп) инфаркт миокарда у молодых людей является первым проявлением ИБС. Количество патологий, связанных с возрастом, увеличение частоты сердечных приступов и осложнений. Поступление в стационар через 24 часа после начала заболевания приводит к высокому риску у пожилых и больных сахарным диабетом.

СТЕНОКАРДИЯ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Агабабян И.Р., Исмаилов Ж.А., Рофеев М.Ш., Худойбердиев А.А.

Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самаркандский медицинский институт

Цель. Изучение клинического и структурно-функционального состояния больных ИБС с сопутствующей артериальной гипертонией (АГ) и ожирения после операции аортакоронарного шунтирования (АКШ).

Материалы и методы. Обследовано 60 больных ИБС с АГ после операции АКШ, имеющих клинические признаки стенокардии. Среди обследованных лиц мужского пола было 45 (75%), женского – 15 (25%). Возраст пациентов определялся в диапазоне от 48 до 75 лет. Все ранее оперированные были разделены на группы в зависимости от степени АГ и уровня общего холестерина: первая группа – пациенты, поступившие с рецидивом стенокардии после АКШ, страдающие АГ II степени с без ожирения. Вторая группа – пациенты, поступившие стенокардии после АКШ, страдающие АГ II степени с ожирением III степени. Третья группа – пациенты, поступившие с рецидивом стенокардии после АКШ, страдающие АГ III степени без ожирения. Четвертая группа – пациенты, поступившие с рецидивом стенокардии после КШ, страдающие АГ III степени с ожирением. В группу контроля вошли пациенты после АКШ, не страдающие АГ, без

ожирения. Критерии включения. Все пациенты прошли клиническое и инструментальное обследование, включая ЭКГ, эхокардиографию (ЭХОКГ), методы эндоваскулярного обследования: шунтирование коронарных артерий (КГГ) и биохимические анализы крови.

Результаты исследования. После АКШ у всех пациентов произошел возврат клинических признаков стенокардии в большинстве случаев с увеличением ее функционального класса (ФК). В первой группе преобладают пациенты со стабильной стенокардией 2 ФК (13 больных). Во второй группе преобладает 3–4 ФК стабильной стенокардии (21 пациент). В третьей группе преобладает 3 ФК стабильной стенокардии (10 больных), но увеличивается количество пациентов с клинической картиной нестабильной стенокардии (5 больных). В четвертой группе 19 больных имеют клинические признаки тяжелой стабильной стенокардии 3–4 ФК и 3 пациента с нестабильной стенокардией. Рецидив стенокардии у оперированных больных сопровождался ухудшением структурно-функциональных показателей левого желудочка (ЛЖ), более выраженных у пациентов 3 и 4 групп. При оценке полученных результатов ЭХОКГ исследуемые параметры достоверно не отличались от результатов, полученных в контрольной группе. Только значения фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ) у групп исследования и контрольной группы были достоверно различны. В контрольной группе ФВЛЖ была 70,1±2,7%. ФВЛЖ у больных, вошедших в первую группу, была 69,3±3,1% и колебалась в пределах от 55 до 71%. Больные, включенные во вторую группу, имели ФВЛЖ 58,1±4,9%, индивидуальные значения данного показателя находились в диапазоне от 47 до 66%. В третьей группе больных ФВЛЖ колебалась от 45 до 60% и в среднем составила 52,1±2,4%. Среднее значение ФВЛЖ у пациентов четвертой группы соответствовало 51,1±3,2%, а индивидуальные показатели ФВЛЖ у этой группы больных колебались от 40 до 57%. Общая фракция выброса у одного пациента четвертой группы была 20%, у остальных – выше 45%. По данным проведенной всем пациентам велоэргометрии, было выявлено, что в первой группе 15 пациентов (65,2%) имели толерантность к нагрузке не более 100 Вт; 9 больных (39,2%) имели толерантность к нагрузке 125 Вт; трое (13%) больных имели толерантность более 125 Вт. Во второй группе толерантность к нагрузке не более 100 Вт была у 11 пациентов (50%) этой группы; 8 пациентов (36,5%) имели толерантность к нагрузке 125 Вт; 1 пациент (4,5%) имел толерантность к нагрузке более 125 Вт. В третьей группе – 9 (50%) пациентов имели толерантность к нагрузке не более 100 Вт; при увеличении нагрузки до 125 Вт толерантность была у 6 больных (33,3%); толерантность к нагрузке более 125 Вт – у 2 больных (11%). В четвертой группе у 9 (33,3%) больных толерантность к нагрузке была не более 100 Вт, при нагрузке 125 Вт только 4 (14,8%) пациента были толерантны к данному увеличению, при нагрузке более 125 Вт толерантность имелась только у 1 (3,7%) человека. Следовательно, ДЛП является фактором, отрицательно влияющим на течение отдаленного послеоперационного периода, вызывая прогрессирование атеросклероза в нативных КА, развитие диффузной формы поражения в них. Данная гипотеза нашла подтверждение в проведенном исследовании.

Заключение. Таким образом, с увеличением степени сопутствующей АГ и нарушением липидного обмена у пациентов через 1 год после первичной операции КШ возрастет доля больных с тяжелым течением ХСН, отмечалось увеличение процента больных со стабильной стенокардией напряжения III–IV ФК и нестабильной стенокардией, как более тяжелыми формами заболевания, что было подтверждено данными ЭКГ, ЭХОКГ. Причиной рецидивов стенокардии у больных ИБС, подвергшихся АКШ, являлись нарушение проходимости шунтов, прогрессирование атеросклеротических изменений в КА.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST С МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Алимов Д.А., Салахитдинов Ш.Н., Гиёзсода Л.Б., Турсунов С.Б., Мирзакаримов Х.Ф., Алимханов Б.Ш.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель. Определить эффективность и безопасность выполнения ЧКВ у пациентов с острым коронарным синдромом без подъёма сегмента ST с многососудистыми поражениями.

Материал и методы. Нами проанализированы непосредственные результаты экстренных ЧКВ у 123 больных с ОКСбпST с многососудистыми поражениями коронарных артерий, проходящих лечение в РНЦЭМП за период с января по декабрь 2019 г. Средний возраст составил 63±5,1 года, 85 (69,10%) больных были мужского пола, а 38 (30,89%) – женского пола.

Всем пациентам первым этапом выполнено ЧКВ инфарктсвязанной коронарной артерии (ИСКА), вторым этапом (спустя 10–12 дней) выполнено ЧКВ в другом бассейне КА.

У 70 (56,91%) пациентов ОКСбпST на фоне консервативной терапии трансформировался в ОКСпST, в ОИМ без зубца Q у 19 (15,44%), остальные 34 (27,6%) в стенокардию напряжения ФК III. Средний показатель по SYNTAX SCORE был 24,6±4,7 балла. По

данным Эхо КГ: КДО ЛЖ– 143,6±37 мл, КСО ЛЖ – 68,5±10 мл, ФВ – 51,2±3,7%.

Результаты. Во всех случаях успешно выполнена реваскуляризация ИСКА. ЧКВ выполнено в стволе ЛКА у 6 (4,8%) больных, в ПМЖВ у 41(33,3%), ОВ – у 17 (13,8%) и в ПКА – у 59 (47,9%) пациентов. После успешной реваскуляризации отмечено улучшение клинического состояния у 96 (78,04%), полностью купированы все симптомы, у 27 (21,95%) сохранялся дискомфорт за грудиной. Кардиогенный шок отмечен у 3 (15,8%) в группе больных с трансформацией в ОИМбQ (*n*=19). Во время ЧКВ жизнеугрожающих осложнений не было отмечено.

Среднее время от момента поступление в стационар до подачи в операционную составило 35 мин. Для лечения больных с ОКСбпST потребовалось от 1 до 3-х стентов. Антиагрегантная терапия в нагрузочной дозе была выполнена всем пациентам: клопидогрель, аспирин. Стентирование не инфаркт-связанных артерий было выполнено у 4 (0,5%) больных.

У больных после ЧКВ не было новых зон ишемии миокарда по сравнению с дооперационными данными. Несмотря на стабильное состояние, вторым этапом всем больным выполняли ЧКВ КА другого бассейна. Летальный исход в данной группе больных не отмечался.

Выводы. ЧКВ является эффективным и безопасным методом лечения больных с ОКСбпST с многососудистыми поражениями коронарных артерий. Выполнение второго этапа ЧКВ для полной реваскуляризации способствует уменьшению внутригоспитальных осложнений у данной категории больных.

ОСОБЕННОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ УРОВНЯ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА И ПАРАМЕТРОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ахмедов Л.А., Алиев Ж.С., Пулатова Ш.Х.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Пациенты, имеющее заболевания сердца, ассоциированные с ожирением, имеют повышенный риск развития сердечно-сосудистых катастроф. Однако имеются неоднозначные данные в отношении необходимости снижения массы тела пациентам с ОСН при ИМТ 25–25,9 ввиду возможного энергетического дисбаланса миокарда, что может негативно сказаться на клиническом течении ОСН.

Цель. Оценка уровня ОХ и параметров качества жизни в зависимости от ИМТ.

Материал и методы. В исследовании участвовали 34 пациента – женщины, страдающие острой сердечной недостаточность (ОСН) в результате ишемической болезни (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ). Диагноз ОСН подтвержден на основе критериев Национальных рекомендаций (четвертый пересмотр, 2013). Пациенты получали стандартную терапию согласно стандартам лечения. В зависимости от индекса массы тела (ИМТ) были разделены на 3 группы: 1-ая 8 пациентов, имеющих ИМТ в диапазоне 25–29,9; 2-ая группа из 10 пациентов, имеющих ожирение первой степени (ИМТ 30–35). В качестве контроля – группа-3 из 14 пациентов, имеющих нормальную массу тела (ИМТ=19–25). Возраст (в годах): 1-ая группа 56±3,4, 2-ая группа 58±1, группа контроля 60±5 лет (p=0,1). Проводилось одномоментное измерение уровня ОХ и оценка качества жизни пациентов с помощью анкеты «SF-36 Health Status Survey». Данные представлялись в виде среднего (M) и стандартного отклонения (SD). Для оценки статистической значимости различий использовался однофакторный дисперсионный анализ. Вид взаимосвязи признаков оценивался с помощью критерия Спирмена (r). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез p<0,05.

Результаты. При анализе уровней ОХ (ммоль/л): 1-ая группа: 4,8±0,7; 2-ая группа 6,3±1,2 ммоль/л; 3-ая группа 4,2±0,6 ммоль/л соответственно (p=0,002). Однако не было получено статистически значимой разницы между группой 1 и 3 (p=0,13). При исследовании качества жизни были получены значимые различия в шкале Body pain (баллы) в виде приступов ангинозных болей за грудиной. Так, между группой 2 и 3 47,6±4,77 и 65,25±9,4 баллов соответственно (p=0,003); однако между группами с избыточной массой тела и контролем разницы получено не было: 61,29±12,67 и 65,25±9,4 баллов соответственно (p=0,5). Учитывая полученные данные, предпринята попытка оценить наличие связи между уровнем ОХ и выраженностью ангинозных болей (ВР). Во всех трех группах получена умеренная отрицательная корреляция; r=−0,7 (p=0,1) в группе 1; r=−0,58 в группе 2 (p=0,2) и r=−0,59 (p=0,1) в группе контроля. Однако данная связь статистически не значима.

Выводы. Пациентам, страдающим ожирением, необходимо снижение массы тела, что может привести к уменьшению уровня холестерина и уменьшению приступов загрудинных болей. Однако вопрос о целесообразности снижения массы тела пациентам с ИМТ в диапазоне 25–29,9 остается не однозначным, что требует проведения дополнительных проспективных исследований.

OBESITY AS A RISK FACTOR OF FIBRILLATION RECOMMENDATIONS PRE-PRESENT

Akhmedova N.M.

Bukhara Branch of Republican Research Center of Emergency Medicine

Obesity is one of the risk factors for atrial fibrillation (AF). At the same time, its effect on the frequency of

recurrence of this arrhythmia has not been studied. The goal is to study the role of obesity as a possible risk factor for the development of AF relapses.

Material and methods. The study included 52 patients (34 men and 18 women, mean age 54.7±10.5 years) with moderate arterial hypertension and stable ischemic heart disease, neza paroxysms of AF and sinus rhythm at the time of the beginning of the study. Initially, in all patients, the body mass index (BMI), waist circumference (OT), hips (OB) and their ratio (OT / OB) were determined. Subsequently, patients were observed for 6 months, while the presence of relapses of AF was assessed.

Results. During the follow-up period, 28 (58%) patients (group 1) had relapses of AF, the remaining 20 (42%) (2nd group) had a sinus rhythm. The BMI values (34.66±8.24 and 26.72±5.71 kg/m^2, respectively) were higher in the patients of the 1st group than in the 2nd group ($p<0.05$), OT (108, 54±9.12 and 84.14±6.42 cm), OB (116.62±12.54 and 108.76±9.63 cm) and RT/OB (0.94 ± 0.04 and 0, 79±0.06). In multivariate regression analysis, significant ($p<0.05$) risk factors for AF recurrence were BMI≥33 kg/m^2 (odds ratio (OR) of 1.06, 95% confidence interval (CI) of 1.01–1.13) and RT/OB≥0.85 (OR 1.08, 95% CI, 1.03–1.13) with a sensitivity of signs of 77 and 81% and specificity of 56 and 72% respectively.

Conclusions. Obesity is a risk factor for the development of AF relapses. The most significant somatometric predictors of arrhythmia recurrence are BMI≥33 kg/m^2 and RT/OB≥0.85.

ВРЕМЕННАЯ ЭНДОКАРДИАЛЬНАЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННЫМ БРАДИАРИТМИЯМИ

Бабаджанов С.А., Зуфаров М.М., Им В.М., Умаров М.М., Юсупов Ж.У.

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

Одной из наиболее частых причин смертности в остром периоде инфаркта миокарда (ИМ) являются аритмические осложнения, которые встречаются у 42–100% пациентов. При этом, частота развития атриовентрикулярных (АВ) блокад II и III степени при остром инфаркте миокарда (ОИМ) колеблется от 12 до 20%. Временная ЭКС позволяет купировать брадиаритмию, предотвращает возникновение приступов и эквивалентов Морганьи-Адамса-Стокса.

Цель. Анализ результатов временной эндокардиальной электрокардиостимуляции у пациентов с ОИМ, осложненным брадиаритмиями.

Материалы и методы. Мы проанализировали материал 135 больных с ОИМ, осложненным АВ-блокадами II–III степени за последние 5 лет. Из них, АВ-блокада II степени была диагностирована у 49 (36,2%) и АВ-блокада III степени – 86 (63,7) больных. Мужчин было 91 (67,4%), а женщин – 44 (32,6%). Возраст больных составил от 37 до 75 лет, в среднем – 64,7±4,5 года. ОИМ передней локализации был у 53 (37,1%) больных, а задней – у 82 (62,9%). АВ-блокада чаще сочеталась с ОИМ задней локализации, реже – с передней (75,4% и 24,6% соответственно). Проксимальный тип АВ-блокады был диагностирован у 100 (74,1%), дистальный тип – у 35 (25,9%). При АВ-блокаде II степени отмечены следующие типы блокады: тип Мобитц 1 у 12 (8,9%) больных, тип Мобитц 2 – у 37 (27,4%) больных, АВ-блокада III степени – у 86 (63,7) больных. Для эндокардиальной стимуляции сердца в режиме VVI электроды устанавливали в области верхушки правого желудочка. Продолжительность временной ЭКС составила от 2 до 10 суток. При ОИМ передней локализации длительность составила, в среднем, 8,1±0,8 суток и при задней – 4,7±1,0 суток ($p<0,05$).

Результаты. Медикаментозное лечение не устраняло брадикардию. У 59 (43,7%) пациентов на фоне временной ЭКС было отмечено восстановление проводимости сердца. Стабильный синусовый ритм и отсутствие выраженной брадикардии на протяжении 3–4 суток являлись показанием для удаления эндокардиального электрода. У 76 (56,2%) больных временная ЭКС была заменена на постоянную в сроки от 5 до 10 суток с момента установки электрода для временной ЭКС (в среднем 7,5±0,7 сут). Всего, из 135 больных в стационаре на фоне временной ЭКС умерло 9 человек (6,7%). У 6 (6,7%) больных смерть наступила в течение первых 7 суток от начала заболевания. Причинами смерти явились истинный кардиогенный шок – в 2 случаях, фибрилляция желудочков – в 5, эмболические осложнения – в 1, острая почечная недостаточнось – в 1 случае. Из 76 больных с постоянной ЭКС в стационаре умерло 3 (3,9%), 1 – от отека легких и 2 – от сердечной недостаточности.

Выводы. Установка временного электрокардиостимулятора является эффективным методом лечения пациентов с ОИМ, осложненным брадиаритмиями. Данная методика позволяет стабилизировать состояние пациента, улучшить прогнозы лечения. Врачи, оказывающие экстренную кардиологическую и реанимационную помощь на местах, должны быть обучены методам временной ЭКС. Своевременное и широкое использование временной ЭКС в лечебно-профилактических учреждениях любого уровня и на догоспитальном этапе позволило бы значительно снизить смертность в остром периоде ИМ от брадиаритмических осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ ЦЕНТРА ПО ЛЕЧЕНИЮ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ В КРУПНОМ МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Багненко С.Ф., Теплов В.М., Комедев С.С., Прасол Д.М., Коломойцев В.В.

ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Введение. Внезапная сердечная смерть (ВСС), является одной из основных причин смертности в большинстве стран мира. Смертность от ВСС достигает 95,9 случаев на 100 тысяч населения. Многообразие причин, приводящих к ВСС на догоспитальном этапе, а также крайний дефицит времени для проведения диагностических мероприятий у пациентов с отсутствием сердечной деятельности даже на фоне эффективно проводимого непрямого массажа сердца с помощью роботизированных систем в подавляющем большинстве случаев являются препятствием для определения и устранения причины, приведшей к развитию критического состояния. Фактически у врача отсутствует возможность выполнения каких-либо лечебно-диагностических мероприятий, кроме комплекса сердечно-легочно-церебральной реанимации.

С сентября 2017 г. на базе клиники НИИ неотложной хирургии и медицины ПСПбГМУ им. И.П. Павлова был создан Центр по лечению внезапной сердечной смерти. В комплексе лечебных мероприятий, применявшихся к пациентам в клинической смерти, могла использоваться экстракорпоральная мембранная оксигенация с механической поддержкой кровообращения (ЭКМО).

Материал и методы. За период с октября 2017 по октябрь 2019 гг. нами было принято 66 пациентов с внезапной сердечной смертью. Нами были исследованы результаты выживаемости в зависимости от примененных технологий, а также перспективы использования посмертной ЭКМО с целью сохранения органов для последующей трансплантации. Сравнительный анализ данных осуществлялся с помощью четырех полных таблиц с использованием точного критерия Фишера.

Результаты. Средний возраст поступивших составил 46,2±2,2 лет. У 30-ти пациентов мероприятия сердечно-легочной реанимации начинались неопытным реаниматором до прибытия скорой медицинской помощи (СМП) и продолжались до поступления в стационар с применением кардиомассажера. 36 пациентов до прибытия бригады СМП не получали. Технология ЭКМО с целью спасения жизни применялась 10 раз. 7 пациентов выписаны. Также ЭКМО посмертно использовалась в 20-ти случаях с целью кондиционирования органов умершего, 11 случаев из них были эффективными.

Анализ полученных результатов показал, что своевременное начало СЛР даже неопытным реаниматором достоверно влияет на выживаемость пациентов с внезапной сердечной смертью ($p<0,05$). В 55% случаев посмертная перфузия с применением ЭКМО обеспечила успешное кондиционирование трупных органов с последующей их пересадкой.

Выводы. Создание Центров по лечению внезапной сердечной смерти в структуре многопрофильного стационара позволяет использовать все возможные технологии для спасения жизни пациента, а, в случае его гибели, в ряде случаев сохранять органы умершего для последующей трансплантации;

СЛР неопытным реаниматором оказывает значимое влияние на выживаемость пациентов с внезапной сердечной смертью.

ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ. ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ И ПОВТОРНЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Барноева С.Б., Тешаева М.К.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Реперфузионная терапия, ингибиторы агрегации тромбоцитов и статины способствовали снижению риска повторного инфаркта миокарда (ИМ), но увеличили число пациентов с риском развития ишемического инсульта (ИИ). Вместе с тем, частота развития повторного ИМ оказалась выше у лиц с предшествующим инсультом.

Цель. Изучить риск развития ИИ у пациентов с повторным и первичным ИМ; роль реперфузионной терапии (РТ) ИМ в профилактике инсульта.

Материал и методы. Изучены клинико-инструментальные данные 48 пациентов (36 мужчин и 12 женщин; 52–91 год) с острым первичным и повторным ИМ и ранее перенесенным ИИ. Первую группу составили 23 пациента с первичным ИМ (69,4±8,2 года), 2-ю группу – 25 пациентов (68,4±6,6 года) с повторным ИМ. У всех диагностирована артериальная гипертония, значимое атеросклеротическое поражение коронарных и асимптомные стенозы брахиоцефальных артерий. Сахарный диабет (n=17) и мультифокальный атеросклероз одинаково часто наблюдались в обеих группах. Фибрилляция предсердий (n=23) и повторные ИИ (n=12) диагностированы у 16 (70%) и 9 (39%) пациентов 1-й группы; выраженные признаки ремоделирования сердца (n=31) – преимущественно у пациентов 2-й группы – 21 (84%). Фракция выброса левого желудочка в 1-й и 2-й группах составила 52,5±8,5% и 40,8±8,0% ($p=0,01$); аневризма левого желудочка выявлена только у пациентов 2-й группы –12 (48%) человек.

Ранее РТ ИМ перенесли 22 (46%) пациента: чрескожное коронарное вмешательство – 15 (31%, в том числе с ранее перенесенной мозговой атакой) и хирургическую реваскуляризацию – 7 (14%) пациентов без анамнеза инсульта.

Результаты. В 1-й группе ИИ после РТ развился у 7 (30%), во 2-й – у 10 (40%) пациентов; при повторном ИМ у больных с чрескожным коронарным вмешательством – через 1–7 лет; после хирургической реваскуляризации миокарда – через 1–13 лет. В 1-й группе ИИ предшествовал ИМ у 12 (52%) пациентов; во 2-й – у 9 (36%). ИМ предшествовал инсульту у 20 (42%) пациентов, из них у 16 (64%) – с повторным ИМ; единовременное развитие острого ИМ и ИИ было у 7 (14,5%) человек (2 в 1-й группе, 5 – во 2-й).

Заключение. ИИ – предвестник первичного и повторного ИМ. Пациенты с повторным ИМ с выраженными признаками ремоделирования сердца и мультифокальностью атеросклеротического процесса являются группой высокого риска развития ИИ. У 20% пациентов с повторным ИМ единовременно развивается ИИ. Реперфузионная терапия, проведенная пациентам с повторным ИМ, не снижает риск развития ИИ в отдаленном периоде.

РОЛЬ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И КОЕК КРАТКОСРОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ УРГЕНТНЫХ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Белаш В.А., Лебедева А.А., Литусова Л.Ю., Челехсаева Д.С., Теплов В.М., Трофимов В.И.

ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Активное развитие в РФ стационарных отделений скорой медицинской помощи, в том числе с койками краткосрочного (трёхсуточного) пребывания (СтОСМП_КП), в значительной степени расширяет возможности лечения ургентных пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ЗССС), что требует оптимизации алгоритмов оказания помощи данной категории пациентов.

Цель. Определить эффективность и безопасность лечения ургентных пациентов с ЗССС в СтОСМП_КП.

Материал и методы. Проанализировано 2820 случаев экстренного поступления в СтОСМП_КП ПСПбГМУ им.акад. И.П. Павлова с 15 сентября 2019 по 15 января 2020 г и 2306 случаев за аналогичный период 2018/2019 гг., т.е. до открытия СтОСМП_КП.

Изучены длительность госпитализации, возрастной состав, исходы лечения при ЗССС, в том числе у пациентов с ИБС и гипертоническими кризами (АГ).

Результаты. Пациенты с ЗССС составили 23,3% (*n*=1192) от всех ургентных больных СОСМП. Из них пациенты с ИБС – 32,6% (*n*=389), с АГ – 38,8% (*n*=463).

Средний возраст пациентов с ЗССС (71,7 года) значительно превышал возраст пациентов с иной ургентной патологией: язвенная болезнь желудка (57,6), панкреатит (58,2), уретеролитиаз (55,6). Фактическая медиана (25; 75-й процентили) продолжительности госпитализации у пациентов с ЗССС уменьшилась с 10 (1; 15) до 8 (1; 14) койкодней. В группе пациентов с ИБС не отмечено изменения продолжительности госпитализации, в то время как в группе АГ медиана длительности госпитализации уменьшилась с 10 (1; 14) до 3 (1; 13) койко-дней. Наблюдалось значимое увеличение числа пациентов с ЗССС, прошедших краткосрочную госпитализацию (p<0,001): с 3,2% (19) до 13,3% (*n*=80), – преимущественно за счёт увеличения краткосрочного лечения пациентов с АГ: от 1,4% (*n*=3) до 19,8% (*n*=48). В то же время доля пациентов, госпитализированных в кардиологические и терапевтические отделения, снизилась с 65 до 45% (p<0,001). Отмечено значимое изменение исходов госпитализации пациентов с ЗССС: в 2019/2020 гг. зарегистрировано 4 случая досуточной летальности (0,7%). В то же время общая летальность снизилась с 4,4% (*n*=26) до 2,7% (*n*=16) (p=0,003). Частота повторных обращений в СОСМП по поводу той же патологии не превышала 3%, что соответствует рекомендуемым нормам.

Заключение. Полученные данные указывают на то, что пациенты с ЗССС составляют значительную часть среди всех экстренных пациентов и многие из них относятся к ургентной гериатрической категории больных. СтОСМП_КП могут повышать эффективность и безопасность лечения данных пациентов.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Зуфаров М.М., Бабаджанов С.А., Им В.М., Шерматов М.М., Умаров М.М., Юсупов Ж.У.

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

Цель. Оценка эффективности эндоваскулярных вмешательств (ЭВ) у больных с острым коронарным синдромом (ОКС).

Материал и методы. Эндоваскулярные вмешательства (ЭВ) на коронарных артериях (КА) вы-

полнены у 53 пациентов с ОКС, в т.ч. у 41 больного нестабильной стенокардией (НС) и у 12 пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) без зубца Q в возрасте от 42 до 74 лет (в сред. 54±7,9 лет). Всем больным с ИМ, а также 3 пациентам с НС ЭВ выполнены в экстренном порядке. Общая фракция выброса левого желудочка более 50% была у 35 (66,0%) больных, от 41 до 50% – у 13 (24,5%), менее 40% – у 5 (9,4%). Хорошим ангиографическим результатом считалось восстановление просвета КА с остаточным стенозом менее 20%. Клинически хорошим результатом считалась стабилизация состояния, отсутствие стенокардии и повышение толерантности к физической нагрузке.

Результаты. При коронарографии из 41 больного с НС у 24 больных (58,5%) выявлено однососудистое, а у 17 (41,5%) – многососудистое поражение КА. Окклюзии КА имелись у 12 (29,3%), критические стенозы на грани окклюзии – у 29 (70,7%) больных. Баллонная ангиопластика (АП) без стентирования одной КА выполнена у 4 (9,8%) больных, двух – у 2 (4,9%). Стентирование КА произведено у 35 (85,4%) пациентов, в т.ч. стентирование одной артерии – у 20 (48,8%), двух – у 8 (19,5%). У 7 (17,1%) пациентов с многососудистым поражением наряду со стентированием одной артерии была выполнена АП второго пораженного сосуда. У 8 (19,5%) пациентов предпринято прямое стентирование, в т.ч. ствола левой коронарной артерии – у 1, передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) – у 5 пациентов, правой коронарной артерии (ПКА) – у 2. Реканализация окклюзий с последующей АП и стентированием КА выполнена у 12 (29,3%) пациентов с ранней постинфарктной стенокардией, в т.ч. ПМЖВ – у 9 (75,0%), ПКА – у 3 (25,0%). В группе больных с ИМ без зубца Q у 3 выявлен критический стеноз на грани окклюзии ПМЖВ, у 7 – окклюзия ПМЖВ, у 2 окклюзия ПКА. Пациентам с критическим стенозом ПМЖВ выполнено АП и стентирование. У больных с окклюзионным поражением КА попытка реканализации с последующей АП и стентированием была успешной в 11 случаях. В 1 случае у пациента с повторным ИМ реканализировать окклюзированную КА не удалось.

Серьезных осложнений во время ЭВ на КА не наблюдалось. У 3 (7,3%) пациентов возникла умеренная гематома в области пункции бедренной артерии, не требовавшая специального лечения. Летальных случаев не было. У 52 (98,1%) пациентов результаты ЭВ оказались успешными, исчезли боли в области сердца, стабилизировалось клиническое состояние, отмечалось улучшение на ЭКГ.

Вывод. Эндоваскулярные вмешательства у больных с ОКС являются высокоэффективным методом лечения, позволяющим стабилизировать состояние и в большинстве случаев предотвратить или дать обратное развитие инфаркта миокарда.

ОПТИЧЕСКАЯ КОГЕРЕНТНАЯ ТОМОГРАФИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Зуфаров М.М., Махкамов Н.К., Бабаджанов С.А., Им В.М., Анваров Ж.О.

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

Основными механизмами возникновения острого коронарного синдрома (ОКС) являются разрыв атеросклеротической бляшки (РАБ), эрозия атеросклеротической бляшки (ЭАБ), острый тромбоз коронарных артерий (КА), мальпозиция или краевая диссекция стента. Однако имеется недостаточное количество исследований данных патологических процессов у больных с ОКС in vivo.

Цель. Анализ результатов морфологических особенностей коронарной артерии у больных с ОКС при помощи оптической когерентной томографии (ОКТ).

Материал и методы. Было изучено 36 пациентов с ОКС в возрасте от 62 до 78 лет (64,2±3,2), которым была проведена ОКТ КА для визуализации и определения морфологической структуры поражения. Из них, у 31 (86,1%) пациента отмечалась элевация сегмента ST. Всем больным ЧКВ было выполнено радиальным доступом. Из 36 больных, разрыв АБ выявлен у 26 (72,2%) пациентов: у 3 (8,3%) отмечалось поражение правой коронарной артерии (ПКА), у 22 (61,1%) – передней межжелудочковой артерии (ПМЖА), у 5 (19,2%) – поражение огибающей артерии (ОА). У 5 (13,8%) больных была выявлена ЭАБ, во всех случаях была поражена ОА. В 1 случае после стентирования диагностирована мальпозиция стента, которая привела к острому тромбозу. РАБ ассоциировался с более высокой частотой отсутствия дистального кровотока (no reflow), замедлением кровотока (slow flow) или дистальной эмболизацией КА.

Результаты. Во всех случаях ЧКВ была эффективной, антеградный кровоток по коронарным артериям был восстановлен (TIMI III). Всем больным установлены стенты с лекарственным покрытием. Летальных исходов и осложнений не было. У 3 (8,3%) пациентов отмечалось отсутствие дистального кровотока: из них в 2 случаях симптомзависимая артерия была ПМЖА. У 1 (2,7%) пациента отмечалась дистальная эмболизация, и у 8 (22,2%) отмечалось замедление кровотока. Из 36 пациентов 4 (11,1%) больным была выполнена эффективная тромболизисная терапия препаратом «Алтеплаза». В 1 случае, у пациента с ранее установленным стентом была выполнена постдилятация для устранения мальпозции стента. В среднем, период «door to balloon» составил 26±4,5 минуты. У всех больных после ангиопластики и стентиро-

вания отмечалось улучшение гемодинамических показателей и на 3–4 сутки после вмешательства они были выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Выводы. ОКТ является высокоинформативным методом идентификации морфологической структуры артерии in vivo, а именно, РАБ, ЭАБ, мальпозиции, краевой диссекции у больных с ОКС. ОКТ позволяет определить механизм возникновения ОКС и дифференцированно подойти к выбору тактики эндоваскулярного лечения.

ЭКСТРЕННАЯ БАЛЛОННАЯ МИТРАЛЬНАЯ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКА ПО ТЕХНИКЕ INOUE У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКИМ СТЕНОЗОМ МИТРАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ

Зуфаров М.М., Искандаров Ф.А., Им В.М., Бабаджанов С.А., Камалов С.Т.

Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В. Вахидова

Цель. Анализ результатов экстренной баллонной вальвулопластики стеноза митрального отверстия по технике Inoue.

Материал и методы. Баллонная митральная вальвулопластика (БМВ) была выполнена в экстренном порядке у 34 больных в возрасте от 16 до 54 лет (в сред. 31,2±3,8) с критическим стенозом митрального отверстия. Мужчин было 14 (41,1%), женщин – 20 (58,9%). У 6 (17,6%) пациентов исходно на митральном клапане (МК) имелась регургитация до I степени. В 3 (8,8%) случаях БМВ выполнена пациенткам с беременностью сроком от 24 до 28 недель.

Результаты. У 32 (94,1%) из 34 больных удалось произвести успешную БМВ. У 2 (5,8%) больных с ранее выполненной открытой митральной комиссуротомией, пункция МПП не удалась. Данным больным после стабилизации состояния была рекомендована неотложная открытая хирургическая коррекция. В 1 (2,9%) случае ошибочная пункция задней стенки правого предсердия не потребовала каких-либо вмешательств. У 1 (2,9%) больного были трудности с проведением баллонного катетера Inoue через МПП. Было произведено баллонное расширение МПП баллонным катетером размером 8,0×20 мм с дальнейшей успешной БМВ. По данным ЭхоКГ, площадь митрального отверстия после успешной БМВ увеличилась в среднем с 0,8±0,2 см^2 до 2,1±0,9 см^2. Градиент давления на МК снизился в среднем с 19±2,4 до 8±1,7 мм рт.ст. У 30 (88,2%) пациентов после успешной БМВ появилась регургитация на МК до I степени. У 2 (5,8%) пациентов с исходной регургитацией на МК до I степени она увеличилась до II степени, у 2 (5,8%) – до III, последние больные были направлены к кардиохирургам для открытой коррекции порока.

Вывод. Анализ результатов показал, что экстренная баллонная митральная вальвулопластика по технике Inoue у больных с критическим стенозом является высокоэффективным методом лечения.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИМПЛАНТАЦИИ ДВУХКАМЕРНОГО И ОДНОКАМЕРНОГО ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКИМИ БРАДИАРИТМИЯМИ

Им В.М., Зуфаров М.М., Бабаджанов С.А., Умаров М.М., Камалов С.Т.

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

Цель. Провести анализ ближайших и отдаленных результатов имплантации однокамерного желудочкового и двухкамерного режимов электрокардиостимуляции (ЭКС) у больных с критическими брадиаритмиями.

Методы. В исследование включено 229 больных ИБС, которым был имплантирован однокамерный желудочковый или двухкамерный ЭКС. Мужчин было 188 (82%) и женщин 41 (18%), в возрасте от 45 до 87 лет (средний возраст составил 62,0±5,5 лет). В ходе имплантации были использованы однокамерные ЭКС – «SENSIA SESR01» («Medtronic», США), «ЭКС-511» («ЭЛЕСТИМ-КАРДИО», Россия) у 199 (86,8%) и у 30 (13,2%) – двухкамерные «SENSIA SEDR01» («Medtronic», США). СССУ отмечался у 170 (74,2%) больных, АВ-блокада – у 59 (25,8%). Все пациенты страдали стабильной стенокардией напряжения, из которых основную группу составили пациенты с II и III ФК – 212 (92,6%), 161 пациента (70,3%) перенесли инфаркт миокарда различной давности. Исходно, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) I–II ФК была у 212 (92,5%) пациентов, ФК III – у 15 (6,5%) и ФК IV – у 2 (1,4%). Пароксизмальная фибрилляции предсердий (ФП) имела место у 85 (37,1%) пациентов с СССУ и у 4 (1,7%) пациентов с АВ-блокадой. Период наблюдения после операции составил в среднем 10,1±3,2 месяца.

Для оценки клинической эффективности постоянной ЭКС проводился простой и суточный мониторинг электрокардиограмм (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ) сердца. Данное исследование проводилось в рамках стационарного и диспансерного наблюдения за пациентами с имплантированными ЭКС.

Статистический анализ проводился с помощью программы Microsoft Excel с использованием критерия Стьюдента (t). Величина $p<0,05$ рассматривалась как статистически значимая.

Результаты. В ходе наблюдения за пациентами было отмечено некоторое усугубление ХСН у пациентов с имплантированным однокамерным желудочковым ЭКС. Так, при сравнении исходных показателей ЭхоКГ у пациентов с однокамерной же-

лудочковой ЭКС была отмечена относительная отрицательная динамика: конечный диастолический объем (КДО) увеличился с 162,5±4 мл до 169,5±3 мл, фракция выброса (ФВ) снизилась с 51,1±2% до 46,5±4%, в то время, как при двухкамерной ЭКС усугубления признаков ХСН не отмечалось. Возникновение фибрилляции предсердий отмечено у 2 (0,8%) больных, тромбоэмболический инсульт – у 1 (0,4%) пациента с однокамерной желудочковой ЭКС.

Выводы. Имплантация ЭКС является эффективным методом лечения пациентов с критическими брадиаритмиями. Правожелудочковая стимуляция является предиктором развития ХСН, ФП, инсульта, тромбоэмболических осложнений. Двухкамерная электростимуляция более предпочтительна, так как снижает вероятность пароксизмов развития и/или прогрессирования вышеуказанных патологических состояний в целом.

ЭКСТРЕННЫЕ РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ЦИАНОТИЧЕСКИМИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Искандаров Ф.А., Зуфаров М.М., Бабаджанов С.А., Им В.М., Умаров М.М., Юсупов Ж.У.

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

Цель. Оценка результатов рентгеноэндоваскулярных вмешательств (РЭВ) у больных с цианотическими пороками сердца.

Материал и методы. Различные РЭВ в безотлагательном порядке произведены у 14 больных цианотическими пороками в возрасте от 24 дней до 21 года, в сред 8,2±3,1 лет. Баллонная дилатация (БД) стенозированных искусственных фторлавсановых подключично-легочных межартериальных анастомозов (ПЛМА) произведена у 9 больных ТФ (в т.ч. в 1 случае у ребенка 6 мес. возраста в экстренном порядке на высоте одышечно-цианотического приступа), баллонная вальвулопластика (БВ) клапанного СЛА – у 4 больных ТФ, баллонная атриосептостомия по экстренным показаниям – у 1 больного с полной транспозицией магистральных артерий (ПТМС) и открытым овальным окном (ООО) в возрасте 24 дней.

Показаниями к ТИВ являлись тяжелое клиническое состояние больных, обусловленное выраженной артериальной гипоксемией, необходимость стабилизации состояния и отсрочки радикальной коррекции, ангиографическая картина локального сужения ПЛМА (при баллонной дилатации ПЛМА) и наличия клапанного СЛА (при баллонной вальвулопластике). Для баллонной дилатации использовались баллонные катетеры, диаметр которых соответствовал диаметру ПЛМА, доступ осуществлялся через бедренную артерию. Баллонная вальвулопластика выполнялась баллонным катетером, превышающим клапанное кольцо легочной артерии (ЛА) не более чем на 30%, доступ осуществлялся через правую бедренную вену. Критериями эффективности РЭВ у больных ТФ служили ангиографические признаки восстановления проходимости ПЛМА с остаточным стенозом менее 20% (при БД ПЛМА) и ликвидации КСЛА (при БВ КСЛА), повышение давления в ЛА, увеличение кислородного насыщения крови, улучшение клинического состояния.

Результаты. У всех пациентов после выполнения баллонной дилатации ПЛМА и баллонной вальвулопластики КСЛА уже в рентгеноперационной отмечалось улучшение общего состояния, уменьшение цианоза.

У 9 больных со стенозом ПЛМА удалось успешно провести дилатацию с хорошим ангиографическим эффектом. После дилатации ПЛМА SaO2 увеличилось в среднем с 46,8±3,7 до 69,2±5,1, давление в ЛА – с 13,3±2,4 до 22,1±1,9 мм рт.ст.

У 4 больных тетрадой Фалло с КСЛА после вальвулопластики систолическое давление в ЛА в среднем увеличилось с 14,3±2,1 до 23,7±3,4 мм рт.ст., SaO_2 – с 57,9±6,2 до 78,7±5,1. У этих больных после операции при правой вентрикулографии определялось полное раскрытие створок клапана ЛА, а также увеличение поступления контрастированной крови из правого желудочка в ЛА и уменьшение сброса в аорту.

У больного с ПТМС и ООО после баллонной атриосептостомии баллонными катетерами 9 и 12 мм в диаметре SaO_2 повысилась с 64% до 83%.

Из осложнений в 1 случае у больного в возрасте 6 мес. после баллонной дилатации ПЛМА имел место тромбоз в месте доступа, в связи с чем выполнена операция тромбэктомия из бедренной артерии. Других осложнений и летальных случаев не было. Все больные подготовлены к производству радикальной коррекции порока.

Выводы. Рентгеноэндоваскулярные вмешательства при цианотических пороках сердца являются эффективными и малотравматичными паллиативными методами лечения, которые в ряде случаев могут служить подготовительным этапом у тяжелого контингента больных с цианотическими пороками и высоким риском радикальной коррекции.

MILRINON EFFICIENCY IN PATIENTS WITH CARDIOGENIC SHOCK AND ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Kamilova Sh.R.

Bukhara Branch of Republican Scientific Center of Emergency Medicine

Aim. A study of the clinical efficacy of milrinone in patients with acute myocardial infarction with osmotic cardiogenic shock who were admitted to the hospital at the RSCEM of the Bukhara branch in the cardiotherapy resuscitation department.

Material and methods. Not a comparative observation of patients with acute myocardial infarction complicated by cardiogenic shock was carried out. In addition to standard therapy (anticoagulants, antiplatelet agents, vasopressors, statins), 10 patients were initiated infusion of milrinone according to the generally accepted scheme: intravenously at a loading dose of 12–24 mcg/kg for 60 minutes, followed by a long infusion at a rate of 0.05–0.1 mcg/kg/min. If necessary, the infusion rate was increased to 0.2 мg/kg/min. Functional status, ECG and echocardiography were assessed.

Results. The tolerance of therapy is rated as satisfactory, high-grade arrhythmias did not have. According to the influence on the functional status, there is a highly reliable positive dynamics compared with the initial state, expressed in the stabilization of blood pressure (against vasopressors) and an increase in SBP by 8% (from 108.8±9.3 mm Hg to 115, 71±5.3 mmHg), a decrease in heart rate by 24% (from 81.4±11.9 beats/min to 62.3±4.07 beats / min), an increase in the easily passable distance according to the TLC with 31.3±19.1 meters, up to 184.8±26.9 m (p <0.05) The positive dynamics of clinical signs was also manifested by a reliable regression of the total number of points according to SHOCs by 71%, respectively (p <0.05) by 5–6 days of hospitalization. Analyzing the data of echocardiography, a positive effect was noted, accompanied by an increase in LVEF from 3.4 to 9.5%, with a decrease (unreliable) of the heart cavities (PL-initially 43.3±9.0 mm in dynamics 39.3±12.9 mm; LV CRD – from 75.4±8.4 mm to 73.6±9.2 mm; RV – from 46.4±11.0 mm, to 43.9±11.0 mm).

Conclusion. The introduction of milrinone in patients with acute myocardial infarction complicated by cardiogenic shock leads to a significant improvement in LV contractility, a positive effect on the linear dimensions of the heart, which leads to a quick withdrawal of the patient from the state of decompensation with improved functional indicators of the clinical condition.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛИЗИСА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЁМОМ СЕГМЕНТА ST

Мадумаров И.Т., Муминов М.К., Кучкаров А.М., Саттаров Р., Ортиков М.М.

Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель. Изучить влияние системного тромболизиса на ремоделирование левого желудочка (ЛЖ) у больных острым коронарным синдромом (ОКС) с подъёмом сегмента ST.

Материал и методы. В исследования были включены 25 больных ОКС с подъёмом сегмента ST, поступивших в отделение терапевтической реанимации Наманганского филиала РНЦЭМП. Из них 20 мужчины, что составляет 80%, и 5 женщин (20%). Средний возраст пациентов составил 46,4. Всем больным был произведен системный тромболизис с помощью препарата стрептокиназа. Всем больным сначала внутривенно, болюсно введено 500000 ЕД препарата, затем 1000000 ЕД стрептокиназы, разведенной на 0,9% –200 мл физиологическим раствором, было влито внутривенно, медленно за 1 час. Среднее время от начала приступа до поступления в клинику составило 2,5±1,0 часа. Среднее время от момента поступления до реперфузии составило 30±10 минут. ЭхоКГ проводилась на 3 сутки пребывания больных в стационаре. В режиме по формуле «Площадь-длина» рассчитывали индекс конечно-диастолического объёма (КДО) левого желудочка (ЛЖ) в мл, индекс конечно-систолического объёма (КСО) ЛЖ в мл, фракцию выброса (ФВ) ЛЖ в %.

Результаты. У 16 больных развился неосложненный Q-инфаркт миокарда на 2 сутки, у 5 развился без Q-инфаркт миокарда, «нормализация» ЭКГ выявлена у 4 больных через 12 часов после тромболизиса. Рецидивов кардиальных болей не отмечалось ни у одного больного.

Стабилизация и восстановление сократительной функции ЛЖ отмечались на 2–4 сутки от начала болевого синдрома. Индекс КСО у больных после системного тромболизиса 70±10 мл. Индекс КДО составила 93±10 мл. Фракция выброса ЛЖ 54±8%. Осложнения не наблюдались.

Вывод. Своевременный системный тромболизис позволит достичь эффективного улучшения коронарного кровотока и снизить летальность у больных ОКС с подъёмом сегмента ST в стационарах, где нет возможности сделать интракоронарные вмешательства.

EVALUATING EFFICIENCY OF BEFORE HOSPITAL THROMBOLYSIS IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME WITH ST SEGMENT RISING

Mirzayarova K.A.

Bukhara Branch of Republican Research Center of Emergency Medicine

Objective. To evaluate the effectiveness of hospital thrombosis in patients with acute coronary syndrome by elevation of the ST segment.

Material and methods. According to the indications, all patients underwent thrombolytic therapy with streptokinase. A retrospective comparative analysis of the use of thrombolytic therapy at the prehospital and hospital stage with streptokinase was carried out. The temporal characteristics of thrombolysis, its effectiveness and safety were evaluated. Thirty-five patients with a clinically established diagnosis of «Acute coronary syndrome with ST-segment elevation» were examined, aged 40–70 years (mean age 53.4±2.4), thus, all patients who underwent thrombolytic therapy

were divided into 2 groups : 1 thrombolytic therapy group was carried out in a shock chamber in a hospital (*n*=20) after transportation by ambulance teams; Group 2 thrombolytic therapy was carried out at the prehospital stage (*n*=15) in an ambulance. The number of patients of group 2 included in the study was determined by the period of initiation of thrombolytic therapy. The temporal characteristics of prehospital and hospital thrombolysis, its effectiveness and safety were evaluated.

Results. The average time from the patient's request for emergency medical care to hospital thrombolysis was 51.8±1.23 min, while hospital thrombolysis was performed on average after 106.5±2.15 min ($p<0.05$). The effectiveness of hospital thrombolysis by ECG (ST segment regression of more than 50%) was observed in 68.3% of cases. In prehospital thrombolysis, the efficiency was 90.3% by ECG and coronarography. In patients of group 1 under stationary thrombolysis, ECG efficiency (ST segment regression of more than 50%) was confirmed in 68.3% (in 14 patients), and in patients of group 2, the effectiveness of streptokinase before the hospital stage decreased ST. Segment on the ECG after 60 min was observed in 13 cases (90.3%), and in 1 patients the positive dynamics on the ECG was already in the process of transportation to the hospital. In 1 patient (4.7%), the effectiveness of thrombolytic therapy by ECG was not confirmed.

Conclusions. Prehospital thrombolysis in patients with acute coronary syndrome was performed 54.7 min earlier than hospital thrombolysis, which can improve the further prognosis in patients. An analysis of the effectiveness of thrombolytic therapy of thrombolytic therapy showed that in the prehospital thrombolysis group with streptokinase, there was a tendency to increase the effectiveness of the therapy according to ECG data (ST segment decreased by more than 50%), compared with the hospital thrombolysis group by 35%, respectively.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТРА-АРТЕРИАЛЬНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Мубараков Ш.Р., Бахадирханов М.М., Хашимова М.Т.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Достигнутые за последние годы успехи в уточнении патогенетических механизмов развития ишемического инсульта (ИИ) позволили определить основную стратегию патогенетической терапии в острейшем периоде болезни – улучшение перфузии ткани мозга путем ранней реканализации окклюзированного сосуда. В связи с этим, в настоящее время весьма перспективным представляется методика селективной, интра-артериальной тромболитической терапии (ИАТТ) с применением различных тромболитиков. Методика ИАТТ имеет следующие преимущества:

1. Высокая степень реканализации окклюзированного сосуда (до 80%);

2. ИАТТ осуществляется введением значительно меньшего количества тромболитического препарата, что в конечном итоге приводит к уменьшению геморрагических осложнений, возникающих при системной тромболитической терапии (ТЛТ).

Материал и методы. Обследовано 22 больных с ИИ, 12 мужчин и 10 женщин в возрасте от 22 до 85 лет. Все больные доставлены в клинику в пределах 6-часового «терапевтического окна». Клинико-неврологическая симптоматика у больных свидетельствовала об остром нарушении мозгового кровообращения в бассейне средней мозговой артерии справа – у 14 больных и слева – у 7 больных и у 1 пациента в вертебробазилярном бассейне. Всем больным в момент их поступления проведена мультисрезовая компьютерная томография (МСКТ), транскраниальная допплерография (ТКДГ), в необходимых случаях – эхокардиография (ЭхоКГ), МСКТ или традиционная церебральная ангиография. Тромболитическая терапия проводилась больным, отобранным согласно рекомендациям Руководства Американской Академии Неврологии (American Academy of Neurology Practice advisory, 1996). Эффективность и безопасность ИАТТ и степень реканализации оценивалась по данным мониторинга неврологического статуса с включением шкалы NIHSS, по данным контрольной МСКТ головного мозга, МСКТ – или традиционной церебральной ангиографии, ТКДГ на 2–3 сутки после ТЛТ.

Результаты. Во всех случаях КТ-исследования в момент поступления больных выявили отсутствие органических изменений в головном мозге, что свидетельствовало о том, что все больные поступили в период «терапевтического окна».

Во время проведения диагностической церебральной ангиографии в 15 случаях выявлена острая закупорқа средней мозговой артерии. В последующем после введения тромболитика ангиографически констатирована реканализация сосуда в 10 случаях, в 5 случаях ангиографически реканализация окклюзированного сосуда не подтверждена, однако отмечалось улучшение коллатерального кровообращения.

В результате комплексных ультразвуковых методов исследования (ЦДС, ТКДГ, ЭхоКГ) у 16 больных установлен атеротромботический подтип ИИ. Результаты ЦДС у этих больных выявили атеросклеротический характер поражения магистральных артерий головы с различной степенью стенозирования. Результаты ТКДГ при поступлении больных выявила гемодинамически значимое снижение линейной скорости кровотока (ЛСК) по средней мозговой артерии на стороне очага поражения

с коэффициентом межполушарной асимметрии, превышающим 50%.

У 6 больных установлен кардиоэмболический подтип. Об этом свидетельствовали результаты электрокардиографических и ЭхоКГ-исследований.

Анализ эффективности ИАТТ оценивался по шкалам Glasgow, NIHSS, Rankin. Среднестатистические показатели по шкале Glasgow улучшились с 11,45 до 13,0, по шкале NIHSS отмечалось улучшение с 14,45 балла до 8,86 балла, по шкале Rankin также улучшение с 4,36 балла до 2,86 балла. Полный регресс неврологической симптоматики наблюдался у 5 (22,7%), частичный регресс – 11 (50%), отсутствие эффекта было у 3 (13,6%) пациентов. Летальный исход констатирован в 3-х (13,6%) случаях. Таким образом, эффективная реканализации составила 72,7%. 3 пациентам с полным регрессом неврологического дефицита ИАТТ была организована и проведена в пределах 3-часового терапевтического «окна».

Выводы. Селективный интраартериальный тромболизис препаратом стрептокиназа может рассматриваться как эффективный, альтернативный системному метод реваскуляризации в остром периоде ишемического инсульта. ИАТТ эффективна при проведении в пределах 3–6-часового терапевтического «окна», однако наибольшая эффективность отмечается в 3-часовом диапазоне. При кардиоэмболическом варианте развития ишемического инсульта, несмотря на образование в полостях сердца «плотных» тромбов, своевременно проведенная ИАТТ позволяет предупредить быстрое формирование обширного очага размягчения мозга.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ СТРАТЕГИЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ ST-СЕГМЕНТА И МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

Мухамедова Б.Ф., Казаков Б.О.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель. Мультифокальное поражение коронарных артерий присутствует у 41–67% пациентов с острым инфарктом миокарда и подъемом сегмента ST. У данной категории пациентов первым этапом выполняется реваскуляризация инфаркт-зависимой артерии. Однако дальнейшая тактика ведения пациентов с мультифокальным поражением коронарных артерий четко не определена и является объектом больших дискуссий.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения 108 пациентов при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST и мультифокальным поражением коронарных артерий, которым было проведено первичное чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) в период с января 2018 по декабрь 2020 г. Все пациенты были разделены на три группы в зависимости от стратегии реваскуляризации. Первая группа – это группа ЧКВ на инфаркт-зависимой артерии (ИЗА) в острую стадию инфаркта с последующим плановым коронарным шунтированием (40 пациентов). Вторая группа – этапное ЧКВ со стентированием ИЗА первым этапом и многососудистым стентированием коронарных артерий вторым этапом в течение одной госпитализации (13 пациентов). Третья группа – первичное ЧКВ на ИЗА с последующим консервативным лечением (55 пациентов). Результаты оценивались по таким конечным точкам, как частота больших неблагоприятных сердечных и цереброваскулярных событий, определяемых как сочетание смерти, инфаркта миокарда, инсульта и повторной реваскуляризации в отдаленном периоде, составляющем более 2 лет.

Результаты. Через два года наблюдения минимум одно большое неблагоприятное событие наблюдалось у 13/40 (32,5%) пациентов в первой группе, у 3/13 (23,1%) – во второй, у 16/55 (29,1%) в третьей, $p<0.05$. Разница по частоте летальных исходов и инсультов не достигла статистической значимости. Частота инфаркта миокарда была достоверно выше в группе медикаментозного лечения (20.4%) в сравнении с группой ЧКВ-АКШ (14.9%) и этапной ЧКВ (15.4%), $p<0.05$. Частота повторной реваскуляризации составила 2.7% в группе ЧКВ-АКШ, 9.3% – этапной ЧКВ и 29.1% для группы первичной ЧКВ и медикаментозного лечения, $p<0.01$.

Заключение. Выбор стратегии лечения пациентов с ОИМ и мультифокальным поражением коронарного русла должен быть индивидуализирован и направлен на полную реваскуляризацию. Стентирование инфаркт-зависимой артерии при ОИМ с подъемом сегмента ST является стратегией выбора. Этапное ЧКВ за период госпитализации эффективно и безопасно. Плановое коронарное шунтирование рекомендовано пациентам с аневризмой левого желудочка, поражением ствола левой коронарной артерии, высоким баллом по шкале Syntax, значимой митральной недостаточностью.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАЗОПРЕССОРОВ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Пулатова Ш.Х., Ахмедов Н.И.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Несмотря на внедрение современных лекарственных препаратов и активное распространение инвазивных методов лечения острого инфаркта миокарда (ИМ) смертность при этом заболевании остается достаточно высокой.

Цель. Сравнительная оценка эффективности допамина и норадреналина при остром инфаркте миокарда с осложнённым кардиогенным шоком.

Материал и методы. В наше клиническое исследование были включены 20 больных. Больные были разделены на 2 группы по 10 больных (*n*=10). Средний возраст составил 49±4,5 года. Из ных 27 мужчин и 13 женщин. Больные 1 группы со стандартной терапией получали допамин по требованию, а 2 группа получали норадреналин по расчёту. Всем больным провели ЭКГ-монитрирование, кардиомонитор, холтер мониторирование, измерение суточного артериального давления (А/Д) и ЭХОКГ. Среднее в 1-ой группе А/Д 101,6±4,5 мм.рт.ст., частота сердечных сокращений (ЧСС) 88,4±6,3 в миниту, а сатурации составила 87,2±4,7%. А во 2-ой группе А/Д 110,3±4,3 мм.рт.ст., ЧСС 65,4±2,7 в минуту и сатурация составила 90,8±1,5%.

Результаты. Среди больных, которые получали допамин, зарегистрировано 2 смертных случая, которые не поддавались вазопресной терапии, а у 2 требовались дополнительных мероприятия (включение глюкокартикостероидов и альфа-адриномиметики-мезатон). И среднее купирование кардиогенного шока составило 4,8±4,1 дня. А у второй группы смертность не наблюдалась, все больные хорошо переносили терапию, не требовалось дополнительных противошоковых мероприятий. Среднее купирование шока составило 2,6±1,4 дня.

Заключение. Норадреналин переносится лучше, чем допамин, не требует дополнительной противошоковой терапии, что значительно уменьшает финансовые затраты и купирует кардиогенный шок в более ранние сроки. Но исследование требует дальнейшего наблюдения.

ЭНДОВЕНОЗНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ОБЛИТЕРАЦИЯ С НОВОЙ ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 1940 НМ

Славин Д.А., Чугунов А.Н.

Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования МЗ РФ

Цель исследования. Оценить возможности лазера с длиной волны 1940 нм в лечении пациентов с варикозной болезнью.

Материал и методы. С февраля 2020 года нами было выполнено 500 эндовенозных лазерных облитераций (ЭВЛО) у пациентов с варикозной болезнью (CEAP C2-C6) с использованием волоконного лазера 1940 нм (IPG ИРЭ-Полюс, Россия). Все вмешательства проводились амбулаторно под тумесцентной анестезией по стандартному лечебному протоколу, с использование радиальных световодов (LGO и Biolitec). Линейная плотность лазерной энергии в зависимости от диаметра вены варьировала от 40 до 106 Дж/см, непрерывный режим, с автоматической тракцией световода со скоростью 0,75–1 мм в секунду. Непосредственно перед процедурой определяли реальную мощность на кончике световода при помощи измерителя «Ophir» (Израиль). ЭВЛО проводилась на различных сегментах подкожных вен: БПВ 75%, МПВ 11,4%, ПДПВ 5,6%, БПВ+ПДПВ 4,4%, БПВ+МПВ 3,6%. Вены диаметром более 15 мм в зоне СФС/СПС встречались в 12% наблюдений. У 95% пациентов ЭВЛО сочеталась с минифлебэктомией или склеротерапией притоков. В послеоперационном периоде назначался компрессионный трикотаж 1–2 класса до 3-х недель дневного ношения. Пациентам с факторами риска венозных тромбоэмболических осложнений назначались прямые оральные антикоагулянты в профилактической дозе на 5 дней. Ультразвуковое ангиосканирование проводилось в первые 2 суток, через 7–10 дней и 6 месяцев после операции.

Результаты. Выполнить ЭВЛО с первичной окклюзией подкожных вен удалось у 100% пациентов. Реканализаций на сроках до 12 месяцев выявлено не было. Термоиндуцированные тромбозы (EHIT II–III классов) наблюдались у 0,6% пациентов. Ожогов, инфекционных осложнений, тромбозов глубоких вен и тромбоэмболии легочной артерии выявлено не было. Преходящие парестезии в зоне ЭВЛО отмечены примерно у 5% пациентов, в большинстве наблюдений это было связано с обработкой вены в дистальных отделах голени.

Заключение. ЭВЛО с использованием лазера с длиной волны 1940 нм и радиальных световодов является эффективной и безопасной процедурой в лечении пациентов с варикозной болезнью.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ И АНТИАНГИНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОСТИРОВАННЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Турниязов А.А., Ёркулов К.О., Азимов О.О., Халиков И.Б.

Навоийский филиал РНЦЭМП, Навоийский областной многопрофильный медицинский центр

В последние годы в клинической практике при рецидивах стенокардии, вызванных стенозированием коронарных артерий (КА) все шире и успешнее используется баллонная ангиопластика и эндоваскулярное стентирование. Антиишемическая эффективность эндоваскулярного стентирования и антиангинальной медикаментозной терапии были изучены у пациентов с нестабильной или прогрессирующей стенокардией (*n*=42). Срок наблюдения составил 8,2–10,6 мес. Оценивались частота рецидива стенокардии, ОИМ, госпитализации по поводу

нестабильной стенокардии. Коронарная ангиопластика со стентированием обеспечивала высокую антиишемическую эффективность.

Цель исследования. Сравнительная оценка антиишемической эффективности эндоваскулярного стентирования и комбинированной медикаментозной терапии при нестабильной или прогрессирующей стенокардии у больных с сохранной систолической функцией левого желудочка и диагностированным атеросклерозом коронарных артерий.

Материал и методы. С 2017 года в Навоийской области проводится эндоваскулярное лечение КА на базе НОММЦ совместно с Навоийским филиалом РНЦЭМП. С период с 2017 по 2019 годы всего выполнены 998 больным диагностическая коронароангиография и у 520 больных ангиопластика со стентированием коронарных артерий.

За 2019 год число госпитализированных в Навоийский филиал РНЦЭМП по поводу нестабильной или прогрессирующей стенокардией составляло около 1900. Нами наблюдались 42 больных с ИБС и сохранной функцией левого желудочка (фракция выброса не менее 55%), отобранных в период 01.2019–03.2019 г. Больные были разделены на 2 группы в равных количествах.

В 1 группе 21 больному проведены ЧКВ, больным 2 группы – 21 больному в связи с воздержанием от ЧКВ (по разным причинам) была назначена оптимальная антиангинальная терапия (сочетание бетаблокаторов, нитратов и антогонистов кальция). Возраст больных колебался от 44 до 61 года (средний возраст составил 53,4±7,6 года). Критериями отбора больных в исследование являлись: нестабильная или прогрессирующая стенокардия, развившаяся в результате доказанного гемодинамически значимого стенозирующего коронарного атеросклероза.

Количество пациентов с сахарным диабетом, артериальной гипертензией и ожирением в обеих группах фактически не различалось.

Мультифокальный атеросклероз был отмечен у 15(35,7%) пациентов, сахарный диабет – у 12(28,5%). Нарушения ритма сердца были выявлены у 9(21,4%) пациентов, артериальная гипертензия – у 19(45,2%). Непосредственный ангиографический успех после ЧКВ составил 96,1%. Антиишемическую эффективность стентирования и медикаментозной терапии в обеих группах оценивали через 6–12 мес. Учитывали такие факторы, как развитие инфаркта миокарда (ИМ), наличие рецидива стенокардии, суточная потребность в нитратах, уровень физической толерантности, число повторных госпитализаций. Среди обследованных преобладали мужчины (64,7%).

Результаты. В отдаленном периоде наблюдения рецидив стенокардии возник у 4 пациентов 1-й группы (19%), и у 9 пациентов 2-й группы (42,8%). Частота ИМ составила 4,7% и 9,5% соответственно.

Отдаленные результаты: в 1-й группе рецидив стенокардии возник у 4 (19%), 2-м пациентам потребовалась госпитализация, из них 1 (4,7%) пациент перенес не Q-образующий ИМ. Во 2-й группе рецидив стенокардии возник у 9 (42,8%), 7 пациентам потребовалась госпитализация, из них 2 (9,5%) пациента перенесли ИМ.

Летальных исходов не произошло ни в одной группе.

Вывод. Таким образом, результаты наблюдения свидетельствуют о том, что внедрение эндоваскулярного стентирования КА в клиническую практику у больных со стенокардией, развывшейся в результате доказанного гемодинамически значимого стенозирующего коронарного атеросклероза снижает частоту рецидивов стенокардии и число госпитализаций по поводу него.

ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ В ПРОГНОЗЕ РАЗВИТИЯ РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Файзуллаева Г.И., Ризаева М.Ж.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Цель. Определение взаимосвязи уровней цитокинов (IL1в, IL-6; IL-10, ФНО – б) с течением острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST.

Материал и методы. Были обследованы 30 пациентов, острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, поступивших в отделение кардиореанимаци: 24 мужчины и 6 женщин, средний возраст пациентов составил 51,8±7,5 года и 11 здоровых людей в том же возрастном аспекте составили контрольную группу. Всем больным в 1, 7, 14 сутки от момента поступления проводилось изучение цитокинов (IL-1в, IL-6; IL-10, ФНОб). Средний срок наблюдения за пациентами составил 12 недель. Все больные были разделены на 2 группы. 1-ю группу составили 18 больных, которые не имели осложнений, как в госпитальном периоде, так и после неё. Во 2-ю группу вошли остальные 12 больных с разными осложнениями сердечно-сосудистой системы.

Результаты. У больных острым инфарктом миокарда с первых суток заболевания наблюдался максимальный уровень IL-6, ФНОб. На 1 сутки острого инфаркта миокарда наблюдалось повышение уровней IL-6; ФНОб; IL-10, нормализация показателей отмечалась на 14 сутки заболевания. Осложненное течение острого инфаркта миокарда сопровождалось более выраженной активностью воспалительного процесса (IL-6; ФНОб) в 1 и 7 сутки, а также выявлялось повышение IL-10 на 7 сутки и увеличение его уровня на 14 сутки. Нами не обнаружено достоверной прогностической значимости уровней IL-1 в. Уровень IL-6 в 1 сутки у больных 2-й группы был в 4 раза выше данных 1-й группы (P<0,001)

и 8,9 раза выше контрольных значений (P<0,001). Уровень ФНОб в 1 сутки у больных 2-й группы был в 1,7 раза выше данных 1-й группы (P<0,001) и в 6 раз выше контрольных значений (P<0,001).

Заключение. В результате исследования выявлена взаимосвязь концентрации ИЛ – 6, ФНОб с ранними осложнениями острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST, что позволяет рекомендовать его использование в качестве дополнительного лабораторного показателя при данной патологии и выявить группы с низким и высоким риском развития ранних осложнении. При этом у больных с высокой экспрессией в крови ФНОб – 16,09 пг/мл (в 5 раз и более), ИЛ 6–52,13 пг/мл (в 9 раз и более) прогнозируют осложненное течение заболевания, при средних показателях ФНОб – до 13 пг/мл, ИЛ 6 – до 30 пг/мл прогнозируют неосложненное течение заболевания. Раннее выделение категорий больных инфарктом миокарда с повышенным риском осложнений позволит применить более активные методы лечения (медикаментозные и/или хирургические) таких пациентов.

THE COURSE OF MYOCARDIAL INFARCTION IN PATIENTS OF YOUNG AGE WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Khaydarova S.A.

Republican Scientific Center for Emergency Medical Aid of Bukhara Branch. Uzbekistan

At present, the widespread prevalence of hypertension and myocardial infarction among the able-bodied population, early disability, reduced life expectancy, and low adherence to treatment are alarming.

The purpose of the work is the clinical course of myocardial infarction and the use of lipid-lowering therapy at the prehospital and hospital stages in patients with essential hypertension of young age.

Material and methods. Materials of case histories of 50 AH and MI patients aged 30–45 years (average age 41.2 ± 3.8 years) who were treated at the cardioremonitization department of the Bukhara branch of the RSCEM from 2015 to 2017 were analyzed. The data were processed by the method Pearson correlation analysis and binary logistic regression.

Results and discussion. Among all hospitalized patients, patients with hypertension and myocardial infarction were 1.14% in 2015, 1.8% in 2016, and 0.97% in 2017. All patients were male. The level of total cholesterol was higher in patients with previous angina pectoris (CC=0.04; p<0.05). Statins before hospitalization and in the acute period of MI received only 12% of patients. All these patients took rosuvastine (rosatin, Slovenia). According to a number of studies, violations of the lipid composition of the blood can affect the regulation of blood pressure through endothelial-dependent vasodilation and the secretion of vasoactive substances.

Among the examined patients, 70% had HCS, and 66% had aortic atherosclerosis. The effectiveness of statins in reducing mortality and the incidence of cardiovascular complications in patients with coronary heart disease has long been proven. In particular, rosuvastatin used by the examined patients reduces the number of primary events, significantly reduces the frequency of angina attacks. High results of treatment are explained by the ability of statins to give not only anticholesterolemic, but also many other so-called pleotropic effects.

Clinical studies have confirmed the safety and tolerability of rosuvastatin. In our study, only 12% of patients before Myocardial infarction and during it continued to take the drug at a dose of 20 mg / day. The reasons why patients did not receive statins are probably different and depend not only on the patient. In our work, it was found that these patients were not taken exactly by those patients for whom statins were especially indicated.

Findings. 1. Myocardial infarction in patients with essential arterial hypertension of a young age proceeds according to the classical anginal variant, with frequent complications in the form of rhythm disturbances, against the background of remodeled myocardium, with QS infarction prevailing. 2. The complicated course of myocardial infarction in young patients is promoted by numerous risk factors, the lack of treatment for arterial hypertension (87.7%), and the low frequency of taking statins (11.6%).

ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭКГ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С ЭПИЗОДАМИ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Хамрашаев Б.Б., Ахроров Ж.Х.

Бухарский филиал РНЦЭМП

В течение длительного времени приступы стенокардии рассматривались в качестве главного клинического проявления преходящей ишемии миокарда, однако в последние годы накоплены многочисленные данные, свидетельствующие о том, что многие из эпизодов ишемии миокарда не сопровождаются болью или какими-либо другими эквивалентами стенокардии. Этот феномен, получивший название «немой», «клинически нераспознанной», «бессимптомной» или чаще всего «безболевой» ишемией миокарда (БИМ), является предметом пристального внимания многих исследователей.

Цель. Изучить возможности суточного мониторирования ЭКГ и велоэргометрии для выявления эпизодов безболевой ишемии миокарда у больных нестабильной стенокардией и контроля эффективности антиангинальной терапии.

Материал и методы. В соответствии с поставленными задачами было обследовано 60 больных,

нестабильной стенокардией с частыми эпизодами БИМ, мужчин в возрасте 35–59 лет (42,83±4,82), без клинических проявлений сердечной недостаточности. Контрольную группу составили 26 больных ИБС, у которых не выявлены эпизоды БИМ при ВЭМ-пробе и многочасовом мониторировании ЭКГ. Толерантность к физической нагрузке определяли методом велоэргометрии, на вертикальном велоэргометре Kettler, непрерывно-ступенчато нарастающей нагрузкой, с записью ЭКГ на компьютерном комплексе ПолиСпектр 8-Е Нейрософт, на ступенях нагрузки и общей продолжительности нагрузки в минутах. Многочасовое мониторирование ЭКГ по Holter проводили при помощи мониторного компьютерного комплекса Contec TLC 9803 с записью на цифровом носителе. Всем больным основной группы проводили подбор антиангинальных препаратов методом велоэргометрий и курсовое лечение с повторной записью суточного мониторирования ЭКГ к концу лечения. Применялись препараты: бисопролол, дилтиазем и кардикет как в монотерапии, так и в комбинации с ИАПФ рамилом.

Результаты. Анализ результатов суточного мониторирования ЭКГ позволил выявить ряд различий между группами. Общее количество эпизодов смещения сегмента ST за сутки в обследуемой группе было значительно больше на 30,1%, чем в контрольной (соответственно 17,6±1,6 и 12,3±0,6), количество безболевых эпизодов БИМ также было достоверно больше на 33,9%, чем болевых (11,2±0,8 и 7,4±0,4; $p<0,05$), суммарная продолжительность всех эпизодов ишемии миокарда за сутки в обследуемой группе (54,6±3,6 мин.) также достоверно больше на 38,8%, чем в контрольной (33,4±2,9 мин; $p<0,05$). Выявленные различия можно объяснить тем, что у больных основной группы, помимо болевых ишемических эпизодов (приступов классической стенокардии), регистрировались эпизоды БИМ, причем на долю БИМ приходилось не менее 50% от общего суточного количества эпизодов смещения ST, в среднем 51,6±3,7%. Другими словами, в основной группе ишемия миокарда в большинстве случаев клинически себя не проявила, тогда как у больных контрольной группы каждый ишемический эпизод вызывал приступ стенокардии.

Изучение дневниковых записей больных показало, что подавляющее число эпизодов, в – 71,3% случаях, БИМ была спровоцирована физической нагрузкой (412 эпизодов), причем при безболевой ишемии частота сердечных сокращений была меньше (109,4±7,9 в мин.), чем при болевых приступах ишемии (129,6±8,8 в мин.), значительно реже, в 18,9% случаях (109), БИМ появлялась при психоэмоциональном напряжении и в покое без видимых причин – 9,8% (57 эпизодов). Большая часть случаев БИМ фиксировалась в активное время суток, только 49 спонтанных эпизодов БИМ были отмечены во время сна. Поскольку большая часть эпизодов ишемии вызывается физической нагрузкой, можно считать, что меньшая пороговая ЧСС отражает и меньшую толерантность к физической нагрузке у пациентов с эпизодами БИМ, а следовательно, и меньший коронарный резерв. Таким образом, вероятность появления осложнений ИБС находится в обратной зависимости от уровня ЧСС, при которых фиксируются эпизоды БИМ, и в прямой зависимости от продолжительности БИМ. Анализ результатов суточного мониторирования ЭКГ к концу 6 недель терапии бисопрололом в комбинации с рамилом выявил достоверное снижение как количества эпизодов БИМ на 28,2% (7,1±1,1 и 5,1±0,4), так и количества болевых эпизодов на 31% (6,8±0,5 и 4,1±0,4; $p<0,05$), продолжительность же БИМ снижается в меньшей степени, также снижается и продолжительность ишемии как болевых, так и безболевых. Таким образом, выявлена эффективность бисопролола и рамила в отношении безболевых эпизодов ишемии миокарда.

Влияние дилтиазема на безболевую ишемию миокарда имело свои особенности. При суточном мониторировании ЭКГ выявлено, что под влиянием препарата наблюдалось достоверное уменьшение количества на 59,7% (в среднем от 7 до 3 эпизодов БИМ, $p<0,001$) и длительности на 19,6% (5,1±1,3 мин. и 4,1±1,1 мин.) преимущественно безболевых эпизодов, причем к концу 6-недельного лечения у данных больных изменилось в сторону преобладания болевых эпизодов ишемии миокарда. В отношении болевых эпизодов ишемии миокарда обнаружено достоверное снижение количества за сутки на 40% (от 6,9±0,6 до лечения до 4,1±0,4 после монотерапии дилтиаземом). Данные изменения говорят о хорошей антиишемической эффективности антагониста ионов кальция дилтиазема на БИМ у больных ИБС преимущественно нестабильной стенокардией с гиперкинетическим типом гемоциркуляции. Исходя из изложенного можно считать более обоснованным больным ИБС с частой БИМ и гиперкинетическим вариантом гемоциркуляции, назначение антагониста ионов кальция дилтиазема и ИАПФ рамила.

Суточное мониторирование ЭКГ после комбинированного лечения кардикетом и рамилом показало снижение количества эпизодов БИМ значительнее, чем при монотерапии кардикетом, но менее, чем при лечении бисопрололом и дилтиаземом. Комбинация кардикета и рамила у больных ИБС с БИМ в большей степени влияет на болевую ишемию миокарда, чем на БИМ.

Проведенное исследование с достаточной убедительностью свидетельствует о преимуществе предлагаемых методов лечения БИМ по сравнению с традиционной терапией, основанной на частоте болевых приступов стенокардии. Это преимущество проявилось более стабильным течением заболевания, снижением количества болевых и, прежде

всего, безболевых эпизодов ишемии миокарда при меньшем количестве побочных эффектов, в нормализующем действии на ритм улучшения показателей гемоциркуляции и вегетативных реакций.

Выводы. 1. Суточное мониторирование ЭКГ и проба с дозированной физической нагрузкой являются наиболее достоверными и доступными для широкого использования при диагностике безболевой ишемии миокарда, и, что не менее важно, разработки патогенетически оправданной медикаментозной терапии. 2. Антиангинальное действие бисопролола в большей степени влияет на болевую ишемию миокарда, чем на безболевую, но комбинация с рамилом позволяет значительно усилить эффективность бисопролола в отношении безболевой ишемии миокарда. 3. Терапевтическая эффективность кардикета несколько ниже, чем у бисопролола и дилтиазема. Комбинация ингибитора ангиотензин-превращающего фермента рамила с бисопрололом, дилтиаземом и кардикетом существенно усиливает их антиишемический и антиангинальный эффект, снижает частоту возникновения побочных эффектов и предотвращает развитие толерантности к препаратам.

ФАКТОРЫ РИСКА, ВЛИЯЮЩИЕ НА ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST У МУЖЧИН В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Хасанжанова Ф.О., Ташкенбаева Э.Н.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Цель. Оценить влияние факторов риска на исход заболевания у мужчин с ОКС с подъемом ST (ОКСпST) в молодом возрасте при проведении тромболитической терапии (ТЛТ) стрептокиназой.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование историй болезни пациентов с ОКСпST за 2017–2019 гг., которые в экстренном порядке доставлены бригадами скорой помощи в Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (СФ РНЦЭМП), в отделение кардиореанимации для проведения ТЛТ стрептокиназой 1,5 млн. МЕ. Средний возраст составил 37,51±5,48 года.

В обследование и лечение были включены больные, у которых заболевание возникло в первые 2–6 ч от начало ангинозных приступов, не купирующихся, несмотря на проводимую антиангинальную терапию. На ЭКГ регистрировались транзиторные изменения: элевация сегмента ST, увеличение степени инверсии зубца Т, различные нарушения ритма и проводимости. Тромболизис проводился по стандартным схемам, и в дальнейшем больным проводились традиционные методы лечения: инфузия нитроглицерина в первые сутки болезни, антиагреганты, антитромбоцитарная и антикоагулянтная терапия, в-блокаторы, ингибиторы АПФ, статины. Ферментативная диагностика: тропонины I, МВ-фракции креатинфосфокиназы (МВ-КФК).

Больные были разделены на 2 группы: 1 группа 76 больных, получавшие ТЛТ – стрептокиназой 1,5 млн. МЕ, 2 группа 68 больных, получавших традиционную терапию. Количественные данные представлены в виде средней и стандартной ошибки среднего (M±m), обработка результатов методами непараметрической статистики, применялись критерии Вилкоксона Манна-Уитни. Статистически значимыми считали различия при p≤0,05.

Результаты. В 1 группу вошли 76 мужчин. Во 2 группу – 68 мужчин. У всех больных отмечено две и более сопутствующее патологии. Артериальная гипертония выявлена у 68% больных, сахарный диабет (СД) – у 22%, гиперхолестеринемия – у 75%. У 73% больных в анамнезе имелась ИБС (от 1 года до 15 лет), 23% больных перенесли острый инфаркт миокарда (ОИМ), а 4% больных перенесли ранее операцию коронарного шунтирования. В 1-е сутки у 17,1 % (13) больных имелись признаки острой сердечной недостаточности (ОСН). По тяжести проявлений ОСН больные распредилились следующим образом: Killip I – 7,8%, Killip II – 3,9%, Killip III – 3,9%, KillipIV-1,3%. У больных в 1–2 группе хроническая сердечная недостаточность (ХСН) по New York Heart Association (NYHA) II ФК 83,4% и 88%, IIIФК – 16,6% и 12%, пороки сердца 12,3% и 16,6%. В зависимости от времени введения тромболитика больные 1 группы были разделены на 3 подгруппы: I подгруппа 9 больных (12%), которым тромболитик вводился в течение первых 2 часов от начала ангинозного приступа; II подгруппа 19 человек (25%) – стрептокиназа вводилась в пределах от 2 до 4 часов с момента начала приступа; III подгруппа 48 человек (63%) введение тромболитика выполнено в диапазоне времени 4–6 часов от начала заболевания. Среди умерших пациентов в обеих группах на первое место, по частоте встречаемости, выступила гипертоническая болезнь (ГБ) и дисциркуляторная энцефалопатия, которая отмечалась у больных. СД повышает риск развития ОКС в 2-4 раза, причем у женщин в большей степени, чем у мужчин. При использовании различных фибринолитических препаратов смертность от ОИМ среди больных с сахарным диабетом снижается так же, как среди больных без диабета. Если клинически верифицированный диагноз СД в нашем исследовании в 1 и 2 группах 2(2,6%) и 3 (4,4%) случаев, p=0,5, то гипергликемия выявлена у всех умерших пациентов в 1–2 группе.

Риск развития ИБС, связанный с повышенным уровнем общего холестерина (ОХС), более выражен у молодых (<55 у мужчин, <65 у женщин) против старых, что составляет в 2,5 раза выше у молодых, чем у лиц старшего возраста. В нашем исследова-

нии в 1 и 2 группах отмечалась гиперхолестеринемия 4,45±0,19 и 4,88±0,39 соответственно, p=0,5.

Выводы. Факторы риска, такие как гиперхолестеринемия, отягощенная наследственность по ССЗ, являются предикторами ухудшающими прогноз заболевания независимо от применяемого тромболитического препарата. У мужчин в молодом возрасте с ОКСпST в сочетании СД и гипертонической болезни состояние утяжеляется независимо от проводимой тромболитической терапии, что еще раз говорит о высоком риске развития кардиоваскулярных осложнений у лиц данной группы.

РАЗЛИЧИЯ В ЧАСТОТЕ РАЗВИТИЯ ОСНОВНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА У МУЖЧИН В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Хасанжанова Ф.О., Ташкенбаева Э.Н.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Цель. Выявить предикторы неблагоприятного прогноза у мужчин в молодом возрасте с острым инфарктом миокарда (ОИМ) с подъемом сегмента ST, госпитализированных в Самаркандский филиал РНЦЭМП.

Материал и методы. В исследование включено 178 пациентов, поступивших в стационар по поводу ОИМ, которые в экстренном порядке доставлены бригадами скорой помощи в Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (СФ РНЦЭМП). Из них 84 (47,1%) больных с сахарным диабетом (СД) II типа и 94 (52,8%) – без СД. Средний возраст составил 38,6±5,45 года. Через месяц после ОИМ оценивали конечные точки: смерть, количество повторных госпитализаций по поводу прогрессирующей стенокардии и ОИМ. При наличии хотя бы одной конечной точки прогноз расценивался как неблагоприятный. Для проведения статистического анализа использовано компьютерное программное обеспечение Statistica 8,0 (StatSoft). Статистически значимыми признавались значения p<0,05.

Результаты. Неблагоприятный месячный прогноз отмечался у 40 (35,7%) пациентов. Однофакторный анализ показал увеличение риска развития неблагоприятного прогноза в течение месяца при наличии в госпитальном периоде у пациентов с ОИМ острой сердечной недостаточности Killip III–IV в 2,8 раза (p=0,011), при депрессии – в 2,5 раза (p=0,032); сопутствующего СД IIтипа – в 2,1 раза (p=0,038), а также у лиц мужского пола в 1,4 раза (p=0,041), у лиц старше 65 лет – в 1,3 раза (p=0,043), у курящих – в 1,25 раза (p=0,032), при наличии ОИМ в анамнезе – в 1,1 раза (p=0,044). Многофакторный логистический регрессионный анализ выявил наиболее значимую совокупность предикторов неблагоприятного годового прогноза ИМ, таких как острая сердечная недостаточность Killip III–IV, депрессия, наличие СД.

Вывод. Таким образом, наиболее значимыми предикторами неблагоприятного месячного прогноза у пациентов с острым инфарктом миокарда по результатам многофакторного регрессионного анализа в порядке убывания являются наличие в госпитальном периоде заболевания острой сердечной недостаточности по Killip III–IV, депрессии и сахарного диабета.

6. РАЗНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Абдуллаев Б.П.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Цель. Оценить результаты реконструктивных операций у больных с критической ишемией нижних конечностей и сопутствующим сахарным диабетом.

Материал и методы. В исследовании представлен анализ результатов лечения 82 больных с КИНК III – IV степени и сопутствующим сахарным диабетом. КИНК III встречалась – 33 (40%), КИНК IV встречалась – 49 (60%). Все больные были разделены на 3 основные группы. I группа включала 52 (64%) больных, которым выполняли прямые реконструктивные операции. II группу составили 15 (19%) больных, которым выполняли операции непрямой реваскуляризации. III группа больные, которым проведена консервативная терапия (№=15). Оценивались показатели ЛПИ в динамике в трех группах. В ближайшем послеоперационном периоде оценивали проходимость реконструкции, сохранность конечности и ЛПИ.

Результаты. В I группе тромбоз реконструкции выявлен у 5 пациентов (9,6%), проходимости реконструкций в течение 1 года составил 67%, сохранность конечности за 1 год наблюдения составил 89,7%. Во II группе уровень сохранности конечности за период 1 года 49,4%. Динамика ЛПИ в группе больных, которым выполняли прямые методы реваскуляризации составила +0,33, в группе больных, которым выполняли непрямые методы составила +0,12., в группе больных, которым проводилась консервативная терапия +0,17. Анализирую результаты показателя динамики ЛПИ в I и III группах получены достоверные данные эффективности прямых реконструктивных операций ($p<0,0001$), а во II и III группах достоверных данных эффективности проведенного лечения не получено ($p=0,0573$).

Выводы. При хирургическом лечении больных с критической ишемией нижних конечностей и сахарным диабетом предпочтение следует отдавать прямым методам реваскуляризации ($p<0,0001$). Применение комплексного хирургического лечения, позволяет у больных с данной патологией снизить риск развития осложнений, количество ампутаций нижних конечностей, летальность.

РОЛЬ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В РАЗВИТИИ САЛЬПИНГООФОРИТА И ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ

Абдурахманов М.М., Гайбуллаева Г.У.

Бухарский медицинский институт, Бухарский филиал РНЦЭМП

В структуре гинекологической заболеваемости 4–15% составляют гнойные воспалительные заболевания маточных труб и яичников. В основе развития воспалительного процесса придатков матки лежит сложный иммунопатологический процесс, на течение которого влияет исходная функциональная активность иммунокомпетентных клеток, цитокинов, патогенных иммунных комплексов.

Цель. Оценить иммунный статус и экспрессию цитокинов в сыворотке крови у больных с воспалением придатков матки.

Материал и методы. Нами проведено обследование 78 пациенток с обострением хронического сальпингоофорита. В качестве группы контроля для иммунологических исследований были выбраны 10 здоровых женщин-доноров. Средний возраст больных с обострениями хронического сальпингоофорита составил 26,82±0,66 года (от 18 до 42 лет). Обострение хронического сальпингоофорита часто сопровождалось нарушением овариально-менструального цикла (31±4,62%). Количество лейкоцитов в периферической крови колебалось в пределах 3,6–16,4×109/л, в среднем 8,64±0,06×109/л, палочкоядерный сдвиг достигал 15%. Отмечалось низкое содержание эозинофилов, вплоть до полного их отсутствия, а также снижение уровня моноцитов и лимфоцитов. Это свидетельствует о фагоцитарной недостаточности у пациенток с воспалительными заболеваниями. Отмечалось повышение уровня СОЭ – 18,22±0,14 мм/ч, а также наличие положительного СРБ у 38 пациенток. Для определения в сыворотке крови концентрации цитокинов (ИЛ–1в, ИЛ–4, ИЛ–8) нами использована иммуноферментная тест-система производства фирмы ТОО «Протеиновый контур» г. Санкт–Петербурга. Забор крови производился в день поступления на стационарное лечение и на 14-е сутки после проведения комплексной терапии.

Результаты. Содержание ИЛ–1в в крови здоровых женщин было 69,32±2,43 пг/мл. У больных сальпингоофоритом уровень ИЛ–1в превышал таковой в контрольной группе в 6,32 раза и составил 438,3±23,25 пг/мл. Концентрация ИЛ–8 в сыворотке крови была снижена до 38,71±2,81 пг/мл,

а в группе контроля этот показатель составил 120,8±5,66 пг/мл. Содержание ИЛ–4 в сыворотке крови здоровых доноров составило 53,6±1,36 пг/мл, в основной группе этот показатель был снижен до 44,74±3,16 пг/мл, Всем пациенткам проводилась комплексная антибактериальная (цефалоспорины, фторхинолоны, полусинтетические защищенные пенициллины, аминогликозиды), дезинтоксикационная, неспецифическая противовоспалительная терапия. Учитывая дисфункцию в иммунной системе, в комплекс лечения была включена иммунноориетированная терапия препаратом системной энзимотерапии – вобэнзим, – 15 пациенткам, которые составили основную группу, по схеме по 5 драже 3 раза в день в течение недели и по 3 драже в последующие 2 недели. Остальные пациентки составили группу сравнения. Все пациентки основной группы отмечали улучшение общего самочувствия, купирование болевого синдрома, нормализацию сна, аппетита и настроения (в отличие от женщин группы сравнения). В основной группе быстрее происходила нормализация гемограммы и иммунологического профиля больных. Мы наблюдали увеличение содержания эозинофилов, лимфоцитов, моноцитов, что являлось хорошим прогностическим признаком, происходило снижение количества лейкоцитов, палочкоядерных нейтрофилов. На 14-е сутки нами проведено исследование уровня цитокинов в сыворотке крови в обеих группах. Использование иммунокоррекции в комплексном лечении хронического сальпингоофорита в период обострения, позволило нормализовать цитокиновый статус больных за счет снижения уровня провоспалительных цитокинов (ИЛ–1в, ИЛ–8) и повышения уровня противовоспалительных цитокинов (ИЛ–4). В группе контроля концентрации провоспалительных цитокинов на 14-е сутки также имели тенденцию к снижению, но по–прежнему были повышенными. Концентрация ИЛ–4 оставалась ниже границ нормы.

Выводы. 1. Именение показателей цитокинового статуса у больных с хроническим сальпингоофаритом являются прогностически значимыми. Уровень провоспалительных цитокинов ИЛ–1, ИЛ–8, противовоспалительного цитокина ИЛ–4 в сыворотке крови представляют собой достоверные критерии в прогнозировании осложнений. 2. Исследование этих показателей дает возможность выбора рациональной патогенетически обоснованной терапии, с включением иммуноориентированной терапии. 3. Применение иммунориентированной терапии препаратом системной энзимотерапии способствует нормализации иммунного статуса за счет уменьшения выработки провоспалительных цитокинов, а также за счет повышения уровня ИЛ–4, что, в свою очередь, ведет к нормализации межклеточных взаимоотношений иммунной системы, клеток эндотелия, фибробластов.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕРМОИДНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ

Абдиримова А.Д., Шейхова Х.К.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Известно, что лапароскопия на современном этапе является методом выбора оперативного лечения доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований яичников. Однако в лечении дермоидных кист яичников в большинстве случаев приоритет отдаётся лапаротомии, особенно, когда дермоидные кисты больших размеров и наполнены плотным компонентом.

Цель исследования. Определить границы, безопасность и эффективность лапароскопического лечения дермоидных кист яичников и сравнить операционный курс и послеоперационные осложнения между лапароскопическими и лапаротомическими методами.

Методы. Ретроспективное изучение ранее прооперированных лапароскопично и лапаротомично больных с дермоидными кистами яичников.

С 2010 по 2019 год в отделение экстренной гинекологии Хорезмского филиала РНЦЭМП 667 женщинам репродуктивного возраста была проведена кистэктомия по поводу кист яичников. Из них лапароскопическая кистэктомия 37(5,55%). Из 37 лапароскопических операций 12(32,4%) сделано по поводу дермоидных кист яичников. Размер кист варьировал от 1 до 10 см. Постановка диагноза проводилась на основании бимануального осмотра и трансвагинального ультразвукового сканирования.

Группу сравнения составили 52 пациентки, оперированных путём лапаротомии.

У 9 пациенток (75%) была проведена лапароскопическая кистэктомия с сохранением части яичника и только 3 пациенткам (25%) проведена оофорэктомия ввиду отсутствия визуально здоровой ткани яичника (1 случай) и больших размеров опухоли в предклимактерическом периоде (2 случая).

В 5 случаях (41,6%) интраперитонеальная кистэктомия была проведена без повреждения целостности кисты. Неповрежденная киста была удалена с использованием эндоскопического герметического мешка.

В 5 (41,6%) случаях имела место энуклеация и удаление капсулы через троакарный рукав без герметического мешка. Ни в одном из случаев кольпотомия не проводилась.

Разрыв капсулы кисты и поподание содержимого кисты в брюшную полость имело место в 2 случаях (16,8%). Потери содержимого кисты были контролированными, проводилось обильное промывание брюшной полости с аспирацей во время удаления кисты с целью профилактики перитонита. В послеоперационном периоде серьезных осложнений не было. Две группы больных, которым было проведено

лапароскопическое и лапаротомическое (52 случая) лечение, сравнивались по следующим критериям: длительность операции, пребывание в стационаре, скорость выздоровления и наличие осложнений.

Результаты. Операционное время в группе лапароскопии было 90 мин, в группе лапаротомии 45 мин, время госпитализации заметно короче в группе лапароскопий (2,7 дня), чем в группе лапаротомий (6,8 дня). Потери содержимого кисты в лапароскопической группе не привели к каким-либо осложнениям, за исключением кратковременного повышения температуры тела в 2 случаях. Выздоровление наступило заметно быстрее в лапароскопической группе.

Выводы. Лапароскопия является безопасным и эффективным методом лечения дермоидных кист. Хотя лапароскопическая кистэктомия ассоциируется с более длительным операционным временем, чем лапаротомия, но время госпитализации короче и выздоровление наступает быстрее, а попадание содержимого кисты в брюшную полость не ведет к осложнениям при условии обильного промывания брюшной полости.

РОЛЬ СТАТИНОВ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Агабабян И.Р., Солеева С.Ш., Джаббарова Н.М., Тошназаров Ш.М.

Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самаркандский медицинский институт

Применение препаратов из группы статинов в настоящее время стало одним из обязательных компонентов лечения и профилактики ИБС. В последние годы доказано, что гиполипидемическая терапия существенно снижает не только риск таких осложнений атеросклероза, как коронарная смерть, инфаркт миокарда, но и общую смертность.

Цель. Оценить роль статинов у больных со стабильной стенокардией.

Материал и методы. Нами было взято 40 больных с диагнозом ИБС, стенокардия напряжения II–III ФК и в базисную терапию был включен статин. При этом женщины составляли 52.5%, а мужчины 47.5%. Из 40 больных, имеющие вредные привычки, составляли 37,5%. Больные с ожирением составляли 30%. Из сопутствующей патологии больше всего больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта – 52.5%, с артериальной гипертензией – 45%, с сердечной недостаточностью – 25%, с заболеванием нервной системы – 22,5%. При анализе лабораторных данных (биохимических показателей) до лечения холестерин (моль/л) – 6.83±0.54, а после лечения 5.21±0.47; ЛПНП (моль/л) до лечения 5.78 ±0.51, после – 3.78±0.47; ЛПВП (моль/л) – до лечения 1.05±0.10, после – 1.43 ±0.14; индекс атерогенности – до лечения 4.69±0.55, после – 2.92±0.84. Из этого видно, что после лечения мертенилом у больных уровень холестерина и ЛПНП достоверно снизился (P<0,05), а уровень ЛПВП наоборот повысился, а индекс атерогенности снизился почти в два раза.

Клинические результаты терапии статином на фоне базисной терапии показали, что число приступов стенокардии после терапии уменьшились. Так, до лечения число приступов было 5,3±0,5, а после лечения – 2,6±0,3 (P<0,05). Таким образом, после лечения достигнуто явное клиническое улучшение течения стенокардии: достоверное снижение частоты приступов.

Выводы. Включение статина в комплексную терапию стенокардии II–III ФК существенно снижает уровень общего холестерина, ЛПНП, ТГ и индекс атерогенности и наоборот повышает уровень ЛПВП. Также достоверно улучшает клиническое состояние больных в виде снижения тяжести и длительности приступов стенокардии.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ

Азимов Ф.Р., Усмонова Н.Ю., Саломова И.С., Норова Г.И., Завкибекова Т.К.

Бухарский филиал РНЦЭМП

В последние годы все больше внедряются инновационные подходы к восстановлению репродуктивной функции у больных с лейомиомой. Эмболизация маточной артерии (ЭМА) – современный способ лечение лейомиомы без хирургической операции. Эффект достигается за счет перекрытия кровотока в узлах миом с помощью специальных эмболов, которые вводятся в артерии матки по тонкой трубочке (катетеру) через бедро.

Цель. Анализ эффективности использования ЭМА при лечении лейомиомы.

Материал и методы. В исследование были включены 18 пациенток репродуктивного и пременопаузального возраста с диагнозом лейомиома, поступивших в отделение неотложной гинекологии Бухарского филиала РНЦЭМП с 2015 по 2019 гг. с запланированной миомэктомией по поводу множественной миомы матки, общим объемом 250–400 см^3. Обследование включало консультации гинеколога и интервенционного радиолога, УЗИ органов малого таза с определением допплеровских показателей кровотока в маточных артериях и их ветвях, сосудах перифиброидного сплетения, биохимические и клинические анализы крови, мазки для определения степени чистоты и флоры, а также исследование для выявления урогенитальной инфекции. Для оценки состояния эндометрия производили аспирацию, при показаниях раздельное диагностическое выскабливание

стенок полости матки. ЭМА выполнялась в условиях рентгеноперационной на ангиографических аппаратах OOEC 98-00 фирмы General Elektrik (США) и Philips Integris Alura фирмы Philips через бедренный доступ. С использованием катетеров Cobra 4–5 F с диаметром кривизны С2; Робертса; Gudkins Riqht. После проведения артериографии проводилась эмболизация частицами поливинилалкоголя (PVA) от 500 до 900 мкм. В дальнейшем все они находились под динамическим наблюдением с регулярным проведением УЗИ, допплерометрии, по данным которых наблюдались клинический эффект и регресс узлов. Расположение миоматозных узлов были у 9 интерстициально-субсерозные, у 3 пациенток интерстициальные с центропетальным ростом. У 8 пациенток сочетание субсерозных и интерстициальных миоматозных узлов и у 3 изолированно субмукозные узлы. Возраст обследованных пациенток колебался от 25 до 52 лет (в среднем 37,8+0,7 года). У 4-х пациенток в анамнезе не имелись роды, у 15 пациенток отмечалось меноиметроррагии с анемизацией и частыми выскабливаниями полости матки. У 11 пациенток отмечался болевой синдром.

С целью оценки эффективности метода оценивался объемный размер миоматозных узлов до и после ЭМА.

Результаты. ЭМА была выполнена у 18 пациенток с лейомиомой. Из них у 16 (82,6%) пациенток с лейомиомой отмечался выраженный болевой синдром, который купировался анальгетиками и нестероидными противовоспалительными средствами, у 3 (17,4%) отмечались кровомажущие выделения из половых путей в течение 8 дней. У 1(8,7%) отмечалось сочетание болевого синдрома с кровомажущими выделениями из половых путей в течение 9 дней. У 9(47,0%) больных отмечалось аменорея, у 2 (13,%) женщин наблюдались либо миолизис, либо экспульсия узлов в матку и их рождение или удаление вагинальным путем в период от 2-х недель до 1-го года после ЭМА. У 1 (8,7%) пациентки отмечено длительное стояние узлов в цервикальном канале. Операция по удалению узла проводилась традиционным способом. Кровотечение возникло у 1(4,3%) пациенток через 2 месяца после эмболизации, что потребовало экстренной госпитализации и проведения трансвагинальной миомэктомии. Ни в одном из этих случаев радикального хирургического вмешательства не потребовалось. Ультразвуковое обследование органов малого таза после миомэктомии продемонстрировало полное восстановление топографии полости матки без каких-либо оперативных вмешательств. После 3 месяцев объем узлов уменьшился на 27,2%, аменорея развилась у 16 (82,6%) пациенток. После 9 месяцев лечения ЭМА у женщин с лейомиомой, у 3-х (13,0%) наступила беременность. В 2-х случаях роды закончились операцией кесарево сечение в сроке 37–38 недель по акушерским показаниям. В одном случае срочными родами. Также не было отмечено значимых изменений показателей свертывающей системы крови.

Заключение. ЭМА может проводиться у пациенток с лейомиомой матки, как альтернативный метод гистерэктомии, а также в любом возрасте пациентки. ЭМА является методом выбора лечения данной патологии.

ЗНАЧИМОСТЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Азимов Ф.Р., Гайбуллаева Г.У., Юнусова Р.Г.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Проблема воспалительных заболеваний женских половых органов на протяжении многих лет остается одной из наиболее актуальных в клинической практике в связи с их высокой частотой, несмотря на имеющиеся успехи в профилактике, диагностике и лечении.

Целью настоящего исследования явилось определить эффективность использования лапароскопии в лечении гнойных воспалительных заболеваний органов малого таза.

Материал и методы. Нами проведено лечение 89 женщин с гнойно-воспалительными заболеваниями органов малого таза (ГВЗОМТ), госпитализированных в отделение неотложной гинекологии БФ РНЦЭМП с 2018–2020 гг. Возраст больных колебался от 18 до 50 лет. Пик заболеваемости приходился на женщин активного репродуктивного возраста (89%). Всем больным было проведено комплексное обследование, которое включало: анамнез, клинико-лабораторное обследование с исследованием мазков и посевов из влагалища и цервикального канала, бимануальное и ректовагинальное исследование, ультразвуковое сканирование и лапароскопию. Основными жалобами при поступлении были тазовые боли, гнойные выделения из половых путей, повышение температуры тела, слабость, озноб. У 2/3 больных выявлялась экстрагенитальная патология. В анамнезе у 18% больных были внутриматочные вмешательства (самопроизвольный выкидыш, мед. аборт), у 30% больных длительное стояние внутриматочной контрацепции, большое число половых партнёров.

Результаты. Оперативное лечение производилось по следующим показаниям: острый гнойный пельвиоперитонит и гнойный двухсторонний сальпингит у 29 пациенток, пиосальпинксы – у 23, тубоовариальные абсцессы – у 24, абсцессы позадиматочного углубления – у 6, осложнения тубоовариальных абсцессов в виде разлитого гнойного перитонита, межкишечных абсцессов – у 7. Выбор доступа и объема хирургического вмешательства определяли с учетом изложенных ниже условий:

1) возраст пациентки; 2) наличие в анамнезе родов; 3) степень деструкции маточных труб и яичников. Выполнены следующие виды операций: односторонняя аднексэктомия – 15, односторонняя аднексэктомия и односторонняя сальпингэктомия – 10, двухсторонняя сальпингэктомия – 2, односторонняя сальпингэктомия – 11, рассечение и санация пиосальпинкса и формирование сальпингостомы – 4, надвлагалищная ампутация матки с придатками – 3, экстирпация матки с придатками – 2 пациенткам. 9 пациенткам были выполнены симультанные операции: ушивание кишечника – 2, аппендэктомия – 2, резекция сальника – 5. Лечебно-санационная лапароскопия – 14. Лапароскопический доступ использован у 62 (69.0%) пациенток репродуктивного возраста. Органосохраняющее лечение было выполнено у 21 пациентки репродуктивного возраста с гнойным сальпингитом и пельвиоперитонитом, а также с пиосальпинксом единственной маточной трубы или абсцессом яичника. Данным пациенткам после проведения лечебно-санационной лапароскопии и дренирования гнойных образований в послеоперационном периоде проводилась динамическая лапароскопия. Во время динамической лапароскопии проводилась оценка течения воспалительного процесса и адекватности проводимых мероприятий. При осложненных формах гнойных процессов в виде разлитого гнойного перитонита, межкишечных абсцессов у 5 пациенток выполнены радикальные операции с удалением матки с пораженными придатками лапаротомическим доступом. После проведенного лечения менструальная функция сохранена у 78 пациенток. Маточная беременность наступила у 27 (34%).

Заключение. Лапароскопический доступ при лечении женщин с ГВЗОМТ позволяет избежать радикальных вмешательств, уменьшая их на 50%, способствует благоприятному течению послеоперационного периода и сохранению менструальной и репродуктивной функций.

СПОСОБ ДРЕНИРОВАНИЯ УРЕТРЫ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА У ДЕТЕЙ

Акилов Х.А., Низомов Ш.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Причинами неудачных исходов хирургического лечения стриктура уретры травматического происхождения, являются неполное удаление рубцово-измененных тканей, неудачное наложение швов на анастомоз, сильное натяжение линии анастомоза в ближайшем послеоперационном периоде, а также неэффективное дренирование уретры.

После тщательной подготовки концов уретры к анастомозу «конец в конец» мочевой пузырь дренировали двухдиаметровой пузырно-уретральной трубкой. Проксимальный конец этой трубки, диаметром 0,5–0,6 см, выводится на надлобковую область, а на уровне Лъетидового треугольника трубки имеются множественные отверстия. От начальной части шейки мочевого пузыря стенка этой трубки утончается (диаметр 0,15–0,18 см) и на нее надевается другой катетер с наружным диаметром 0,4–0,5 см, на стенке которого имеются маленькие множественные дренирующие отверстия. Конец обеих катетеров выводится через наружное отверстие уретры на 5–6 см.

Для промывания места анастомоза антибиотиками и антисептическими растворами служит микрокатетер (диаметр 0,1–0,12 см), нижний конец которого находится ниже шейки мочевого пузыря, а проксимальный конец выводится через цистостомическое отверстие на надлобковую область и надежно фиксируется.

Главным условием использования дренирующего катетера является его свободное расположение в уретре, чтобы никакое напряжения линии анастомоза не было и через микрокатетер продолжается введение растворов антибиотиков. Катетер удаляют на 12–14 день после операции. Этим способом дренирования оперированы 25 детей с травматической стриктурой уретры. В раннем и отдаленном периоде после операции осложнений не наблюдалось.

На основание этих данных можно предварительно заключить, что способ дренирования и промывания зоны анастомоза обеспечивает эффективное дренирование мочевого пузыря, гладкое заживление линии анастомоза, тем самым предотвращает рецидивы стриктуры.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ СТРЕПТОКИНАЗОЙ БОЛЬНЫМ С ЭЛИВАЦИЕЙ ST-СЕГМЕНТА, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДАВНОСТИ ПРОЦЕССА

Алимова А.К., Эрметов А.Т., Карабаев О.В.

Ташкентский областной филиал РНЦЭМП

Неопровержимым является то, что ранняя тромболизисная терапия (ТЛТ) стрептокиназой улучшает результаты выздоровления больных с подъемом сегмента ST. К сожалению, эти больные, как правило, поступают в стационар в сроки более 6 часов. В литературе обсуждается тема проведения ТЛТ в более поздние сроки после приступа. Несмотря на наличие у специализированных бригад 103 ЭКГ аппаратов, дефибриляторов, имеющийся полный набор лекарственных препаратов, в том числе стрептокиназы, на этапе транспортировки в

большинстве случаев не выполняются стандарты оказания медицинской помощи больным острым коронарным синдромом (ОКС), ведущим к трансформации в инфаркт миокарда (ИМ).

Цель. Оценить эффективность применения стрептокиназы в различные сроки возникновения ОКС.

Материал и методы. Нами была изучена эффективность применения ТЛТ с применением стрептокиназы у 21(100%) больного с ОКС в зависимости от сроков госпитализации. В сроки до 6 часов поступило 6 (28,5%) больных, в сроки 6–12 часов 11 (52,4%), в сроки более 12 часов – 4 (19%). Возраст больных составил от 40 до 65 лет. У 8 (38%) больных, на момент поступления, наблюдался кардиогенный шок.

Всем больным вводилась стрептокиназа в стандартной дозировке. Селективного введения не проводилось. Эффективность ТЛТ оценивалась по срокам снижения высоты сегмента ST до изолинии от исходного уровня или трансформацию в ИМ. Больные находились под постоянным кардиомониторированием.

Результаты. Из 6 больных, поступивших в сроки «золотого часа» от момента возникновения ОКС до проведения ТЛТ у 5(83,3%) снижение сегмента ST до изолинии произошло в сроки от нескольких минут до суток. У 1(16,6%) произошла трансформация в ИМ. У этого больного в анамнезе был перенесенный инфаркт. Из 11 больных второй группы лишь у 1(9%) удалось добиться не стойкого, временного, снижения высоты сегмента ST. В последствии у этого больного произошла трансформация элевации сегмента ST в ИМ. У всех больных 3 группы ТЛТ стрептокиназой оказалась не эффективной. Трансформация ОКС в ИМ у этих больных произошла в сроки до 9 часов.

Выводы. Достоверно эффективным является проведение ТЛТ стрептокиназой в сроки до 6 часов с момента возникновения ОКС, по типу «чем раньше, тем лучше». Проведение ТЛТ в более поздние сроки является неэффективным в связи с длительной окклюзией коронарных артерий и образованием очага инфаркта в миокарде. Необходимо наладить тренинги специализированных кардиологических бригад по применению стрептокиназы при ОКС.

КАМНЕОБРАЗОВАНИЕ НА ВНУТРИМАТОЧНЫХ КОНТРАЦЕПТИВАХ, МИГРИРОВАВШИХ В МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ

Аллазов С. А., Гафаров Р.Р., Кодиров С.К., Турсунов О.Б., Махмудов Ш.Б.

Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самаркандский государственный медицинский институт

В структуре причин ятрогенных повреждений мочевых путей гинекологические операции и манипуляции составляют 82%, хирургические и урологические операции – 4%, акушерские вмешательства – 8%, лучевая терапия – 6% (О.Б. Лоран и др., 2000; А.С. Переверзев, 2000). При сохранности целостности мочевых путей и охвате лишь их стенки, не рассасывающимся шовным материалом из-за постоянного сокращения и расслабления стенки этих органов их шовный узел начинает выползать (мигрировать) в сторону полости мочевого пузыря, и только после образования лигатурного камня и нарушения уродинамики клиническая картина становится острой и требует экстренной помощи. В связи с редкостью подобных осложнений и недостаточным освещением их в научной литературе, а также малой осведомленностью практических врачей зачастую они обнаруживаются как находки. Иногда же больные обращаются к врачам с нарушением мочеиспускания (О.Р. Отажонов и др., 2011).

За период с 2015-го по 2018 г. в отделении экстренной урологии Самаркандского филиала РНЦЭМП мы наблюдали 19 женщин, у которых после акушерско-гинекологических операций возникли лигатурные камни мочевого пузыря, осложненные симптомами нижних мочевых путей (СНМП). Последние были госпитализированы и находились под наблюдением в разные сроки от момента проведения операции: 3 – через 1 мес, 5 – через 6 мес, 4 – через 1 год и 7 – через 2 года.

При тщательном сборе анамнеза обнаружены следующие этиологические причины: у 3 женщин произведена ампутация матки, у 8 – экстирпация матки с придатками.

Больные предъявляли жалобы на выраженную дизурию (19), гематурию (12), гнойные выделения из влагалища (4), острую задержку мочеиспускания (8), парадоксальную ишурию (3). Лигатурные камни мочевого пузыря, осложненные СНМП, установлены с помощью ультразвукового исследования, обзорной уроскопии (-графии) и цистоскопии.

Было предпринято экстренное эндоурологическое удаление лигатурного камня путем механической цистолитотрипсии после рассечения лигатуры. Лишь у одной больной из-за больших размеров камня, фиксированного к стенке мочевого пузыря, короткой лигатуры пришлось перейти к открытой операции: эпицистолитотомии с удалением лигатуры. Во время и после нескольких эндоскопических и одной открытой операции по поводу лигатурных камней мочевого пузыря осложнений не наблюдалось.

Следует отметить, что 2 больных обратились повторно через 3 и 7 мес. с явлениями СНМП. При обследовании у них были обнаружены «рецидивы» лигатурных камней. Этим больным выполнены эндоурологическое удаление лигатуры и дробление камня.

Последнее диктует необходимость тщательной эндоскопической ревизии стенки мочевого пузыря при эндоурологическом мероприятии для обнару-

жения дополнительных лигатур, которые на поздних послеоперационных сроках могут оказаться причиной так называемого рецидива лигатурных камней.

В заключение следует указать на усиление внимания для предупреждения охвата стенки мочевого пузыря в шовный узел с одной стороны и внимательного осмотра стенки мочевого пузыря при эндоурологическом удалении лигатурного камня с целью выявления других подобных лигатур.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Алпысбаев Х.Ш., Мирзаев А.Г., Тапилов Э.А.

Республиканский центр детской ортопедии

ДЦП – заболевание с непрогредиентным течением, однако в процессе роста и развития могут образоваться контрактуры суставов, деформации, подвывихи и вывихи в суставах конечностей, которые существенно утяжеляют двигательный статус пациента и снижают реабилитационный потенциал. Патология тазобедренных суставов (ТБС) – одно из наиболее распространенных ортопедических осложнений ДЦП. Согласно публикациям, частота развития подвывиха и вывиха бедра у больных с ДЦП составляет от 30 до 75% в зависимости от тяжести.

Цель. Определить тактику хирургического лечения патологии ТБС у детей, больных ДЦП, с учетом неврологического статуса, двигательной недостаточности, анатомо-функциональных нарушений ТБС.

Материал и методы. В отделении патологии тазобедренного сустава Республиканского центра детской ортопедии прооперировано 54 пациента с ДЦП в возрасте от 5 до 14 лет (30 мальчиков, 24 девочки) с 2016–2020 гг. По форме ДЦП пациенты распределились следующим образом: спастическая диплегия – 42 (77,8%) больных, спастический церебральный паралич (двойная гемиплегия) – 12 (22,2%).

Согласно классификации GMFCS, I класс двигательных функций установлен у 0 (0%) детей, II – у 8 (14,8%), III – у 14 (25,9%), IV – у 20 (37%), V – у 12 (22,3%). Всем пациентам проводилось рентгеновские исследование с учетом возрастных особенностей в двух проекциях: прямой и отведения с внутренней ротацией. Индексирование ТБС производилось с определением показателей ШДУ, степень костного покрытия, угла антеторсии и процента миграции головки тазобедренного сустава. При оценке функции ТБС определяли амплитуду движений и наличие контрактур.

Результаты. Пациентам выполнялись следующие операции: внесуставная межвертельная медиализирующая деторсионно варизирующая остеотомия бедра (ДВО) – 36 операций, открытое вправления вывиха бедра, ДВО – 54 операций, ацетобулопластика по Пембертону – 12, миотомия аддукторов – 8. Пациентам за период наблюдения было выполнено 110 реконструктивных вмешательств. Добавим также, что миотомия подвздошно-поясничной мышцы являлось обязательным компонентом при коррекции вывиха бедра. В раннем послеоперационном периоде использование кокситной или А-образной гипсовой иммобилизации, после снятия гипсовой повязки ребенком занимались сидя, лежа, делали укладку на животе. Во всех случаях после операции отмечали амплитуду отведения бедра более 30°, сгибание – более 80°. Ацетопластика по Пембертону позволяла обеспечить полное покрытие головки бедра вертлужной впадиной даже при значениях ацетабулярного угла более 350. При выполнении ДВО бедра во всех случаях нам удалось устранить патологическую вальгизацию, децентрацию шеек бедра и антеторсию.

К концу года наблюдения у 4 пациентов мы отметили развитие контрактур в других суставах в связи повышением мышечного тонуса, иммобилизационный остеопороз, нарушение ортопедического режима и малоподвижности ребенка. Все больные были GMFSC IV–V уровня тяжести. Анализируя клинические материалы, мы пришли выводу, что наилучшие результаты лечения получены при операции у пациентов с соха valga дошкольного, младшего школьного возраста, I–III уровня GMFCS. Худшие результаты получены при хирургическом лечении вывихов у детей старшего возраста, IV–V уровня GMFCS. Само по себе хирургическое лечение патологии ТБС у детей с ДЦП не гарантирует ходьбу пациента, а только создает предпосылки для возможности ставить пациента на ноги.

Заключение. Состояние ТБС у детей с ДЦП должно контролироваться с раннего возраста, с оценкой динамики развития суставов (наблюдение специалистом и контрольное рентгенографическое исследование). При отрицательной рентгенологической динамике показано хирургическое лечение, основанное на принципах своевременности хирургического вмешательства, адекватности объема оперативного лечения и постоянного контроля. Чем старше пациент и тяжелее степень поражения тазобедренных суставов, тем хуже рентгенологические и клинические результаты. Созданы несколько стандартов обследования детей с ДЦП для своевременной диагностики нестабильности ТБС (в иностранной литературе распространён термин «hip surveillance», означающий «наблюдение за тазобедренным суставом»), представляющий собой комплекс мероприятий, направленных на раннее выявление и своевременное лечение нестабильности ТБС у пациентов ДЦП. Установлено, что в регионах, где внедрена подобная система обследования нестабильность ТБС развивается достоверно реже,

чем в регионах, где профилактические осмотры пациентов не производятся. Неоправданная задержка хирургического лечения патологии тазобедренных суставов обрекает пациентов с ДЦП на колясочный, лежачий образ жизни и ухудшает качества жизни.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ БЕЗ АНТИАСТМАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Атажанова Н.М.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

В настоящее время бронхиальная астма (БА) рассматривается как глобальная медицинская и социальная проблема (Чучалин А.Г., 1997), что связано, прежде всего, с высокой ее распространенностью (Haahtela T. et.al., 1990) хелперами 1-Th1 (Чучалин А.Г., 2005). Ведущую роль в сенсибилизации организма играют инфекционные очаги, находящиеся чаще всего в органах дыхания. Эти же очаги воспаления считаются источниками патологической интерорецепции, которая способствует возникновению патологической рефлекторной дуги, вызывающей приступ удушья, и формированию патологической доминанты бронхиальной астмы в центральной нервной системе.

Материал и методы. Обследованы 36 больных бронхиальной астмой. Среди них мужчин было 14–39%, женщин 22–61%. Возраст больных колебался от 19 до 65 лет. Все больные находились на излечении в стадии обострения заболевания. В РНЦЭМП Хорезмского филиала в отделении Экстренной терапии с 1 января 2018 года по 1 декабря 2019 года.

Результаты. При бронхиальной астме сердечно-сосудистая система закономерно вовлекается в патологический процесс. До блокады у всех больных частота пульса колебалась от 79 до 140 ударов в мин. В пределах нормы она была только у 2 больных. При исследовании артериального давления получены следующие данные: повышенное систолическое давление (155–190 мм рт.ст.) было отмечено у 4 больных, пониженное (80–95 мм рт.ст.) – у 2, диастолическое давление у 3 было повышено (95–110 мм рт.ст.), у остальных – в норме.

После блокады в большинстве случаев одновременно с клиническим улучшением наблюдались положительные сдвиги показателей функции внешнего дыхания и гемодинамики. Частота дыхания у 10 больных нормализовалась. У 6 больных отмечено увеличение ЖЕЛ на 0,3–0,9 л, у остальных – без существенных изменений. Пульс у всех замедлился до 76–105 ударов в 1 мин. А/Д у большинства больных имело тенденцию к повышению до 10–15 мм.рт.ст (преимущественно максимальное), через час после блокады оно доходило до исходного уровня или было ниже на 5–15 мм. рт.ст. Максимальное артериальное давление стало ниже исходного уровня преимущественно у больных гипертонией.

Выводы. Метод надгрудинной претрахеальной блокады более эффективный и легко выполним. Для получения длительного лечебного эффекта необходимы повторные блокады через 1–3 дня в зависимости от состояния больного. Клиническое выздоровление наступает после 3–7 блокад. Оптимальная доза для блокады – 40 мл 0,5% раствора новокаина. Учитывая полиэтиологический характер бронхиальной астмы и сложность ее патогенеза, применение надгрудинной претрахеальной и паратрахеальной новокаиновой блокады рационально в комплексе с другими методами консервативной терапии.

МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Атажанова Н.М.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Нозокомиальная (госпитальная, внутрибольничная) инфекция – это общее состояние организма, которое является следствием ответной реакции на наличие в организме инфекционного агента или его токсина, которой не было до проведения медицинских процедур и поступления пациента в стационар. Инфекцию следует считать нозокомиальной, если между ее проявлением и процедурой, вызвавшей ее, прошло не менее 48 часов.

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

Материал и методы. Нами были проанализированы истории болезни 166 больных, пролеченных в отделении хирургии за период 2016–2018 гг., у которых послеоперационное течение осложнилось нозокомиальной пневмонией. Из 166 больных: 112 (67,5%) – мужчины, 54 (32,4%) – женщины. Возрастной контингент изученных пациентов выглядел следующим образом: <19 лет 14–8,4%, от 20–44 лет 89–53,3%, от 45–64 лет – 40–24%, от 65 и старше 24–14,4% больных.

69 пациентам была произведена ИВЛ во время оперативного вмешательства. 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,

локализующегося 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 подразделялись следующим образом:

– в течение первых 5 дней после операции 90 (54%) пациентов;

– после 6 дней с момента операции и позже 76 (45,9%) пациентов. 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 повышения температуры до 38,6°–39° и выше.

В 6 случаях (3,3%) выраженные симптомы интоксикации (головная боль, вялость) наступили после кратковременного улучшения общего состояния. В 8 (4,6%) случаях отмечались такие симптомы, как безучастность к окружающему, 45 больных (26,9%) отмечали тошноту и рвоту.

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

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

Всем пациентам была выполнена рентгенография органов грудной клетки в задне-передней и боковых проекциях, которая давала возможность установить не только сам факт наличия очаговой инфильтрации легочной ткани (с определения её локализации), но и оценить степень тяжести НП (мультилобарная инфильтрация, быстрое прогрессирование пневмонической инфильтрации).

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

НЕЙТРОФИЛЬНО-ЛИМФОЦИТАРНОЕ ОТНОШЕНИЕ, QSOFA И ПРОКАЛЬЦИТОНИН В ДИАГНОСТИКЕ СЕПСИСА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Афанасьев А.А., Павлюц Н.А., Петрова Т.П.

ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

В литературе последних лет все чаще упоминается нейтрофильно-лимфоцитарное отношение (НЛО) как простой и быстрый в выполнении предиктор сепсиса. Имеющиеся маркеры сепсиса, прокальцитонин и пресепсин, на этот момент уже хорошо изучены, однако их количественное определение это достаточно дорогостоящий процесс, затрудняющий их применение для скрининга сепсиса в условиях потока пациентов в стационарном отделении скорой медицинской помощи (СОСМП). НЛО может быть подсчитано на основании клинического анализа крови и не требует дополнительных затрат и оборудования, что делает его привлекательным методом лабораторного скрининга сепсиса. Шкала qSOFA (quick Sequential Organ Failure Assessment) используется для быстрой оценки полиорганной недостаточности при физикальном осмотре и обладает высокой чувствительностью, но крайне посредственной специфичностью.

Целью работы было ретроспективное определение корреляции между показателями НЛО и прокальцитонина, а также шкалы qSOFA у пациентов с подозрением на сепсис, поступивших в СОСМП ПСПБГМУ им Павлова в 2018 году. Размер выборки составил 36 пациентов, из них 15 – с наличием критериев, позволяющих поставить диагноз сепсис согласно протоколу Сепсис-3.

Результаты. В целом значимой корреляции между показателями в данном наборе данных выявлено не было. Для НЛО и прокальцитонина линейный коэффициент корреляции Пирсона составил

r=0,1332. Для qSOFA и НЛО r=0,0915. НЛО не показало диагностической ценности при скрининге сепсиса: среднее НЛО у пациентов с сепсисом составило 13,26, у пациентов без сепсиса 12,43, (r=0,0494), в отличие от прокальцитонина: у пациентов с сепсисом средний показатель составил 16,49, у пациентов без сепсиса 1,52 (r=0,3812). Оценка по шкале qSOFA имела слабую корреляцию с наличием у пациента сепсиса (r=0,1683).

Выводы. Прокальцитонин доказал свою эффективность в диагностике сепсиса, однако нельзя сказать того же про НЛО. Проведенное исследование показало практически полное отсутствие корреляции между НЛО и наличием септического процесса. Необходимы дальнейшие исследования с большим размером выборки и применением иных статистических методов обработка данных для дальнейшего исследования этой перспективной темы.

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Ахмедов Р.Н., Калимбетов А.Х., Рашидов М.М., Исакулов Ш.Ж.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Острый гестационный пиелонефрит (ОГН) неспецифический воспалительный процесс, возникновению которого способствует сдавление мочеточника растущей маткой, наличие очагов инфекции в организме, гормональные изменения. Он осложняет течение беременности у 6–10% женщин и занимает второе-третье место по частоте среди экстрагенитальной патологии беременных. ОГН может привести к таким серьезным осложнениям, как гнойно-некротическое поражение почки, сепсис, значительно увеличивает риск развития преждевременных родов, выкидыша, внутриутробной гибели плода и других акушерских осложнений. Основным этиологическим фактором инфекции мочевыводящих путей у беременных является E.coli.

С 2018 по 2021 г. в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи были госпитализированы 11 беременных по поводу острого гестационного пиелонефрита. Все женщины находились в раннем репродуктивном возрасте. Из них 6 женщин были первобеременные, 5 – повторнородящие. По нашим данным, у большинства беременных заболевание развилось в 16–28 недель, до 24 недель у 5, после 28 недель у 6. Необходимо отметить, что все женщины имели хронические очаги инфекции.

Применялся следующий алгоритм обследования: клинические анализы крови, мочи, посев мочи на флору и чувствительность ее к антибиотикам, ультразвуковое исследование почек, при необходимости плода, в результате которого у всех женщин был выявлен уретерогидронефроз с нарушением уродинамики, что и послужило поводом для госпитализации. Каждая пациентка осматривалась гинекологом при поступлении и в дальнейшем при наличии показаний.

Всем беременным проводилось стентирование в экстренном порядке. Течение пиелонефрита на фоне стентирования являлось более благоприятным за счет уменьшения внутрилоханочного давления. Это подтверждено лабораторными и клиническими показателями. Всем беременным проводилась антибактериальная терапия в зависимости от результата посева, по согласованию с гинекологом. Во всех случаях на фоне проводимой терапии отмечалась положительная динамика, в результате чего было разрешено пролонгирование беременности. После выписки из стационара пациенткам рекомендовано наблюдение в женской консультации с контролем анализов мочи, УЗИ почек, приемом канефрона 2 таблетки 3 раза в день в течение 10 дней каждого последующего месяца, ЛФК позиционное дренирование. Удаление стента проводилось в послеродовом периоде через 3–4 недели.

Таким образом, стентирование мочеточника при остром гестационном пиелонефрите позволяет обеспечить лучшую по сравнению с чрескожной пункционной нефростомии социальную адаптацию ввиду отсутствия наружного мочевого дренажа, уменьшить вероятность инфицирования мочевых путей.

Своевременная антибактериальная терапия в сочетании с восстановлением адекватного оттока мочи из почки позволяет избежать развития гнойного процесса, влекущего за собой оперативное лечение.

ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МАЛОИНВАЗИВНЫМ МЕТОДОМ ПРИ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКЕ МОЧИ

Ахмедов Р.Н., Калимбетов А.Х., Рашидов М.М., Исакулов Ш.Ж.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Независимо от этиологии задержка мочи может оказать неблагоприятное воздействие на мочевой пузырь и на верхние отделы мочевых путей, равно как и на весь водно-электролитный баланс организма, что требует принятия неотложных мер. Частой причиной ОЗМ является доброкачественная гиперплазия простаты (ДГП), которая относится к числу наиболее распространенных заболеваний мужчин пожилого возраста.

Причины возникновения ОЗМ у больных с ДГП можно условно разделить на несколько групп: механическое препятствие к току мочи увеличенной

предстательной железой, динамическая обструкция, вызванная повышением тонуса гладких мышц простаты, шейки мочевого пузыря и заднего отдела уретры, резкое снижение сократительной способности мочевого пузыря.

Физикальное обследование: (пальцевое ректальное исследование простаты), анализ мочи (после катетеризации мочевого пузыря), оценка функционального состояния почек путем исследования мочевины и креатинина сыворотки крови.

Рекомендуемые методы исследования: визуализация простаты посредством надлобковой и трансректальной ультрасонографии, с определением объема мочевого пузыря, массы простаты, визуализация верхних мочевых путей с использованием ультразвука.

В основу работы положено клинические наблюдения 287 больных с осложненными формами инфравезикальной обструкцией. Возраст больных колебался от 54–80 лет. Средний возраст составил 57,3 года. При сборе анамнеза и осмотре больного уделялось особое внимание на конситуцию, выраженность подкожно-жировой клетчатки, наличие ожирения, грыжи живота, паховой области, послеоперационных рубцов (лапаротомия, грыжесечение, эпицистостомия). Осуществляется ректальный осмотр предстательной железы для диагностирования заболеваний простаты. Всем больным выполнялся анализ крови, время свертываемости крови, определялась мочевина, креатинин, сыворотка крови для выявления хронической почечной недостаточности. Учитывая пожилой возраст больных, осуществлялся осмотр терапевта со снятием ЭКГ. При нейрогенных нарушениях мочеиспускания пациенты осматривались невропатологом. Выполнялась визуализация почек, мочевого пузыря, простаты с использованием аппарата УЗС.

Показаниями к выполнении перкутанной цистостомии являлось:

Осложненная инфравезикальная обструкция (ОЗМ, уретерогидронефроз, обострение хронического пиелонефрита, ХПН). Нейрогенный мочевой пузырь (ОЗМ, ХЗМ, обострение пиелонефрита, уретрит).

Противопоказанием к ПК цистостомии являлись: тучность, ожирение, нарушение свертывающей системы, нестабильная гемодинамика больного, наличие грубых послеоперационных рубцов (лапаротомия, грыжесечение, эпицистостомия).

При клиническом анализе 287 больных, подвергшихся ПК цистостомии, абсолютным показанием к выполнению вмешательств явилась осложненная форма инфравезикальной обструкции и нейрогенного мочевого пузыря. В частности, острая и хроническая задержка мочи, уретерогидронефроз II степени наблюдался у всех 287 больных, обострение пиелонефрита в 74% случаев, хроническая почечная недостаточность выявлена у 26% пациентов. Критерием оценки ОЗМ и ХЗМ явилось наличие свыше 350–500 мл мочи в мочевом пузыре, уретерогидронефроза II степени, расширение полостей почки.

Таким образом, использование лечебно-диагностического алгоритма у больных с осложненной формой инфравезикальной обструкции и нейрогенным мочевым пузырем привело к снижению осложнений при ПК цистостомии, сократило время пребывание больных в стационаре, перкутанная цистостомия выполнялась при наличии эндоурологического инструментария и квалифицированного врача-уролога. ПК цистостомия является малоинвазивным, менее травматичным и не требующим больших медикаментозных затрат оперативным вмещательством у больных с осложненной формой инфравезикальной обструкцией и нейрогенными расстройствами мочеиспускания.

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОЙ УРОПАТИИ В ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

Ахмедов Р.Н., Калимбетов А.Х., Рашидов М.М., Исакулов Ш.Ж.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Проведен ретроспективный анализ 112 больных с мочекаменной болезнью, в возрасте от 20 до 72 лет (средний возраст – 38,4), которые находились в хирургических отделениях Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП), за период январь 2014 – февраль 2019 года. Критерием отбора больных были конкременты, локализованные в верхней, нижней трети и интрамуральном отделе мочеточника. Размер конкрементов варьировал от 0,5 до 1,0 см (в среднем 0,8 см). Показанием к госпитализации были наличия приступов почечной колики, которые не были купированы в приемно-диагностическом отделении РНЦЭМП. Обследования больных производился по лечебно-диагностическому стандарту. Больные были распределены на 2 группы: в первой группе больным была произведена трансуретральная уретероскопия с последующей уретеролитоэкстракцией у 72 (64,2%). После удаления конкремента устанавливался внутренний мочеточниковый катетер – «стент», сроком на 2 недели. В 2(1,9%) случаях попытки к трансуретральному удалению конкремента не увенчались успехом, что потребовало открытого хирургического вмешательства (уретеролитотомия). 38(33,9%) больных вошли во вторую группу, у данной категории больных имели место гнойно-септические осложнения, обусловленные нефролитиазом, что потребовало выполнения перкутанной нефростомии. При камнях средней и нижней трети мочеточника по спо-

собности в течение одной процедуры освободить больного от камня, самым продуктивным считается метод уретерореноскопия с уретеролитоэкстракцией (УРС), эффективность которого составляет около 98–99%.

Анализируя полученные результаты, можно констатировать, что малоинвазивные методы являются высокоэффективными при лечении камней мочевых путей – общая эффективность составляет 98,7%. Операционный и послеоперационный периоды протекали без осложнений. Койко-дни у больных, которым произведены трансуретральная уретероскопия с уретеролитоэкстракцией составил в среднем 3,2 дня.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СУПРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ

Ахмедов Р.Н., Калимбетов А.Х., Рашидов М.М., Исакулов Ш.Ж.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В определении обструкции мочеточника подчеркивается, что острая суправезикальная обструкция термин собирательный и обозначает «любое препятствие, нарушающее пассаж мочи по мочеточнику, любой этиологии и любого характера. Основой лечебных мероприятий при ОСВО является экстренное дренирование верхних мочевых путей, тем или другим существующим способом.

Для сравнительной оценки результатов инструментально эндоскопических исследований (ИЭМ) при лечении ОСВО нами проанализированы данные о выполнении 105 вмешательств, в том числе 57 перкутанных нефростомий (ПК) и 48 ретроградных катетеризаций почек (РКП). Указанные манипуляции выполнены 105 больным, госпитализированным в экстренном порядке. При отнесении ситуации к экстренной учитывали данные анамнеза, клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования. Последние включали ультразвуковое исследование (УЗИ), обзорную и экскреторную уротелескопию, ретро- и антеградную пиелографию. Наличие обструкции верхнего мочевого тракта устанавливалось при расширении мочеточника и/или полостей почки, что определялось УЗИ с дополнением рентгенологическими данными. Аналогичным путем подтверждалось наличие конкрементов верхних мочевых путей. После выполнения деблокирующих манипуляций адекватность дренирования оценивалась по визуально определяемому функционированию мочеточникового катетера или нефростомического дренажа, а также по данным УЗИ. Данные о пациентах распределились следующим образом: в 18 случаях, от общего числа всех попыток РКП, продвижению катетера встретилось непреодолимое препятствие. При 23 попытках РКП препятствие локализовалось непосредственно в устье мочеточника, при 3 – в юкставезикальном отделе, при 14 – в нижней трети мочеточника на расстоянии 10–13 см от устья. Для восстановления оттока мочи у остальных пациентов была выполнена PCN нефростомия. В итоге помещение катетера в мочеточник увенчалось успехом у 31 пациента. Из 31 больного с удачно установленным в мочеточник дренажом у 12 пациентов катетер выпал или сместился, в то время как стойкого купирования неотложной ситуации еще не было достигнуто. Выпадение (смещение) катетера в день манипуляции отмечено у 5 больных, на 2-день – у 3, на 3-день – у 2 и на 4 день – у 2 пациентов. Больных с проходимым мочеточником и достаточно длительным нахождением катетера в мочеточнике в итоге оказалось 19 человек (от всего числа процедур). Однако у 9 из них дренирование было неадекватны. При этом сохранялось расширение коллекторной системы почки (по данным УЗИ), моча по катетеру не выделялась, или отток её не был достаточным.

Заключение. В структуре неотложных угрожающих ситуаций при ОСВО доля изолированных проявлений обструкции несколько преобладает над сочетанными проявлениями. По организационным характеристикам ретроградная катетеризация почек менее сложна и ресурсоемка, по сравнению с перкутанной нефростомией. Однако такие результаты, как успешность установления дренажа, надежность ее фиксации и в целом эффективность манипуляции по устранению неотложной ситуации, свидетельствуют в пользу перкутанной нефростомии, что позволяет считать ее предпочтительной при суправезикальной обструкции.

МАРКЕРЫ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

Ахмедова Д.Ю.

Самаркандский государственный медицинский институт

Тяжелые случаи обструктивных уропатий приводят к инвалидизации пациентов, так как выраженные нарушения уродинамики ведут к резкому снижению или даже утере ренальных функций с формированием терминальной стадии хронической болезни почек. Так, по данным М.С. Игнатовой, в группе детей с III, IV и V стадиями хронической болезни почек среди причин преобладали врожденные заболевания почек.

Материал и методы. Проведен анализ активности воспаления и склерозирования почечной ткани у 110 детей с врожденными обструктивными уропатиями. Из них с врожденным гидронеф-

розом (ВГ) было 50 (45%) детей, с обструктивным мегауретером (ОМУ) 21(19%) больной и рефлюксирующим мегауретером (РМУ) – 39 (36%). В моче определялось содержание следующих веществ: лейкоциты, бактерии, интерлейкин 10 – противовоспалительный цитокин, RANTES – хемокин, фактор некроза опухолей TNF- б – провоспалительный цитокин, трансформирующий факторы роста TGF- в.

Результаты. У детей с врожденными обструктивными уропатиями этиологически значимая бактерурия выявлена у 67,9% больных. Из них у 42,3% была высеяна кишечная палочка – E.coli, у 14,5% – Stafilococcus, у 21,6% – Enterobacter, у 8,7% – Streptococcus, у 4,7% – Citobacter и у 8 больных, которые составили 3,1% был высеян Ps. Aureginosa. Klibsiela обнаружена у 5,1% детей. Наиболее высокий уровень интерлейкина – 10 отмечен у детей с РМУ и ВГ 32,9±3,5 и 25,8±3 пг/мл, соответственно. В группах больных с ОМУ повышение уровня несколько ниже 13,2±2,7 пг/мл, но достоверно различно с нормой 8,1±0, 7 пг/мл. Содержание цитокина TGF-в в моче детей с врожденными обструктивными уропатиями превысило нормальный уровень в среднем в 30 раз (с РМУ и ВГ 35,2 ±6,4 и 35,6±4,2 пг/мл, соответственно), за исключением только больных с ОМУ, у которых уровень был повышен в меньшей степени 8,6±3,2 (норма – 1,25±0,2). Обращает внимание максимально высокий уровень TGF-в у детей с обострением обструктивного пиелонефрита.

Выводы. Основным клиническим проявлением мочевой инфекции, проявляющимся у больных на фоне врожденной обструкции верхних мочевыводящих путей, является лейкоцитурия и бактерурия. У пациентов с признаками хронического обструктивного пиелонефрита бактериальная инфекция была обусловлена в основном микроорганизмами семейства E.coli, Stafilococcus, Enterobacter, Proteus, степень бактериурии – 10^5–10 №I микробных тел в 1 мл мочи. Как видно из приведенных данных, у обследованных детей выявлены избирательные изменения факторов иммунной системы, способных участвовать в патогенезе хронического обструктивного пиелонефрита у детей. Поэтому активация различных факторов воспалительного процесса, миграция клеток иммунной системы и аномальный синтез цитокинов выражается в повышении IL – 10 и TGF-в. Данные показатели иммунного статуса являются ранними и доступными биомаркерами нефросклероза. Изучение их позволит оптимизировать способы лечения данной группы пациентов с позиций современных представлений о патогенезе врожденных обструктивных уропатий, проводить мониторинг и своевременно вносить коррективы в выбранные схемы лечения.

RETROPERITONEOSCOPIC VERSUS OPEN «SIMPLE» NEPHRECTOMIES

Ayubov B.A., Akilov F.A., Mukhtarov Sh.T., Bakhadirkhanov M.M., Nazarov Dj.A., Abdufattaev U.A.

Republican Specialized Scientific Practical medical Center of Urology

Objectives. To compare our 10 year results of retroperitoneoscopic nephrectomies (RPN) with the standard technique of open nephrectomy (ON) due to benign conditions.

Material and Methods. This paper compares retrospectively the clinical results of 1050 RPN and 334 consecutive ON. Both groups were comparable in terms of indication. The analysis of clinical data included operative time, blood loss, dose of analgesic use, postoperative mean visual analogue pain score (at third day) and postoperative hospital stay.

Results. The mean operative time for RPN was 82.3 (13–260) min and for ON 86.9 (60–180) min. The amount of estimated blood loss was 134.4 (10–3000) ml for RPN and 195.81 (25–1000) ml for ON groups, consequently ($p<0.05$). Doses of analgesic medication requirement per patient was 75 (0–225) mg and 304.8 (75–1025) mg of diclofenac for RPN and ON groups respectively. The postoperative hospital stay averaged 2.71 (1–15) days for RPN and 5.60 (2–30) days for ON ($p<0.05$). The visual analogue pain score (VAS) at third postoperative day was 2.8 (2–5) and 5.8 (3–8) for RPN and ON groups respectively ($p<0.05$).

Conclusions. Our results demonstrate an overall clear advantage of a RP approach when compared to open surgery and also reveals distinct benefits of a minimal invasive approach.

ОЦЕНКА ОСЛОЖНЕНИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СЛОЖНОСТИ ПРОЦЕДУРЫ И НАВЫКОВ СПЕЦИАЛИСТА

Аюбов Б.А., Мухтаров Ш.Т., Акилов Ф.А., Мирхамидов Дж.Х., Бахадирханов М.М., Назаров Дж.А., Абдуфаттаев У.А., Имомов Ш.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии

Цель. Изучить эффективность и безопасность применения лапароскопических операций (ЛО) в урологии.

Методы. В период 2010–2020 годы в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре урологии (РСНПМЦУ) выполнено 40 видов лапороскопических (ЛО) и ретроперитонеоскопических операций (РПО), общее количество которых составило 2580 (2369 пациентам). В зависимости от технической сложности их

выполнения и степени операционного риска, в соответствии с Европейской системой баллов (ESS – European Scoring System) для лапароскопических операций в урологии, они были классифицированы и разделены на группы. Также согласно модифицированной классификации Clavien-Dindo (2004 г.) послеоперационные осложнения были проанализированы и разделены на пять классов.

Результаты. Интраоперационные осложнения наблюдались у 96 (4,1%), а послеоперационные у 508 (21,44%) пациентов. Исходя из сложности вмешательства, они были разделены на 6 категорий: простые, слегка трудные, достаточно трудные, трудные, очень трудные и чрезвычайно трудные. Продолжительность операции составляла, в среднем, 98,77±1,06 (диапазон: 10-420) мин. Для оценки послеоперационных осложнений и степени их тяжести, в соответствии с классификацией Clavien-Dindo, пациенты были распределены на группы. При этом больных с I–II степенью тяжести оказались 407 (80,1%), III–V степенью 97 (19,9%). Частота интраоперационных и послеоперационных осложнений зависели от сложности процедуры и снижались по мере накопления опыта хирургами.

Выводы. Преимущество выполнения ЛО в урологии заключается в малоинвазивности процедур, возможности раннего контроля сосудистой ножки почки и в косметическом эффекте. Кроме этого, выполнение ретроперитонеоскопических операций (РПО) также имеет преимущества в виде минимального риска повреждения органов брюшной полости и применения метода в случаях предшествующих абдоминальных операций. ЛО хорошо стандартизированы и допустимы для широкого использования при операциях на почках, надпочечниках, мочеточниках, мочевом пузыре, простате и лимфатических сосудах и узлах забрюшинного пространства.

ИМИТАЦИОННОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ТРЕХУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СУБЪЕКТОВ РФ

Багненко С.Ф., Цебровская Е.А.[1], Теплов В.М.[1], Карпова Е.А.[1], Ихаев А.Б.[2]

[1]ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения РФ, Санкт-Петербург, Российская Федерация,
[2]Государственное бюджетное учреждение «Станция скорой медицинской помощи г. Грозного», г. Грозный, Чеченская Республика, Российская Федерация

В настоящее время проводится реорганизация оказания экстренной медицинской помощи на территории субъектов РФ, согласно принципам трёхуровневой трехуровневой системы оказания медицинской помощи. В результате перераспределения потоков пациентов среди стационаров согласно новому принципу, возникает необходимость в тщательной подготовке как самих стационаров, так и организации транспортно-диспетчерской службы скорой медицинской помощи. Для решения подобного вопроса оптимальным решением представляет собой использование современных программ, позволяющих создать имитационную модель.

Материал и методы. Для моделирования работы субъектов РФ нами использовалась программа FlexSim HealthCare, из серии программ Flexsim, разработанная в 2003 г. Ранее с помощью данного модуля нами была воспроизведена работа СтОСМП ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, по результатам которой были внедрены логические решения в работу отделения. На основании данных за 2018 г., полученных из форм федерального статистического наблюдения №14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» и №30 «Сведения о медицинской организации», были сформированы модели работы медицинских учреждений, оказывающих медицинскую помощь в экстренном порядке на территории Чеченской Республики. Модель позволила провести эксперименты с маршрутизацией потоков пациентов согласно новому принципу трехуровневой системы оказания медицинской помощи по экстренным показаниям.

Результаты. В результате построения модели была оценена маршрутизация потоков пациентов в регионе, оценены настоящие нагрузки на лечебные учреждения, а также рассчитано время эвакуации пациентов до стационара необходимого уровня. Исходя из последнего выбран оптимальный путь транспортировки пациента до необходимого лечебного учреждения. При анализе модели был выявлен пул пациентов, которым была необходима специализированная помощь более высокого уровня, что в свою очередь наложило определенную нагрузку на стационар первого уровня и потребовало дополнительных затрат на перевод на уровень выше. Изменение маршрутизации данных пациентов сразу на уровень выше не привело к значимому увеличению суточной госпитализации на стационары второго уровня, за счет перевода 5% наиболее тяжелых и узкопрофильных пациентов в головной стационар региона. Увеличившаяся нагрузка на стационар 3-го уровня нормализовалась после создания в нем стационарного отделения скорой медицинской помощи

Заключение. С помощью программного обеспечения FlexSim HealthCare можно создавать модели медицинского обеспечения в субъектах РФ. Эксперименты с моделью позволяют рассчитать оптимальное распределение потоков пациентов, оценить и оптимизировать возможную загруженность лечебных учреждений различного уровня при изменении поступающих потоков пациентов.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Бахронов У.Ш., Нурматов Д.С., Нортожиев Ш.Н.

Навоийский филиал РНЦЭМП

Госпитальная летальность от истинного кардиогенного шока (КШ) при инфаркте миокарда сохраняется высокой (до 80%). Эффективность системной тромболитической терапии (ТЛТ) при кардиогенном шоке ставится под сомнение из-за низкого перфузионного давления и опасения высокого риска осложнений. Особенно удручающей остается ситуация при развитии КШ у больных острым коронарным синдромом (ОКС) с S-T элевацией пожилого и старческого возраста.

Цель. Изучить влияние тромболитической терапии на летальность у пожилых больных ОКС с S-T элевацией и кардиогенным шоком.

Материалы и методы. В Навоийском филиале РНЦЭМП в период 2016–2018 годы были обследованы 23 больных ОКС с S-T элевацией и признаками кардиогенного шока: систолическое давление менее 80 мм рт.ст., пульсовое 20 мм рт.ст., олигоурия <30 мл/ч, периферические и общемозговые симптомы кардиогенного шока. Основную массу пациентов составили лица старше 60 лет (88%).

Критериями исключения были. ОКС без ST элевации, мелкоочаговый ИМ, другие формы шока, разрыв миокарда, агональное состояние. Все больные получали лечения по стандарту оказания экстренной медицинской помощи при ОКС и кардиогенном шоке.

Первую группу составили 7 больных возрастом 68,3±0,7 года, получившие системную тромболитическую терапию стептокиназой, во вторую группу вошли 16 больных возрастом 69,1±1,2 года, получившие традиционную терапию ОКС и шока, без тромболитической терапии. Больные обеих групп не различались по возрасту, полу, наличию факторов риска, анамнестическим данным. В 63% случаях кардиогенный шок сопровождался отеком легких.

Результаты. Летальность в первой группе составила 73,4%, что значительно меньше по сравнению с контрольной группой (90%), p=0,001. В подгруппе с эффективным тромболизисом (реканализация подтверждена динамикой ЭКГ) летальность оказалась еще более низкой – 32%. После тромболитической терапии пожилые пациенты быстрее выходили из шока, оказывалось возможное снижение доз и отмена вазопрессоров. Важно отметить также, что при успешном применении ТЛТ среди выписанных больных острая аневризма левого желудочка формировалась намного реже, чем без тромболизиса (p_0,05). Значительно реже к моменту выписки формировалась и хроническая сердечная недостаточность тяжелых функциональных классов. Анализ влияния ТЛТ на летальность среди различных возрастных групп проведен отдельно. Установлено, что применение ТЛТ у больных ОКС с кардиогенным шоком возрастом до 60 лет снижает госпитальную летальность на 39,5% (54,6% против 94,1%; p<0,05), у пациентов 60–74 лет – 15,7% (76,9% против 92,6%, p<0,05). В то же время среди пациентов 75 лет и старше снижение летальности оказалось статистически незначимым (85% против 86%).

Проведение ТЛТ пожилым больным с кардиогенным шоком не сопровождалось значительными осложнениями: в 10% случаев возникло кратковременное усугубление гипотензии, в 5% случаях – малые кровотечения, аллергические реакции составили не более 1% случаев.

Заключение. Проведение ТЛТ пожилым больным ОКС с инстинным кардиогенным шоком позволяет снизить госпитальную летальность с 90% до 73,4%, а в случае реперфузии – до 32%. Применение ТЛТ снижает риск развития острых аневризм левого желудочка и тяжелой хронической сердечной недостаточности у пожилых больных ОКС с S-T элевацией при кардиогенном шоке. Тромболизис у пациентов старших возрастных групп при ОКС, осложненном кардиогенным шоком, не сопровождается ростом осложнений.

ОСТРЫЙ ЭПИДИДИМИТ: ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

Бердибаев Т.М., Кучкаров А.К.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Цель. Определить лечебную тактику больных с неспецифическим острым эпидидимитом.

Введение. Острый эпидидимит – это воспаление придатка яичка преимущественно неспецифического и специфического инфекционного генеза, но он также может развиваться в результате вирусных инфекций, травм, аутоиммунных расстройств и др. Клиническим проявлением острого эпидидимита является острая боль, отек в мошонке и повышение температуры тела.

Материал и методы. В 1-ю городскую клиническую больницу им. Ибн Сино г. Ташкент 2019 году обратились 52 пациента с острым эпидидимитом. Пациенты жаловались на боль, отек в пораженной стороне мошонки, повышение температуры, общую слабость.

Диагностика состояла из тщательно собранного анамнеза, общего осмотра, пальпации мошонки, УЗИ доплерографии мошонки, микроскопии мазка из уретры, анализе мочи по Нечипоренко, общего анализа крови.

Пациенты разделены на три группы. 1-я группа состояла из 15 пациентов, в которую входили па-

циенты, у которых по данным УЗИ отсутствовали гнойные очаги и инфильтраты в придатке яичка. Этим пациентам была назначена антибактериальная терапия (левофлоксацин 500 мг/сут) и НПВС (диклофенак 150 мг/сут). 2-я группа состояла из 14 пациентов, у которых по данным УЗИ также отсутствовали гнойные очаги и инфильтраты. Этим пациентам была назначена антибактериальная терапия (левофлоксацин 500 мг/сут) и НПВС (Анальгин только при повышении температуры и сильных болях). 3-ю группу составили 23 пациента, у которых по данным УЗИ выявлялись гнойные очаги и инфильтраты в придатке яичка. Этим пациентам были назначены антибактериальная терапия (левофлоксацин 500 мг/сут), НПВС (диклофенак 150 мг/сут).

Пациентам всех групп рекомендовали постельный режим и суспензорий.

Результаты. У 10 пациентов 1-ой группы, 7 пациентов 2-ой группы и у 3-х пациентов 3-й группы наступало клиническое улучшение на 3–5 сутки лечения консервативной терапией. У остальных 32 пациентов продолжалось повышения температуры тела, нарастала боль и отек. Этим пациентам на фоне неэффективной консервативной терапии было выполнено оперативное лечение – эпидидимотомия, после которого состояние больных улучшалось.

Выводы. Пациенты с острым эпидидимитом подлежат стационарному лечению. Диклофенак в среднесуточной дозе улучшает результаты лечения. Пациентам с выявленными гнойными очагами по данным УЗИ рекомендуется оперативное лечение, которое заключается: во вскрытии собственной оболочки яички, вскрытии гнойных очагов и произведение насечек на фасциальной оболочке придатка яичка – эпидидимитомий.

ЎТКИР НАФАС ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ЯНГИ КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИ COVID-19ДА НОИНВАЗИВ ЎПКА ВЕНТИЛЯЦИЯСИНИ УЗОҚ МУДДАТ ҚЎЛЛАШНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

Болтаев Э.Б., Гафорова С.У., Холиев С.С.

Бухоро давлат тиббиёт институти, Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали

Материал ва усуллар. Бухоро вилоят кардиология диспансерининг реанимация бўлимида 07.07.2020 йилдан 17.08.2020 йилгача COVID-19 га чалинган ва ўткир нафас етишмовчилиги билан асоратланган 48 та бемор танлаб олинди, улардан 25 нафари эркаклар ва 23 нафари аёллар. Эркаклар ва аёлланинг нисбати 4:3 ни ташкил қилди. Беморлар 38 ёшдан 64 ёшгача эди. (ўртача ёш 49 ёшни ташкил қилди).

Беморларни респиратор терапиянинг кўлланилиш вақтига кўра икки гуруҳга бўлинди. Биринчи гуруҳ 28 нафарни ташкил қилиб уларга COVID-19 нинг ананавий давоси билан бирга ноинвазив ўпка вентиляциясининг доимий мусбат ҳаво йўли босими (Constant Positive Airway Pressure-CPAP) ва икки даражали мусбат ҳаво йўли босими (Bilevel positive airway pressure-BiPAP) режимлари қўлланилди ва бу беморлар ўртача 5±1 кун ноинвазив ўпка вентиляциясида сақланди. Иккинчи гуруҳ 20 нафарни ташкил қилиб уларга COVID-19 нинг ананавий давоси билан бирга ноинвазив ўпка вентиляциясининг доимий мусбат ҳаво йўли босими (Constant Positive Airway Pressure-CPAP) ва икки даражали мусбат ҳаво йўли босими (Bilevel positive airway pressure-BiPAP) режимлари қўлланилди ва бу беморлар ўртача 9±1 кун ноинвазив ўпка вентиляциясида сақланди.

Изланишлар натижасида беморларда ташқи нафас ҳажми, респиратор кўрсаткичлари, нафас олиш сони 5±1 кунга бориб меёрлашди. Биринчи гуруҳ беморлари 5±1 куни ноинвазив ўпка вентиляциясидан Вентура маска орқали оксигенотерапияга ўтказилди, лекин беморлар ўпкаларининг пастки соҳаларида крепитацияловчи хирриллашлар эшитилади. Иккинчи гуруҳ беморлари 9±1 куни ноинвазив ўпка вентиляциясидан Вентура маска орқали оксигенотерапияга ўтказилди, беморлар ўпкалари аускултациясида суст везикуляр нафас эшитилади. Биринчи гуруҳ беморларининг касалхонада даволаниши 17±1 кунни, иккинчи гуруҳ беморларининг касалхонада даволаниши 15±1 кунни ташкил этди.

Хулоса. Бу шуни англатадики, ноинвазив ўпка вентиляциясини беморларда узоқ муддат қўллаш ижобий клиник натижалар беради, марказий гемодинамика кўрсаткичларини яхшилайди, ўпка алвеолаларининг сулфактан ишлаб чиқариш функцияси тикланишига қулай шароит яратади, ўткир респиратор дисстрес синдроми қайталанишини олдини олади, қоннинг газ таркиби ва ташқи нафас олиш кўрсаткичларини меёърлашади. Ноинвазив ўпка вентиляциясини беморларда узоқ муддат қўллаш орқали беморларнинг касалхонада даволаниш кунлари 11,76% гача камайди.

CYPERMETHRIN POISONING – AN UNCOMMON SUICIDAL COMPOUND CASE REPORT

Venkatesh A.N.[1], Basavaradder S.B.[2], Rajanna H.[2]

[1]Apollo Hospital, Karnataka Region, India
[2]Apollo Hospital, Bengaluru, India

Case presentation. A 36 year old female brought to Emergency Room (ER) with complaints of multiple episodes of vomiting, burning sensation in the chest and excessive salivation. Her symptoms had been progressively been getting worse. She also gave history of having consumed a bottle of pesticide – Metacid

about 100 ml to kill herself about two hours before presentation. Her family became aware of this and had brought her to Emergency department for further management. She had history of previous suicidal attempts. Currently she seemed quite and hesitant to interact.

She was noted to have a heart rate of 82 beats/min, blood pressure of 120/70, respiratory rate of 16/min, temp of 98.6. Her pupils were bilaterally 3 mm and reactive. She was noted to have increased oral secretions. Her chest was clear. Rest of examination was unremarkable.

With above history she was diagnosed to have consumed OP poison and was planned to be treated as such. In view on ongoing nausea and vomiting and smell of OP from patient, stomach was with ryle's tube was initiated. As patient was noted to have increased salivation she was also give atropine 0.6mg bolus twice in ER. Up on further discussion with family, they had brought the container from which she had consumed the poison. The container was labeled – Metacid which is a relatively brand name for OP compound methyl parathion. But on reading fully it had mentioned under the name as Cypermethrin. This made us re-think if we are really dealing with OP compound. Patient was stable and was not having in marked features of OP poisoning and with her presenting symptoms settling, we admitted patient to ICU for further observation. We looked up on further management of cypermethrin poisoning and learnt that it was symptomatic management. She continued to stay asymptomatic for next 24 hours in ICU and did not need any further medications. She was reviewed by Psychiatry team and discharged from hospital in stable and symptom Free State.

Conclusion. It is important to go through the chemical contents of ingested substance when dealing with poisoning. The labeling, branding and familiarity may lead to bias and incorrect interpretation of ingested substance and hence can affect the treatment. Thought the presentation with OP and cypermethrin can be similar there are some difference in their management. It is important to try and establish the compound to be able to tailor the care appropriately. This will help avoid atropinisation in cases where they are not needed and limit to symptomatic management. There are some similarities in treatment, like the use of stomach wash. We can use the time of initial treatment being administered to establish the ingested compound. Pralidoxime can be given in undifferentiated cases, as early administration of PAM has beneficial effects in OP poisoning and has not been noted to cause harm by its administration cypermethrin poisoning. It is the use of atropine which need to be monitored. Use of atropine should be stopped on confirmation of cypermethrin poisoning. Current and recent advice is to treat cypermethrin poisoning cases symptomatically.

MANAGEMENT OF HEMOPTYSIS IN EMERGENCY ROOM

Venkatesh A.N.[1], Rajanna H.[2]

[1]Apollo Hospital, Karnataka Region. India
[2]Apollo Hospital, Bengaluru, India

We present a case of 21y old man who had presented to our hospital with hemoptysis and breathing difficulty. 21 year old male presented with history of hemoptysis for past 3–4 days. He had been bringing up 15–20 ml of blood every day. He had presented as it was getting progressively worse. He had history of Pulmonary Tuberculosis (TB) about three years back for which he had completed six months course of anti-TB treatment. He was seen in Emergency department. He was noted to be tachycardic with HR of 130 beats /min with a BP of 110/70 mmhg, his RR was 24 with oxygen saturation of 84% on room air and requiring 8 ltr/min of oxygen to maintain a saturation of 95%. His temperature was noted to be 98F. on examination he was lean built and was noted to have crackles diffusely on right lung fields.

He did not have any high risk features in history for COVID. In view of his presentation he was treated as a high risk of COVID while in ED. He was not on any other medication and not other risk factors for bleeding.

He was having bouts of cough bringing up 15–20 ml of blood with each bout. It was noted an approximalty 150–200 ml of blood loss in 30 mins of his arrival. An intravenous cannula was secured and bloods sent to lab. He was given codeine 45 mg (15 ml of corex-T) as anti-tussive. 1G of Tranaxamic acid was given as slow injection over 15–20 mins. He was also started on ringers lactate 100 ml/hour. His Chest x-ray showed – right upper lobe fibrosis and bilateral diffuse ground glass appearance.

Patient seemed to be settling with his coughing bouts and thus his hemoptysis. But he still had been having bouts of cough and hemoptysis. Hence we prepared for intubation if symptoms continued as he had lost almost about 400 ml of blood in 90 mins. In view of blood loss, blood transfusion was of one unit was started. On discussing with Pulmonology team, they advised CT chest with contrast to evaluate the feasibility of Bronchial artery embolization (BAE). Patient underwent CT scan and was back in ED. While we wait for report and for further plan, we had a young patient with ongoing cough and hemoptysis (much less severe than from arrival) we had run out of further interventions and were waiting for further advice from Pulmonology team.

This made me ask myself is that all we can do in emergency for patients with hemoptysis?

Patient was shifted to ICU waiting further management plan. As the CT reports was available and on review by interventional radiologist patient underwent BAE on the same evening. He continued to maintain his own airway and breathing, was

hemodynamically stable and tolerated procedure well. He continued to have good recovery. He was noted to have HB of 9.9 which had dropped to 7.4 on day two of admission. He had received a further two units of blood transfusion. The next day he underwent a bronchoscopy for evaluation which showed clots in right bronchus which was cleared. No active bleed was noted. His COVID tests were negative. Patient was discharged on day 6 of his admission in a stable condition.

Learning Points:

– The aim of this article is to emphasize on;

– The initial assessment and management of patients with severe hemoptysis in ED

– Further steps which could be undertake in ED to stop or control sever hemoptysis

– Conclusion

Pulmonary haemorrhage, massive pulmonary haemorrhage is not a common presentation ER. But it is one of those case that when presents itself can be very challenging and demanding of ER skills and management. ER have now established their place in resuscitating such patients with initial management with blood and fluids as needed. In this review we learn that there is more ER can offer to such patient that initial stabilisation and can give a better fighting chance for patients with pulmonary haemorrhage at their recovery.

The aim of this article is to emphasize on;

The initial assessment and management of patients with severe hemoptysis in ED

Further steps which could be undertake in ED to stop or control sever hemoptysis.

СОВРЕМЕННЫЕ МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕФРОЛИТИАЗА

Гафаров Р.Р., Гафарова Ш.А., Аллазов И.С.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Уролитиаз является общемировой проблемой, поскольку доля больных уролитиазом составляет в мировой популяции 2–20% (Lopez M., Hoppe B., 2010). Благодаря развитию альтернативных миниинвазивных методик оперативного лечения уролитиаза доля открытых вмешательств (пиело-, нефро-, уретеро-, цистолитотомия) неуклонно уменьшается. В медицинских центрах и клиниках, имеющих оборудование для проведения дистанционной ударно-волной литотрипсии (ДУВЛ), контактной литотрипсии (КЛТ), перкутанной нефролитотрипсии (ПНЛТ), накопивших знания и опыт по хирургическому лечению нефролитиаза, потребность в открытых операциях снизилась до 1–5% (Аляев Ю.Г., 2010).

Первоначально, в 80-е годы XX века среди хирургических методов лечения нефролитиаза в развитых странах мира предпочтение отдавалось ДУВЛ, на втором месте располагалась ПНЛТ и лишь на третьем – традиционные открытые вмешательства. Однако по мере накопления опыта, несмотря на внедрение более эффективных видов формирования ударной волны (электромагнитных, пьезоэлектрических и др.), выявлены существенные ограничения ДУВЛ. Эффективность ДУВЛ напрямую зависит от исходных размеров конкремента, его плотности, с увеличением которых эффективность метода снижается и увеличивается число послеоперационных осложнений (атака пиелонефрита, «каменная дорожка», образование субкапсулярных и паранефральных гематом). В настоящее время определена целесообразность применения ДУВЛ лишь при неосложненном уролитиазе, размерах камня не более 2,0 см с плотностью до 1000 единиц HU (Donaldson J.F. et al., 2015; Рогачиков В.В. и соавт., 2016).

Разработка и конструирование новой эндоурологической техники (Storz, Olympus и др.), создание контактных литотрипторов – электрогидравлического, ультразвукового, лазерного, пневматического, – расширили показания для применения миниивазивных вмешательств при нефролитиазе и, в частности, открыли путь перкутанным методикам (ПНЛТ). ПНЛТ также не лишена недостатков. По данным многочисленных исследований выяснено, что традиционная ПНЛТ (26 Ch) имеет ряд осложнений, которые в 30–80% случаев обусловлены расширением кожно-почечного доступа и внутрипочечными манипуляциями (De La Rosette J. et al., 2011; Ozden E. et al., 2012). Поэтому мини-технологии, разработанные для уменьшения травматичности доступа, уменьшают риски, в основном, геморрагических осложнений, но удлиняют время вмешательств по причине необходимости более мелкой фрагментации камня и длительности их извлечения через тубус малого диаметра.

С целью увеличения эффективности лечения и ускорения периода реабилитации на современном этапе происходит постепенное замещение экстракорпоральных операций и традиционной ПНЛТ мини- и микроперкутанными технологиями. Стремление к миниатюризации процедуры существует уже около 20 лет.

Существующие альтернативные методы миниинвазивного лечения нефролитиаза широко известны. Это – многопортовая ПНЛТ (multitube) – для одномоментного удаления камней; бездренажная (без оставления нефростомы) ПНЛТ (tubeless); ПНЛТ на спине (supine position) – для одновременно использования ретроградных интраренальных методов; мини, ультра-мини, микро ПНЛТ; ранняя повторная нефроскопия (second-look) – для удаления резидуальных камней; комбинированные методы – ПНЛТ+ДУВЛ (sandwitch therapy) – для наиболее полного удаления конкрементов. Миди, мини, ультра-мини, микронефролитотрипсия с исполь-

зованием нефроскопов от 17 Ch до 5 Ch дает возможность разрушать и извлекать камни, несмотря на анатомические сложности. Микротехнологии заключаются в использовании 3-компонентной иглы 4,85 Ch (1,6 мм) с оптической системой 0,9 мм и рабочим каналом, пропускающим лазерный световод 200 мкм и предоставляющие возможность осуществления наиболее мелкой фрагментации камней с возможностью их самостоятельного отхождения, не требующие экстракции или применения ирригационно-аспирационной системы для отмывания (Попов С.В. и соавт., 2018).

Таким образом, будущее в оперативном лечении уролитиаза – за перкутанными технологиями, в которых нет предела совершенству. Технологические новшества могут затрагивать любой аспект литотрипсии, включая минимизацию процедуры, использование сочетанных навигационных и роботизированных технологий, вплоть до полной автоматизации процесса дезинтеграции и экстракции конкремента.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА КСАВРОНА (ЭДАРАВОН) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ

Дадахужаев А.А., Гафурова Ш.Х., Пулатов А.К.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Большое значение в лечении инсультов отводится уменьшению отсроченных нейрональных потерь. Одним из таких направлений является использование медикаментов, уменьшающих объем поражения мозга при ишемических инсультах.

Целью исследования явилось изучение уровня неврологического дефицита при острых ишемических инсультах (ОИИ) и оценка эффективности нейропротекторного препарата ксаврон (эдаравон) при их лечении.

Материал и методы. Обследованы 26 больных с ОИИ. Средний возраст больных (20 мужчин и 6 женщин) составил 51±2,4 года. Тяжесть больных оценивали по клинической шкале NIHSS и Скандинавской шкале. 14 больных с первого дня заболевания получали на фоне традиционной терапии Ксаврон в дозировке 20 мл 2 раза в день внутривенно капельно. В исследование включены больные с близкими по значению первоначальными клиническими баллами, а также получавшие максимально унифицированную базисную терапию.

Результаты. Средний клинический балл при поступлении у всех больных с ОИИ составил 17,37±1,4 балла по шкале NIHSS и 25,25±1,7 балла по Скандинавской шкале. Оценка тяжести и степени неврологического дефицита у обследованных больных с ОИИ, принимавших блакатор ишемического каскада Ксаврон, по клиническим шкалам показало, что уже на третьи сутки заболевания отмечается достоверное улучшение состояния больных (имеется положительный сдвиг по шкале NIHSS на 24,19%, а по Скандинавской шкале на 24,46%). У больных, не принимавших блакатор ишемического каскада Ксаврон, к третьим суткам болезни положительная динамика не имеет статистически значимого характера. Сопоставительный анализ показал, что на десятые сутки болезни положительная тенденция к уменьшению неврологического дефицита статистически значимо выше у больных, получавших Корути. Так, к этому сроку болезни у больных, принимавших Ксаврон, клинический балл по шкале NIHSS уменьшался на 29,51%, а по Скандинавской шкале увеличивался на 24% ($p<0,05$) по сравнению с больными, не леченными НПВС.

Таким образом, проведенное исследование показало, применение блокатора ишемического каскада Ксаврон в острый период ОИИ сопровождается эффективным улучшением клинического течения заболевания.

КИТОБ ТУМАН СУБФИЛИАЛИДА УРОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАР ТАҲЛИЛИ

Дурсунов А.М., Саидов Х.С., Ҳасанов А.Қ., Назаров У.Г., Муҳаммадиев С.М.

РИТОИАТМ, РШТЁИМҚФ Китоб ТТБ субфилиали

Мавзунинг долзарблиги сўнги йилларда урологик касалликларнинг қайси кўринишлари тарқалишини, кўпайганлигини, клиник кўринишларини таҳлил қилган ҳолда замонавий текшириш, даволаш усулларидан кенгроқ фойдаланиши билан боғлиқдир.

Мақсад. РШТЁИМҚФ Китоб ТТБ ШТЁ бўлимида 2018–2020 йилларда даволанган беморларда урологик касалликларни тарқалишини аниқлаш, такқослаш, кўпайганини мониторингини таҳлил қилган ҳолда, кўрсатиладиган ёрдамни тўғри танлаб олиш, тезкор аниқ замонавий текшириш ва даволаш йўлларини йўлга қўйишдир.

Китоб туман Тиббиёт Бирлашмаси Шошилинч Тиббий ёрдам бўлимида 2018–2020 йилларда жами 9732 та бемор мурожаат қилган. Шундан урологик беморлар сони 392 та (4,02%) ташкил этади.

2018 йилда 3269 бемор мурожаат қилган. Булардан 107(3,8%) тасини урологик беморлар ташкил этади. Сийдик тош касалликлари – 25 беморда (23,4%), инфравезикаль обструкция – 12 беморда (11,2%), сийдик йўллари травмаси – 14 беморда (13,8%), сийдик йўллари носпецефик касалликлари – 31,8 бемордан (29%) иборат. Бошқа бўйрак ва сийдик йўллари касалликлари – 20 та (18,7%).

2019 йилда 3530 бемор мурожаат қилган. Булардан 176 (4,9%) тасини урологик беморлар ташкил этади. Сийдик тош касалликлари – 108 беморда (61,5%), инфравезикаль обструкция – 12 беморда

(10,3%), сийдик йўллари носпецефик касалликлари – 12 бемордан(6,7%) иборат. Бошқа бўйрак ва сийдик йўллари касалликлари – 22 та(16,5%).

2020 йилда 2933та бемор мурожаат қилган. Шундан хирургик беморлар 1402 та (47,8%) ташкил этади. Булардан 109(3,7%) тасини урологик беморлар ташкил этади. Сийдик тош касалликлари – 74 беморда (67%), инфравезикаль обструкция – 12 беморда (11%), сийдик йўллари травмаси – 11 беморда (10%), сийдик йўллари носпецефик касалликлари – 6 бемордан (6%) иборат. Бошқа бўйрак ва сийдик йўллари касалликлари – 6 та(6%).

Хулоса. Республика Шошилинч Тиббий Ёрдам Илмий Маркази Қашқадарё вилояти филиали Китоб туман Субфилиалида 2018–2020 йилларда урологик касалликлар таҳлили шуни кўрсатадики, охирги йилларда урологик касалликлар ичида сийдик тош касалликлари, инфравезикал обструкция касалликлари кўпрок учрашини, сийдик йўллари носпецефик касалликлари, сийдик йўллари травмаси касалликлари камайиб борганлигини кўришимиз мумкин. 2020 йилда пандемия сабабли ШТЁБ беморлар мурожаати камайган. Бу беморлар ҳаммаси даволаниб уйига жавоб берилган. Мақсад келгуси йилларда урологик касалликлар прогнози, тиббий материаллар таъминоти, тиббиёт ҳодимлари сони, мутахассислиги, иш графиги, урологик ёрдамга яна қайси замонавий тиббий асбоб ускуналардан кўпроқ фойдаланиш кераклиги шу таҳлилларга асосланган бўлиши кўзда тутилган.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПРИМЕНЕНИЯ НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ В ЛЕЧЕНИИ ХОБЛ

Заманов Ю.Р., Нарзуллаев С.И., Мизамов Ф.О., Мустафакулов И.Б., Парманова Ш.Б., Хидиров М.С.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

ХОБЛ остается актуальной проблемой пульмонологии в связи с неуклонным ростом частоты и сохраняющейся высокой летальностью. ХОБЛ занимает в настоящее время четвертое место в структуре всех причин смерти в мире с прогнозируемым ростом распространенности и смертности в ближайшие десятилетия. ОДН, развившаяся у больных с обострением ХОБЛ, является важным фактором неблагоприятного прогноза заболевания. Кислородотерапия, интубация трахеи и инвазивная вентиляция легких в течение многих лет являются традиционной технологией ведения больных с ОДН в отделениях анестезиологии и реанимации. Однако кислородотерапия с безопасными концентрациями О2 во вдыхаемой смеси зачастую оказывается неэффективной, а интубация трахеи сопровождается рядом осложнений (нозокомиальные пневмонии, синуситы, травмы гортани и трахеи, кровотечения из верхних дыхательных путей и др.), которые вносят существенный вклад в неблагоприятный исход ОДН. Нарушение региональных вентиляционно-перфузионных отношений является характерным признаком ХОЗЛ и также влияет на развитие ДН. Перфузия плохо вентилируемых зон вызывает снижение артериальной оксигенации, напротив, избыточная вентиляция недостаточно перфузируемых зон приводит к росту вентиляции мертвого пространства и нарушению выведения СО2.

Целью настоящего исследования явилось повышение эффективности лечения острой дыхательной недостаточности, развившейся у больных на фоне обострения ХОБЛ, путем применения сеансов неинвазивной вентиляции легких (НВЛ).

В основу работы положены данные о 60 больных с ДН. Из них 30 больных получали лечение с использованием сеансов НВЛ и составили основную группу. Группа сравнения включала 30 больных, у которых применялась традиционная технология респираторной поддержки.

Отмечена положительная динамика клинико-лабораторных показателей ДН у больных с обострением ХОБЛ, получавших НВЛ. Показатели ЧДД и ЧСС уменьшились к 1–2 часу лечения с 34,7±0,5 дыханий/мин до 31,9±0,7 дыханий/мин и со 103,9±2,4 ударов/мин до 92,4±2,3 ударов/мин соответственно. SaO_2 повысилась с 76,5±2,0% до 92,1±0,5% к 1–2 часу лечения.

При обострении ХОБЛ, осложненной ОДН, эффективность НВЛ достигла 76%.

Больные с неэффективностью НВЛ исходно имели более тяжелую степень нарушения сознания по шкале Глазго, отсутствие положительной динамики частоты дыхательных движений, сердечных сокращений, SaO_2, на фоне НВЛ в течение 1–2 часов – 1 суток, потребность в большей фракции кислорода во вдыхаемой смеси. Возникала необходимость в интубации трахеи и проведении инвазивной ИВЛ.

Применение схемы НВЛ в комплексном лечении ДН позволило снизить летальность, потребности в интубации трахеи в 2 раза и среднюю длительность стационарного лечения в 1,2 раза по сравнению с традиционной технологией респираторной поддержки.

Таким образом, применение неинвазивной вентиляции легких в лечении больных с дыхательной недостаточностью способствует:

– уменьшению тахипноэ, тахикардии через 1–2 часа лечения при обострении ХОБЛ;

– нормализации оксигенации артериальной крови при обострении ХОБЛ через 1–2 часа лечения.

– у больных с обострением ХОЗЛ, осложненной ДН, применение схемы последовательной дифференцированной респираторной поддержки способствует снижению летальности, потребности в интубации трахеи, и средней длительности стаци-

онарного лечения на 3,2 койко-дня по сравнению с традиционной технологией респираторной поддержки.

– НВЛ позволяет обеспечить главные задачи респираторной поддержки: улучшение газообмена, разгрузки дыхательной мускулатуры, снижение нарушения дыхания. Улучшается качество жизни пациентов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ РОЗУВАСТАТИНА В ТЕРАПИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Ибрагимов И.С., Агабабян И.Р., Солеева С.Ш., Турдибеков Х.И., Холлиев Р.Х.

Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самаркандский медицинский институт

Болезни сердечно-сосудистой системы, обусловленные атеросклерозом, являются причиной высокой смертности людей. По предварительной оценке, ВОЗ, половину всех смертей «сердечно-сосудистой группы риска» можно предотвратить, используя наиболее эффективные средства профилактики и лечения атеросклероза и нарушений липидного обмена – статины. В настоящее время розувастатин имеет наилучший профиль эффективности и безопасности среди статинов.

Цель. Оценить эффективность и безопасность длительного применения розувастатина в терапии ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал и методы. Нами было взято 54 больных с диагнозом ИБС, стенокардия напряжения II-III ФК и были разделены на 2 группы: 1-я группа получала только базисную терапию (группа сравнения), а 2-я группа наряду с базисной терапией получал розувастатин. При этом в первой группе женщины составляли 46,8%, а мужчины 53,1%. Во второй группе женщины составляли 45,4%, мужчины 54,5%. Больные с ожирением в первой группе составляли 53,1 %, а во второй 40,9%. Из сопутствующей патологии больше всего больных с артериальной гипертензией – 68,7% и 50%, сердечной недостаточностью – 46,9% и 40,9%, с сахарным диабетом 43,7% и 36,4%, с заболеваниями органов дыхания 40,6% и 31,8%, заболеваниями желудочно-кишечного тракта – 31,2% и 27,2%, с заболеванием нервной системы – 25% и 13,6%, с заболеваниями суставов 21,9% и 18,2% соответственно в каждой группе. При анализе лабораторных данных (биохимических показателей) до лечения холестерин (моль/л) – 6,83±0,54, а после лечения 5,21±0,47; ЛПНП (моль/л) до лечения 5,8±0,51, после – 3,78±0,47; ЛПВП (моль/л) – до лечения 1,05±0,10, после – 1,43±0,14; индекс атерогенности – до лечения 4,69±0,55, после – 2,92±0,84. Из этого видно, что после лечения мертенилом у больных уровень холестерина и ЛПНП достоверно снизился (P<0,05), а уровень ЛПВП наоборот повысился, а индекс атерогенности снизился почти в два раза.

Клинические результаты терапии розувастатином на фоне базисной терапии показали, что число приступов стенокардии после терапии уменьшились. Так до лечения число приступов было 5,3±0,5, а после лечения – 2,6±0,3 (P<0,05). Таким образом, после лечения достигнуто явное клиническое улучшение течения стенокардии: достоверное снижение частоты приступов.

Выводы. Включение розувастатина в терапии ИБС стенокардии II–III ФК существенно снижает уровень общего холестерина, ЛПНП, ТГ и индекс атерогенности, и наоборот повышает уровень ЛПВП. Также достоверно улучшает клиническое состояние больных в виде снижения тяжести и длительности приступов стенокардии.

ОСОБЕННОСТИ ЭКСТРЕННОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ МОЗГОВЫХ ИНСУЛЬТАХ

Изюмов Д.П., Изюмова Г.А., Киличев И.А.

Хорезмский филиал ОМПМЦ, Хорезмский филиал РНЦЭМП

Ни одно заболевание не дает такой высокой инвалидизации, как инсульт. Из пациентов, переживших эту сосудистую катастрофу, к труду возвращаются лишь 20%.

Цель. Провести факторный анализ оценки формирования и особенностей нервно-психических расстройств при острых мозговых инсультах в узбекской популяции.

Материал и методы. На основании глубокого клинического исследования 85 больных были разделены на 3 группы: 1 – 58 (68,2%) больных с острым ишемическим инсультом, 2 – 17 (20%) с повторным мозговым инсультом, 3 – 10 (11,8%) с геморрагическим инсультом. Мужчин было 67 (78,8%), женщин – 18 (21,2%). Для изучения формирования невротического состояния было проанализировано 49 признаков, отражающих основную симптоматику нервно-психических расстройств, таких как нарушения аффективной сферы, психической активности, мышления, внимания, памяти, патологической тенденции, нарушения сознания, соматоневрологические признаки болезни.

Результаты. В ходе проведенного многомерного систематического анализа было выделено 10 факторов, охвативших наиболее информативную симптоматику, отражающую формирование невротического состояния. Анализ полученных данных свидетельствует, что у 28 (32,9%) больных наблюдались нестойкие аффективные нарушения, при этом отмечалась отрицательная корреляция высоких факторных нагрузок. За счет углубления

аффективных нарушений у 31 (36,5%) больного возникла тревога и внутреннее напряжение, нарушения психической активности по типу гиперактивности.

У 12 больных (14,1%) на фоне тревожно-депрессивного состояния развились нарушения циркадной функции сон – бодрствование. Эти нарушения не имели высоких факторных нагрузок. Примечательно, что имеющиеся изменения психической активности, соматовегетативные признаки достоверно перекрываются нарастающими эффективными нарушениями ($p<0,0001$).

У 14 больных (16,5%) наблюдались нарушения психической активности с признаками идиаторной заторможенности, с нарушениями всех периодов сна, которые имели высокие факторные нагрузки. Нередко отмечались соматоневрологические признаки – кардиалгия и цефалгия.

Полученные данные свидетельствуют о том, что тщательное изучение клинической картины психоневрологических расстройств позволяют сделать их доступными факторному анализу. При этом закономерным является поэтапное развитие синдромов от моно- к полисимптомности. Характер расстройств отражает переход к полиморфизму: расширяется и углубляется сфера аффективных расстройств, которые значимо коррелируют с нарушениями сна, неудовлетворенностью основных потребностей.

Выводы. Результаты исследования показывают, что последовательность развития психоневрологических расстройств проявляется в определенной клинической закономерности, которая имеет адекватную количественную характеристику. Разработка способов компьютерной алгоритмической диагностики ранних этапов формирования психоневрологических расстройств имеет прогностическое значение в лечении и реабилитации постинсультных больных в экстренной неврологии.

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ В НЕОТЛОЖНОЙ НЕВРОЛОГИИ

Изюмова Г.А., Изюмов Д.П., Маджидова Е.Н., Абдуллаев Х.К., Курбанова Н.Б., Худайбергенов Б.С.

Хорезмский филиал ОМПМЦ, Хорезмский филиал РНЦЭМП

Анализ оказания экстренной медицинской помощи в Хорезмском филиале РНЦЭМП характеризуется ростом 22% экстренно госпитализированных больных. В целях обеспечения своевременности и качества оказываемой экстренной медицинской помощи, а также единства преемственности лечебно-диагностического процесса, организация работы на соответствующих уровнях строится на разработанных лечебно-диагностических стандартах.

Цель. Внедрение в систему неотложной неврологии научно обоснованных принципов организации специализированной экстренной медицинской помощи при критических состояниях.

Материал и методы. В основу настоящего исследования положен анализ нервно-психических расстройств, наблюдавшихся у 148 пострадавших во время и после крупных катастроф (взрыва, пожаров, ДТП), поступивших в Хорезмский филиал РНЦЭМП. Из них мужчин было 71 (47,9%), женщин – 57 (38,5%), детей 20 (13,6%). Для внедрения научно обоснованных принципов использовались следующие критерии: 1 – наличие специализированных бригад скорой медицинской помощи, 2 – анализ всего комплекса спасательных и медицинских мероприятий, 3 – развитие нервно-психических расстройств вследствие внезапно возникшей психотравмирующей ситуации.

Результаты. Тщательная обработка полученных данных дает возможность схематически выделить три периода развития ситуации, в которых наблюдались различные нервно-психические нарушения:

– Острый, характеризующийся внезапно возникшей угрозой собственной жизни и гибели близких.

– Формирование состояний психической дезадаптации, при котором психоэмоциональное напряжение сменяется повышенной утомляемостью и демобилизацией с астенодепрессивными проявлениями.

– Приобретение актуальности психогенно-травмирующих факторов изменением жизненного стереотипа, сложной эмоциональной переработкой ситуации, оценкой собственных переживаний и ощущений.

В остром периоде аффективно-шоковые состояния наблюдались у 88 (59,5%) пострадавших. Во втором периоде у 51 (34,5%) пострадавшего наблюдались полиморфные невротические расстройства с адаптационными реакциями, а у 9 (6%) – пограничные формы психических расстройств с психосоматическими нарушениями. Специальный обобщенный анализ позволяет проследить динамику возникновения и развития нервно-психических расстройств от этапа внезапно развившейся экстремальной ситуации. Создание подразделений (совместно с психологами и парамедиками) с элементами специализированной помощи повысит уровень и значительно улучшит качество экстренной медицинской помощи при критических состояниях. Собственно медицинские и медико-профилактические мероприятия дают возможность совершенствования учетно-отчетных документов

с определением эффективности оказания экстренной медицинской помощи.

Выводы. Таким образом, внедрение научно обоснованных принципов полностью соответствует современным тенденциями организации экстренной медицинской помощи, что позволит достичь наибольшей оперативности и повышения эффективности оказываемой помощи при критических состояниях в неотложной неврологии, а также максимально оптимизировать лечебно-диагностический процесс.

РЕЗУЛЬТАТЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФЕКЦИЮ COVID-19, В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ

Индиаминова Г.Н., Худоярова Д.Р.

Самаркандский Государственный медицинский институт

В настоящий момент по всему миру самой актуальной проблемой является пандемия коронавирусной инфекции COVID-19, вызванной новым вирусным штаммом, называемой острым респираторным синдромом коронавируса 2 (SARSCoV-2), что явилось наиболее серьёзным испытанием для систем здравоохранения большинства стран мира. Многолетние наблюдения показали, что при беременности возникает предрасположенность к респираторным вирусным инфекциям. В связи с физиологическими изменениями в иммунной и сердечно-легочной системах у беременных женщин повышена вероятность тяжёлого течения респираторных вирусных инфекций. Одним из наиболее противоречивых и неизученных аспектов проблемы Covid-19 является течение и исход новой короновирусной инфекции у беременных. Исходя из имеющихся данных о распространенности новой коронавирусной инфекции и зная, что и другие инфекции тяжело протекают и ведут к возникновению ряда осложнений у беременных, можно предположить, что инфекция Covid-19 может протекать по разному в различных популяциях и этнических группах, также на разных территориях одной страны.

Цель. Оценить особенности течения новой коронавирусной инфекции Covid-19 у беременных в Самаркандской области.

Материал и методы. Проведен анализ историй родов 30 беременных женщин, госпитализированных в городской родильный комплекс №1, по поводу инфицирования новой коронавирусной инфекцией Covid-19.

Результаты. Нами было проанализированы истории родов 30 беременных женщин, инфицированных новой коронавирусной инфекцией Covid-19 и госпитализированных в Самаркандский городской родильный комплекс №1 где они получали лечение в стационарных условиях. Из обследованных 30 беременных женщин 12 (40%) были инфицированы новой коронавирусной инфекцией Covid-19 в I триместре беременности, 15 (50%) женщин во II триместре беременности и 3 (10%) беременных перенесли новую коронавирусную инфекцию Covid-19 в III триместре беременности. Из 30 обследованных 4 (13,3%) беременные по симптоматике оценивались как тяжелой степени Covid-19: повышение температуры тела до 39°С, кашель, пневмония лёгких по результатам общих анализов и аускультативным данным. У 18 (60%) беременных женщин наблюдалась клиника Covid-19 средней степени тяжести: повышение температуры тела до 37,5°С, сухой кашель и покраснение горла (фарингит), у 8 (26,7%) из обследованных беременных наблюдалась клиника Covid-19 лёгкой степени: нарушение обанятельной и вкусовой чувствительности и недомагание. Из числа 12 беременных женщин, перенесших Covid-19 в I треместре беременности 2 женщин заболели тяжелой формой новой коронавирусной инфекции и у 1 беременной женщины случился самопроизвольный выкидыш в сроке 10–11 недель, а у второй женщины произошли преждевременные роды в гестационном сроке 24 недели, ребенок умер через несколько часов после родов. Остальные 10 женщин донесли беременность до 37-40 недель и были благоприятно родоразрешены, из них у 1 женщины ребенок родился с внутриутробной пневмонией и на 3-е сутки после родов ребенок умер. Из 18 беременных, перенесших Covid-19 в средне-тяжелой форме 4 беременных были в I триместре беременности, 13 женщин во II триместре и 1 беременная женщина была в III триместре беременности. Из числа беременных женщин, инфицированных новой коронавирусной инфекцией во II триместре беременности, у которых (2 беременные, 6,7%) наблюдалась клиника тяжелой формы Covid-19, произошли преждевременные роды в сроке гестации 24–30 недель. 3 беременные женщины, инфицированных Covid-19 в III триместре беременности, у 1 из них наблюдалась клиника средней степени тяжести и у 2 беременных клиника легкой степени тяжести Covid-19, у них произошли срочные роды без каких-либо серьезных осложнений.

Заключение. Таким образом, анализ историй родов и анамнестических данных 30 беременных женщин, перенесших Covid-19 в различной степени тяжести, показал, что у 1 (3,3%) произошел самопроизволный аборт в сроке 10–11 недель, у 3 (10%) произошли преждевремменые роды в гестационном сроке 24–32 недель, перинатальная смертность наблюдалась в 2 (6,7%) случаях. У 26 (86,7%) женщинах наблюдались срочные роды.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНОВИАЛЬНЫХ СКЛАДОК КОЛЕННОГО СУСТАВА

Ирисметов М.Э., Таджиназаров М.Б., Шамшиметов Д.Ф., Усмонов Ф.М., Холиков А.М., Ражабов К.Н., Рустамов Ф.Р.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии

Патологическая синовиальная складка (ПСС) – рудимент, остаток синовиальной оболочки, которая филогенетически развивается у каждого человека. Она нужна человеку лишь во время его формирования, а после рождения постепенно рассасывается. В некоторых случаях этот процесс носит незавершенный характер и в коленном суставе сохраняется остаток одной из перегородок, например носящей название медиопателлярной складки (МПС).

Цель. Анализ результатов артроскопического лечения пациентов с ПСС КС.

Материал и методы. Нами было изучено 2100 больных, из которых 415 пациентов были прооперированы с ПСС КС, которые поступили в отделение спортивной травмы РСНПМЦТиО в период 2014–2021 гг. Больные были в возрасте от 18 до 62 лет. Число женщин – 175, мужчины – 240. Травмы пациенты получали в основном при нагрузках, тренировках, соревнованиях.

У пациентов, у которых клинические проявления болей были выражены, отмечена значительная гипертрофия медиопателлярной складки. У 53 пациентов отмечены дегенеративные изменения медиального края надколенника.

По нозологиям пациенты были разделены следующим образом: у 110 пациентов ПСС диагностирована в сочетании с повреждением гиалинового хряща, у 75 – с гипертрофией жирового тела Гоффа, у 49 – МПС с синовитом КС.

Данным пациентам артроскопия проводилась после: неэффективности медикаментозного лечения, тщательного сбора анамнеза пациента, досконального исследования и изучения МРТ.

Операции выполнялись преимущественно под спинальной анестезией, в ряде случаев, при наличии медицинских показаний – под эндотрахеальным наркозом.

При артроскопии мы использовали передне-латеральный и передне-медиальный доступы. Через передне-латеральный доступ КС вводится артроскоп, при этом передне-медиальный доступ служит для введения в сустав артроскопического инструментария (щупа, различных кусачек, артроскопических ножниц, шейвера, коагулятора или других необходимых инструментов).

Бесспорно, на сегодняшний день артроскопия КС является достоверным методом диагностики и лечения не только ПСС, но и других патологий КС. Методика позволяет изучить внутрисуставную структуру в физиологических условиях.

Технические аспекты методики артроскопической хирургии ПСС КС, используемой в нашей клинике, предполагают применение стандартного доступа с резекцией, шейверованием и коагуляцией ПСС КС. При этом этап шейверования предусматривает удаление ПСС, включая участки измененной ткани синовиальной оболочки, а коагуляция обеспечивает минимизацию рецидива заболевания.

Результаты. Артроскопическое оперативное лечения оценивалось эффективностью на клинических сроках от 8 недель до 6 месяцев после вмешательства (ближайший результат). При отсутствии жалоб, отрицательных симптомов и больные, которые смогли возвратиться к повседневной жизни, были отнесены к положительному клиническому результату данной патологии.

Артроскопическое лечение ПСС позволяет в оптимальные сроки восстановить функцию КС, вернуть пациентов к привычной деятельности и улучшить качество жизни больных. Стойкие положительные результаты достигают 100% пролеченных больных.

СИЙДИК НАЙИ ПАСТКИ УЧДАН БИР ҚИСМИДА ЖОЙЛАШГАН ТОШЛАР ДАВОСИДА АЛЬФА1А-АДРЕНОБЛОКАТОР «ТАМСУЛОЗИН»НИ ИЖОБИЙ ТАЪСИРИ

Исаков Х.А., Бозоров Ш.Т., Умаров А.Р.

РШТЁИМ Фарғона филиали

Уролитиаз: полиэтиологик хасталик бўлиб, тошнинг минералогик таркибига кўра қуйидаги оксалат, урат, фосфат, цистин, инфекцион ва аралаш турлари мавжуд. Сийдик найининг пастки учдан бир қисми соҳасида жойлашган тошлар беморларда локал ва иррадиатив оғриқ ҳамда дизурия симптомлари билан характерланади. Умуман, сийдик тош касаллиги ва сийдик найининг барча қисмларида жойлашган тошларни аниқлаш мақсадида қуйидаги кам инвазив диагностик текширувлар: УТТ, умумий уроскопия ва урография, МСКТ ва МРТ билан бир қаторда умумий сийдик таҳлили, қоннинг биохимик таҳлили ўтказилиши лозим. Бизнинг РШТЁИМ Фарғона филиали шошилинч III хирургия (урология) бўлимида 2018 ва 2019 йиллар давомида сийдик тош касаллиги, сийдик найининг пастки учдан бир қисмида жойлашган тошлар билан даволанган беморлар сони 704 нафарни ташкил этган бўлиб, улардан анъанавий операция усулида (уретеролитотомия) – 140 нафар беморларда, цистоскопия орқали литоэкстракция усули билан – 10 нафар ва консерватив комплекс даво асосида альфа 1А-адреноблокатор «Тамсулозин» дори воситасини ишлатган ҳолда беморларга даво муолажалари олиб борилган. «Там-

сулозин» дори воситасини ишлатиш давомида 513 та беморларда мустақил равишда структурасига кўра (0,6×0,6), (0,6×0,7), (0,7×0,8), (0,8×1,0), (0,8×0,9), (1,0×1,1), (1,1×1,3) мм ўлчамли бўлган ҳар хил шаклдаги тошларни туширишга эришилди. Мисол тариқасида бўлимимизга 40–45 ёшли 3 нафар аёл ва 26 ёшли эркак сийдик тош касаллиги, ягона ўнг сийдик найи пастки 1/3 қисмига тиқилган тош диагнози билан беморлар мурожаат қилганлар. Текширув, яъни буйрак ва ўнг сийдик найи УТТ ва умумий уроскопия жараёнида ягона ўнг буйракнинг ўнг сийдик найи пастки 1/3 қисмида (0,7×0,6) мм ли тош борлиги аниқланган. Беморга ягона буйрак фаолият кўрсатиб турганлиги ва умумий аҳволини инобатга олиб, тезкор равишда кам инвазив усул бўлган ўнг томонлама перкутан нефростомия амалиёти ўтказилган. Амалиётдан кейинги даврида бемор яллиғланишга қарши препаратлар, инфузион ва литолитик терапия ҳамда альфа 1А-адреноблокатор «Тамсулозин» дори воситалари билан даво муолажалари давом этган. 6-кунда юқорида кўрсатиб ўтилган (0,7×0,6) мм ли тош мустақил равишда тушишига эришилди.

Хулоса. Сийдик тош касаллиги тошни сийдик найида жойлашган ўрни, ўлчами, структурасини инобатга олиб, беморларга яллиғланишга қарши, уролитиклар, спазмолитик, инфузион терапия, антибактериал терапия ҳамда альфа 1А-адреноблокатор «Тамсулозин» дори воситаларини ишлатилиши сийдик найининг пастки 1/3 қисмида жойлашган тошларни қисқа вақт ичида тушиб кетишида ижобий натижа кўрсатади.

БОЛАЛАРДА СОН ЧУРРАСИНИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШДА ИНСТРУМЕНТАЛ ТЕКШИРИШНИНГ АҲАМИЯТИ

Искандаров Э.Р., Окбоев Б.Т., Сагираев Н.Ж.

РШТЁИМ Сурхондарё филиали, Тошкент тиббиёт академияси Термиз филиали

Республика шошилинч тиббий ёрдам маркази Сурхондарё филиалида охирги 3 йил давомида сон чурраси билан 13 та болалар ва усмирлар стационар даволанишда бўлди. Уларнинг орасида 3 (23%) ўғил болалар, 10 (77%) қиз болалар; 7 ёшгача бўлган болалар – 1 (8%)ни, 7–14 ёшдаги болалар – 10 (77%)ни, 14 ёшдан катта болалар 2 (15%) ташкил этди. Сон чурраси клиник манзараси билан 6 соатгача муддат билан 3(23%)та, 6–24 соатгача – 6(46%)та, 24 соатдан сўнг – 4(31%) болалар мурожаат қилишган. Кеч келиши сабаблари бирламчи тиббий курикни оксокланиши. Дифференциал диагностикасида сон чурраси билан фарқлашда консерватив усуллардан қул билан чуррани қорин бушлиғига туғирлаб юбориш, чов лимфа тугунларининг ҳар хил касаликлар сабабли катталаши билан фарқламаслик, сон чурраси хақида маълумотларниниг ва тиббий манзаралрнинг кам учрашидир. Барча мурожаат қилган беморларда стандарт клин-лабаратор ва инструментал текширувлар ўтказилди, ташхислашда КТ, УЗИ текширувлар натижаси асосий курсатгич булди.

Сон чурраси аниқланганда оператив даво буюрилди, фақат битта ҳолатда ота-онаси томонидан рухсат берилмаган, шу сабабли актив консерватив даволашдан фойдаланилди, 8 соатдан кейин беморнинг ахволи огирлашгандан кейин ота-онаси розибиги билан адекват операция килинди.

Асосан барча беморларимиз (13 та) операциядан кейинги давр қониқарли ўтди. Беморлар динамикада 6 ойдан кейин қайта курилганда рецидив холат аниқланмади.

Хулоса. Сон чуррасини ўз вақтида сифатли ташхисланса ва туғри тактика қўлланса даволаш ижобий якунланади, асоратларини камайишига олиб келади.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТИНЪЕКЦИОННЫХ ЛОЖНЫХ АНЕВРИЗМ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У НАРКОМАНОВ

Исмаилов Ж.Т., Усманов Б.С., Насритдинов Ж.А.

Ферганский филиал РНЦЭМП

В мире растет число больных, страдающих наркоманией (Бубнова Н.А. и соавт., 2003; Avrora S. et al, 2001), что представляет серьезную угрозу здоровью населения, экономике страны, а также социальной сфере. С данной проблемой и ее последствиями сталкиваются все клиницисты, в том числе и сосудистые хирурги.

В отделении экстренной сосудистой хирургии и микрохирургии Ферганского филиала РНЦЭМП за истекший период находились на лечении 21 пациент с ложными аневризмами магистральных артерий (ЛАМА), развившимися как осложнение инъекционного способа введения наркотических препаратов. Мужчин было 19 (90,5%), женщин – 2 (9,5%). Возраст больных колебался от 24 до 42 лет.

Причины ЛАМА можно было разделить на три группы:

– Несоблюдение правил асептики при выполнении инъекции (нестерильные инструменты, нестерильный препарат);

– Неправильная техника введения;

– Агрессивное действие на ткань вводимого препарата.

В 4 случаях (19%) были выявлены ЛАМА общей бедренной артерии, в 14 случаях (66,7%) – поверхностной бедренной артерии, в 3 случаях (14,3%) – глубокой бедренной артерии. У больных со сформированными ложными аневризмами бедренных артерий в анамнезе отмечены неоднократные попытки введения препарата в бедренную вену, но в

результате случайной травмы артерии формировалась ложная аневризма с последующим ее инфицированием.

Физикальное исследование позволяло выявить опухолевидное образование в паховой области на стороне поражения различного объема, пульсирующее и болезненное при пальпации. При ультразвуковом ангиосканировании в области образования обнаруживалась полость ложной аневризмы с ритмичным кровотоком и включениями в ней, что подтверждало диагноз.

Все больные в экстренном порядке были оперированы. Интраоперационно у большинства (*n*=15) пациентов обнаружены флегмоны паховой области и бедра, с большим количеством жидкого гноя и инфицированной крови со сгустками. Подкожная, межфасциальная клетчатка и фасции были лизированы. Мышцы были частично некротизированы, серого цвета, отечны. Для уменьшения риска интраоперационного кровотечения магистральные сосуды выделялись проксимальнее и дистальнее очага и брались на турникеты. Все очаги некроза 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. Также перевязывались подвергнутые лизису бедренные вены. Иссекалась образовавшаяся капсула ложной аневризмы. Полость тщательно санировали растворами антисептиков, орошали антибиотиками широкого спектра, устанавливали дренажи по Редону с вакуумной системой. Рану ушивали редкими наводящими швами или вели открыто, рыхло заполняя марлевыми салфетками с мазями на водорастворимой основе.

Перевязка бедренных артерий не приводила к фатальному нарушению кровоснабжения в конечности. Больным назначались антикоагулянты, препараты, улучшающие реологию крови, антибиотики, обезболивающие средства.

Умер 1 больной (4,8%). Причиной смерти был тяжелый ангиогенный сепсис с полиорганной недостаточностью. Выздоровело 12 (57,1%) пациентов. У остальных больных (38,1%) отмечены хронические нарушения кровообращения в конечности различной степени.

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 полости аневризмы.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИМЕРОВ В МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВЫХ РАН

Камилов У.Р., Фаязов А.Д., Саримсаков А.А., Юнусов Х.Э., Уразметова В.У., Убайдуллаева В.У.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Институт химии и физики полимеров АН РУз

Одной из основных проблем современной комбустиологии остается своевременное и быстрое восстановление целостности кожных покровов, утраченных в результате ожоговой травмы. На этом пути исследователи и клиницисты все чаще обращают внимание на субстанции природного происхождения, часть из которых может быть использована с целью стимуляции процессов репаративной регенерации.

На базе РНЦЭМП, совместно с ИХФП АНРУз, проводится экспериментальная работа по изучению эффективности применения полимерной пленки из карбоксиметилцеллюлозы со стабилизированными наночастицами серебра в различных концентрациях (КМЦ-Ag). Объектом исследования являются 75 белых крыс, породы Вистар обоего пола, массой 150–210 гр., разделенных на 5 групп. Экспериментальные исследования выполнялись в соответствии с Хельсинской декларацией Всемирной Медицинской Ассоциации «Международные рекомендации по проведению медико-биологических исследований с использованием животных» (2000 г.) Всем крысам в эксперименте моделировался термический ожог путем прикладывания стеклянной мензурки, наполненной кипятком и находящейся в водяной бане, на депилированную кожу. Диаметр дна мензурки – 3,5 см., экспозиция – 12 секунд. Далее у 60 крыс местное лечения ран проводилась с применением полимерной пленки КМЦ-Ag с содержанием наночастиц серебра в различных (0,00216%, 0,00324%, 0,00432% и 0,00648%) концентрациях. Группой сравнения явились 15 животных, которым в местном лечении была применена мазь Левомеколь. На 8-15 сутки, в зависимости от состояния раны, проводилась некрэктомия.

Для определения эффективности местного лечения часть критериев составляли клинические данные.

В группе крыс с применением в лечении мази Левомеколь в ранний период после травмы отмечалось четкое ограничение зоны некроза с умеренным воспалением у отдельных особей. На 15-сутки в ране отмечался вялый некролиз и краевая эпителизация с небольшими зонами формирования грануляционной ткани. На 30 сутки рана у большинства животных была с четкими границами, на раневой поверхности отмечались вялые грануляции.

В группах крыс с применением в лечении полимерной пленки КМЦ-Ag в ранний период после по-

лучения термического ожога на 7 сутки рана была покрыта сухим струпом с началом его отторжения по периферии. На 15 сутки отмечалось активное формирование грануляционной ткани и эпителизация по типу больших островков. На 30 сутки рана у большинства подопытных животных была полностью эпителизирована, у отдельных крыс сохранялась остаточная зона грануляции небольших размеров.

В группе животных с использованием в местном лечении мази Левомеколь процесс полной эпителизации раны занимал 37,2±0,7 суток, тогда как в группе с использованием полимерной пленки с содержанием наночастиц серебра в различных концентрациях это срок составил 30,2±0,6 суток.

Таким образом, проведенные исследования позволяют сопоставить результаты местного лечения с использованием различных подходов. При использовании мази на водорастворимой основе Левомеколь отмечено более затяжное течение раневого процесса относительно метода лечения с использованием полимерной пленки с наночастицами серебра. Это обусловливает необходимость дальнейших исследований по изучению свойств и эффективность полимерного покрытия в местном лечении ожоговых ран.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНЕКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ ВО ВРЕМЯ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Камолов З., Рахматов У.У., Нуритдинов Ф.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Предстательная железа является органом внешней секреции, функционально связанным с системой гемостаза. Влияние ее на систему гемостаза обусловливает интерес к изучению тромбогеморрагических осложнений, а также их фармакологической коррекции у больных с заболеваниями предстательной железы. Травматичность оперативного вмешательства на ткани железы, повреждение большого количества кровеносных сосудов хорошо васкуляризированного органа может привести к усилению общего и местного фибринолиза. Для профилактики активизации фибринолиза применяется ингибитор фибринолиза – транексамовая кислота. Рекомендуемый режим введения транексамовой кислоты, согласно инструкции по ее применению, у разной категории больных и при различных ситуациях существенно различается. Так, средние рекомендуемые дозы (по 1–1,5 г 2–3 раза/сут) при продолжающемся кровотечении применяют до 10 дней и больше. По данным литературы применялись дозы 10 мг/кг (Kumsar S., 2011), 15 мг/кг (Lavorovski A.G., 2009).

Цель. Изучить влияние транексамовой кислоты в дозе 10 мг/кг на систему фибринолиза у больных, оперированных по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

Материал и методы. Проведено исследование, в котором однократно до операции по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы вводился препарат транексамовой кислоты в дозе 10 мг/кг внутривенно капельно. Средний возраст пациентов составил 67±3 года. Контролировали традиционные коагулологические показатели, количество и агрегацию тромбоцитов. Оценке подвергали пробы крови, стабилизированные цитратом натрия: до введения, после введения до начала анестезиологического и хирургического вмешательства, через 6 часов, на 1-е, на 3-и сутки после однократного введения препарата. Состояние системы фибринолиза контролировали по тесту лизиса эуглобулинового сгустка и уровню Д-димера.

Результаты. Исходное время лизиса составило 559,3±24 сек. В пробе крови, взятой после введения препарата до начала анестезиологического и хирургического вмешательства, время лизиса эуглобулинового сгустка увеличилось в 6 раз и составило 3571,4±197,2 сек (p0,001). К концу 3-х суток сохранялось трехкратное (p0,001 по отношению к исходному) угнетение фибринолиза: время лизиса эуглобулинового сгустка составило 1800,5±152 сек. Достоверных различий по уровню Д-димера при вышеназванном режиме введения транексамовой кислоты не было.

Выводы. Однократное профилактическое введение транексамовой кислоты в дозе 10 мг/кг угнетает систему фибринолиза у больных, оперированных по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы более чем на трое суток.

АНДРОЛОГИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЯИЧКА ПРИ ОСТРЫХ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ

Каримов Р.К., Каримов К.Р.

Бухарский филиал РНЦЭМП

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), около половины бесплодных браков обусловлены мужским бесплодием. Истоки мужского бесплодия почти всегда закладываются в детском и подростковом возрасте. По литературным данным, каждый пятый мальчик имеет проблемы либо их угрозу в области репродуктивного здоровья, что является актуальным.

В отделение хирургии повреждений детского возраста за период 2016–2020 гг. с острыми урогенитальными заболеваниями обратились 1045 больных. Из них 435 (41,6%) с перекрутом гидатида Моргани, 330 (31,5%) перекрутом яичка и 290 (27,7%) орхоэпидидимитом. Возраст обратившихся

от 2 до 18 лет. 252 (24,1%) больных доставлены по скорой помощи, остальные обратились самотеком. 443 (42,3%) ребенка обратились в первый день заболевания, 211 (20%) во второй день и остальные на 3-4 день после начало заболевания.

При постановке диагноза основывались на клинической симптоматике, данные УЗИ. При осмотре перекрученное яичко у детей до 6 лет (210–63,6%) пальпировалось в паховой области и у входа в мошонку, у подростков находилось в мошонке, болезненно. В 152 случаях перекрут гидатида Моргани удалось пальпировать, в остальных случаях из-за болей и отёка мошонки поставлен диагноз до операции ОЗЯ.

На УЗИ определено: отсутствие яичка в мошонке, застой, отсутствие кровообращения на доплерном исследовании. В остальных случаях увеличение размеров яичка, наличие жидкости в мошонке. Структурное изменение яичка обнаружено на 5–6 день после операции. Степень поражения структуры зависела от диагноза и сроков оперативного лечения. Всем детям произведена операция скрототомия, в 10 (0,9%) случаях орхэктомия, 330 (31,5%) больным удаление гидатида Моргани и в остальных случаях эпидидимотомия. В послеоперационном периоде дети получили антибиотики и обезболивающие препараты.

Результаты проведенных операций во всех случаях, кроме пациентов с орхоэктомией, обусловленных перекрутом яичка, были лучшие, заживление ран первичные.

Выводы. Диагностика и выбор тактики оперативного лечения больных с острыми урогенитальными заболеваниями должны быть своевременными, что способствует улучшению андрологического исхода заболевания.

КЛИНИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО МАРКЕРА (Я-ХГЧ) БЕРЕМЕННОСТИ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ТРУБНОГО АБОРТА

Кузибоева М.М., Туранова.Н.М.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Внематочная беременность остается одной из главных причин внутрибрюшного кровотечения у женщин. Достижения современной медицины позволили существенно уменьшить частоту «тяжелых» клинических форм эктопической беременности, главным образом, благодаря совершенствованию методов диагностики этой патологии. Тем не менее, частота внематочных беременностей продолжает неуклонно расти. Сегодня для диагностики внематочной беременности успешно используются высокочастотная трансвагинальная эхография, тестирование Я-субъединицы хорионического гонадотропина в сыворотке крови (Я-ХГЧ), лапароскопия.

Цель. Оценить клиническую и прогностическую значимость биологического маркера (З-ХГЧ) в комплексной диагностике трубной беременности, включающей клиническое исследование, высокочастотную трансвагинальную эхографию в режимах реального времени и цветного допплеровского картирования, а также видеолапароскопию.

Материал и методы. Нами проведен про- и ретроспективный анализ клинической характеристики 60 больных трубной беременностью. Возраст больных этой группы варьировал от 19 до 40 лет и в среднем составил 26,14+0,17 года. У всех больных данной группы диагноз верифицирован гистологическим исследованием макропрепарата (маточная труба, элементы плодного яйца), удаленного в ходе операции (лапароскопия или лапаротомия).

Комплекс диагностических и лечебных мероприятий составили: определение уровня биологических маркеров беременности (Я-ХГЧ) в крови методом иммуноферментного анализа, УЗИ, ТВУЗИ.

Результаты. Ультразвуковая картина прогрессирующей трубной беременности нами зарегистрирована в 6 наблюдениях. При этом форма и размеры маточной трубы варьировали в широких пределах в зависимости от локализации трофобласта и срока гестации. Как показали наши исследования, прогностическая ценность трансвагинальной ультразвуковой диагностики трубной беременности со «стертым клиническим течением (включая результаты «визуального» кульдоцентеза) составляет 84,7%. Под термином «прогностическая ценность» мы подразумеваем как наблюдения завершенного обследования, так и наблюдения, требовавшие применения других методов диагностики. Немаловажным является оценка результатов ТВУЗИ в комплексе с тестированием (Я-ХГЧ в сыворотке крови). Во-первых, при трубном аборте концентрации гормона почти в 80% наблюдений не превышает 1000 Ме/л; во-вторых, при уровне гормона свыше 2000 Ме/л и отсутствии акустических признаков плодного яйца в матке необходимо исключить внематочную беременность даже при отсутствии клиники заболевания. Как правило, такая ситуация считается показанием для диагностической лапароскопии. В целом, трансвагинальную эхографию целесообразно рассматривать не как метод диагностики трубной беременности, а как метод, позволяющий обосновать дальнейший диагностический поиск при подозрении на данное заболевание. В настоящее время одним из наиболее точных биохимических методов ранней диагностики беременности считают определение Я-субъединицы хорионического гормона (Я-ХГЧ) в сыворотке крови. В то же время, интерпретация результатов тестирования Я-ХГЧ при подозрении на внематочную беременность достаточно сложна, поскольку значения гормона, выделяемого эктопическим трофобластом, варьируют в широких пределах – от 15 до

100000 МЕ/л и в 20% наблюдений соответствуют гестационному сроку физиологической беременности. Анализ полученных результатов показал, что для внематочной беременности не существует абсолютных значений уровня Я-ХГЧ (вариации последнего составили 18–10500 мМЕ/мл). Вместе с тем, в большинстве наблюдений внематочных беременностей (88%) его содержание в сыворотке крови не превышало 1600 мМе/мл. Причем с увеличением срока беременности (после 3 недель гестации) уровень гормона в 94,8% наблюдений был достоверно ниже такового физиологической беременности. Значительные колебания содержания гормона вероятнее всего вызвано выраженным многообразием не только клинической картины внематочной беременности (прогрессирующая, нарушенная, длительность течения, механизм прерывания), но и особенностями гормональной активности эктопического трофобласта, в котором продукция Я-ХГЧ может либо снижаться, либо соответствовать срокам гестации.

Вывод. Уровень Я-ХГЧ при внематочной беременности варьирует в достаточно широких пределах – от 18 до 3500 МЕ/л. Тем не менее, в подавляющем большинстве наблюдений (88,4%) концентрация гормона в сыворотке крови больных трубной беременностью не превышает 1400 МЕ/л. Не существует «идеальных» маркеров внематочной беременности. Каждый из них имеет как свои достоинства, так и определенные ограничения. Так, при прерывании беременности ранних сроков достоверных отклонений в синтезе Я-ХГЧ у пациенток с маточной и эктопической локализацией плодного яйца обнаружить не удается. Поэтому в большинстве наблюдений «стертых» клинических форм трубного аборта требуются повторные биохимические исследования, что естественно увеличивает длительность обследования таких больных.

АНЕМИЯ И ГЕСТАЦИОННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ

Кучкаров А.К., Бердибаев Т.М.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Пиелонефрит – самое частое заболевание почек у беременных. Острый пиелонефрит встречается у 12% беременных женщин, чаще при первой беременности, как правило во II-ой половине. Пиелонефрит неблагоприятно влияет на течение беременности и состояние плода. Поздний гестоз присоединяется не менее чем у 40% больных с пиелонефритом. Невынашивание беременности у данной категории встречается в 30% за счет преждевременных родов. Перинатальная смертность составляет 25–50%. Около 12% женщин фертильного возраста страдают ЖДА, а скрытый дефицит железа, являющийся фактически предстадией ЖДА, наблюдается почти у половины женщин фертильного возраста.

Выполнен ретроспективный анализ данных историй болезней пациентов, поступивших в урологическую клинику ГКБ №1 в период с 10.01.2018 по 31.10.2019 гг. За этот период всего поступило 2115 пациентов. Из них изучены данные историй болезни 98 пациентов с диагнозом острый пиелонефрит беременных.

По возрастным категориям 24 (24.7%) беременных были от 18 до 20 лет, 51 (52 %) беременная от 21 до 25 лет, 18 (18,3%) беременных от 26 до 30 лет и 5(5,1%) беременных свыше 30 лет.

Из 98 беременных у 60 (61,2%) были первые роды, у 25 (25,5%) – вторые роды, у 13 (13,26%) – третьи и более роды.

По тяжести анемии у 46 (46,9%) беременных уровень гемоглобина был 91–110 г/л, пребывание этих пациентов в урологическом стационаре составляло 3–5 дней. У 38 (38,7%) беременных уровень гемоглобина был 71–90 г/л, койк-дни этих пациентов 5–10 дней. У 14 (14,28%) беременных уровень гемоглобина был менее 70 г/л, койко-дни этих пациентов 8–15 дней.

Изменение по данным УЗИ: расширение ЧЛС справа наблюдалось у 74 (75,51%) пациентов, расширение ЧЛС слева у 22 (22,44%) пациентов, у 2 (2,04%) пациентов наблюдалось двухсторонняя расширение.

ПК нефростомия выполнена 36 беременным, у этих пациентов уровень гемоглобина был ниже 80г/л. Из 36 беременных, установленных ПК нефростамия, 1-я беременность у 25 беременных, 2-я беременность у 11 беременных.

Выводы. В заключение следует отметить, что анемия значительно отягощает течение гестационного пиелонефрита. Чем ниже уровень гемоглобина, тем клиническая картина у этой категории больных протекает тяжелее, у них чаще наблюдается сепсис, они плохо поддаются консервативному лечению и приходится прибегать к отведению мочи.

ХРОНОБИОЛОГИЯ ЭКСТРЕННЫХ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Мамасалиев Н.С., Мамадиев А.М., Халикова Н.А., Маликов Т.А.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

С целью разработки новых технологий ранней диагностики и прогнозирования экстренных урологических заболеваний (ЭУЗ) изучались хронобиологические особенности формирования острого пиелонефрита (ОП), острого цистита (ОЦ), почечной колики (ПК) и ишурии на фоне доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ИшДГПЖ) в условиях резкоконтинентального климата Ферганской долины.

Материалы и методи. По данным АФ РНЦЭМП проанализированы 1046 случаев ЭУЗ [ОП – 546,

ПК – 221, ОЦ – 60 и ИшДГПЖ – 13], мужчин было 421 (40,2%) и женщин – 625 (59,8%). В возрасте 15–19 лет было 64 (6,1%), 20–29 лет – 210 (20,1%), 30–39 лет – 219 (20,9%), 40-49 лет – 207 (19,8%), 50–59 лет – 119 (11,4%), 60–69 лет и старше – 228 (21,8%) больных. Для диагностики ЭУЗ использованы клинико-инструментальные, биохимические и функциональные методы. Из регионального гидрометеоцентра были выкопированы данные о фактических уровнях метеофакторов (МФ) и градиента потенциала атмосферного электричества, наблюдавшихся в атмосфере г. Андижана в течение трёх лет. Составлены биоклиматограммы региона на каждый месяц года, определялась «ритмичность» (статистически достоверная повторяемость кривых биоклиматограмм) и регистрировались соотношения ЭУЗ в дневное и ночное время суток по месяцам и сезонам в течение года. Учитывалась среднесуточная, максимальная и межсуточная изменчивость каждого метеофактора с характеристикой отмеченных явлений. С использованием методов непараметрической статистики разработаны таблицы прогнозирования и система метеопрофилактики ЭУЗ в соответствии с уровнями колебаний МФ.

Результаты и выводы. Установлено, что ЭУЗ в разные сезоны года выявляются с высокой частотой – весной (40,2%) и зимой (39,4%); с четырёхкратной меньшей распространенностью наблюдаются летом (10,9%) и осенью (9,4%); ч±0,99; p <0,01. ЭУЗ, требующие экстренной госпитализации, с высокой частотой устанавливаются в январе (20,6%), феврале (17,0%) и в марте (19,8%), а с наименьшей частотой регистрируются – в ноябре (1,5%), октябре (2,5%), июне (3,1%) и августе (3,3%). В течение года в разных месяцах ЭУЗ определяется с разницей в частоте – на 19,1% (ч±0,94; p<0,01). Суммарный риск развития ЭУЗ в соответствии с уровнями колебаний атмосферного давления, солнечного сияния, температуры воздуха и относительной влажности воздуха возрастает соответственно – до 39,2% (p<0,01), 24,06% (p<0,05), 15,9% (p<0,05) и 24,94%, то есть порою в более чем 8 раз (p<0,001).

На наш взгляд, эти данные важны как трудовое орудие для ежедневного использования при разработке программ хронопрофилактики, хронотерапии и системы метеопрофилактики ЭУЗ в климатических условиях Андижана.

СТАНДАРТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛУЧЕВОГО НЕРВА

Маматкулов А.Г., Усманов Б.С., Насриддинов Ж.А.

Ферганский филиал РНЦЭМП

В мирное время число травматических невропатий варьирует в пределах от 1,5 до 6% от числа всех травм конечностей (В.П. Берснев, 1987; G. Bonny, 1986), при этом более 60% пострадавших становятся инвалидами II–III группы (H. Kretschmer, 1978). Повреждения лучевого нерва составляют около 13% от общего числа травм периферических нервов (М.И. Мурадов, К.К. Ахметов и соавт., 1998). Основной причиной повреждения нервов верхних конечностей являлись транспортный, бытовой и производственный травматизм (Т.А. Пирожкова, Л.А. Макеева и соавт., 1999), а также огнестрельные ранения (Н.И. Миронович, 1952; M. Cujic, 1996).

Цель. Разработатка лечебных мероприятий при повреждениях лучевого нерва.

В отделении экстренной сосудистой хирургии и микрохирургии ФФРНЦЭПМ пролечено 158 больных с повреждениями лучевого нерва за истекшие 20 лет, из них мужчин было 118 (74,7%), женщин – 40 (25,3%) года. Средний возраст пострадавших составил 32,4.

Открытые повреждения лучевого нерва, полученные при рубленных, колото-резанных и ушиблено-рваных ранах, выявлены – у 94 (59,5%); открытые повреждения нерва, полученные в результате тяжелой раздавленной травмы плеча, – у 26 (16,4%); ятрогенные повреждения, возникшие во время остеосинтеза плечевой кости, – у 9 (5,7%); закрытые повреждения лучевого нерва, возникшие в результате перелома плечевой кости, отмечены у 29 (18,4%) больных. Контузия или сдавление нервного ствола выявлена в 47 (29,7%) случаях, неполное повреждение – в 31 (19,6%), полное повреждение – в 80 (50,7%) случаях.

Изолированная травма лучевого нерва отмечена у 39 (24,6%) больных, у остальных травма нерва сочеталась с переломом плечевой кости, травмой сосудов с повреждением срединного и локтевого нервов. Травмы лучевого нерва при травматических ампутациях верхних конечностей в исследование не включены.

При диагностике повреждений лучевого нерва учитывалась проекция раны, двигательные нарушения кисти, выпадение чувствительности в зоне типичной иннервации, использованы данные электронейромиографии (ЭНМГ).

Для выбора тактики лечения и микрохирургической операции принимались во внимание, характер и уровень повреждения нерва, величина его дефекта, наличие сочетанных повреждений, общее состояние больного. Во время оперативных вмешательств нами проводилась тщательная ревизия раны, маркировка поврежденных анатомических структур с оценкой их жизнеспособности и возможной степени их компенсаторных способностей.

Основными методами хирургического лечения были микрохирургический шов или аутопластика поврежденных нервов свободными аутотрансплантатами с использованием микроскопа.

Наложение прямого эпиневрального шва выполнено у 86 больных, эпипериневрального – у 42, свободную аутопластику нерва с использовани-

ем икроножного или кожных нервов произвели у 22 пострадавших при дефекте нерва. У 8 больных первичный шов нерва был отсрочен по различным причинам (сильное загрязнение раны, тяжелое состояние пострадавшего и др.). Данному контингенту пострадавших операция по восстановлению поврежденного нерва производилась в сроки до 2 мес., после получения травмы.

После операции, всем больным назначались препараты, стимулирующие рост нервных фасцикул, конечность фиксировалась в положении тыльного сгибания кисти. Пациенты получали витамины группы Б, выполнялась лечебная гимнастика, использовали специальную динамическую шину и сеансы физиотерапевтических процедур.

Для восстановления больных при повреждениях лучевого нерва нами внедрена динамическая проволочная шина (рац.предложение №33 от 2 декабря 2009 г.), которая фиксирует кисть, предотвращает отвисание кисти и изометрическое расслабление мышц в денервированной конечности, позволяет вести разработку движений в кистевом суставе.

Оценка результатов производилась по восстановлению функции разгибания кисти и пальцев в сроки от 6 мес. до 2 лет. У 46 (29,1%) больных с полным восстановлением функции кисти и пальцев результаты лечения оценены, как отличные, у 78 (49,4%) – с относительно полным активным разгибанием кисти, результаты оценены, как хорошие, у 22 (13,9%) – с активным разгибанием кисти до нейтрального положения и неполным разгибанием пальцев результаты даны как удовлетворительные, у остальных 12 (7,6%) пострадавших результаты расценены как неудовлетворительные, что обусловлено тяжестью полученной травмы и высоким уровнем повреждения.

Таким образом, наши наблюдения показывают, что ранние микрохирургические операции, консервативная терапия, сеансы физиотерапевтических процедур и использование динамических шин в лечении травматических повреждений лучевого нерва способствуют восстановлению функции поврежденной конечности.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ГИДРОНЕФРОЗА В ЭКСТРЕННОЙ УРОЛОГИИ

Маткаримов У.М., Мамасаидов Ж.Т., Махмудов Н.И.

Ферганский филиал РНЦЭМП, Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Проблема хирургического лечения гидронефроза, при развитом калькулезном пиелонефрите, характеризующимся обструкцией и расширением чашечно-лоханочной системы, а также атрофией паренхимы почек, остается актуальной. Вместе с тем, в зависимости от уровня обструкции калькулезный гидронефроз проявляется в виде гидрокаликоза и гидронефроза. Что требует дифференцированного подхода и особого алгоритма диагностики и лечения.

Целью настоящей работы явилась объективизация выбора метода диагностики и тактики лечения калькулезного гидронефроза.

Материал и методы. К анализу подвергнуты 287 историй болезни больных, выписанных через экстренную урологию, за период 2014–2020 г. Распределение больных по возрасту было: от 15 до 30 лет – 14 (4,8%), от 30 до 40 лет – 89(31,%), от 40–50 лет – 164(57,1%), от 50–60 лет – 75(26,1%), старше 60 лет – 55(19,2%). Женщин было всего 34(11,8%). Из них оперированных по поводу гидронефроза и при МКБ 164 (57,1%). Всем больным применено обшеклиническое, урологическое обследование по стандарту.

Начиная с 2006 года в отделении экстренной урологии использовалась органосохраняющая тактика при гидронефротических трансформациях. Так, при выявлении признаков обструкции произведена временная перекутанная нефростомия с последующим эндоурологическим обследованием с целью ликвидация обструкции. Таким образом, анализируя ближайшие результаты проведенных нами операций, выявлена следующая картина:

– Отличные результаты – 14 больных (14,8)
– Хорошие результаты – 89 больных (31%)
– Удовлетворительные результаты – 56 больных (17,2%)
– Не удовлетворительные – 5 больных (3%).

Отличные результаты установлены на основании отсутствия клинических и рентгенологических признаков гидронефроза. и болевого синдрома при выписке.

В случаях с хорошими результатами: жалоб нет, активны, при лабораторном обследовании имеются умеренные признаки пиелонефрита. Рентгенологические и биохимические показатели без патологии.

Удовлетворительные результаты установлены при выявлении умеренных клинико-биохимических и рентгенологических признаков пиелонефрита и гидронефроза почек.

Анализ случаев с неудовлетворительным исходом показал следующее: в 3 случаях имел место рецидивирующий калькулезный пиелонефрит с явлениями ХПН. В других случаях анализ показал на чисто технические погрешности дифференцированного подхода при амилоидозе почек и выбор тактики лечения данной категории больных.

Таким образом, применение эндоурологических методов диагностики и лечения, а также малоинвазивных органосберагающих методов в урологии, существенно влияет на исход и прогноз течения пиелонефрита.

ВТОРИЧНАЯ КОЖНАЯ ПЛАСТИКА ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОСТРОВКОВЫХ ЛОСКУТОВ

Минаев Т.Р., Низов О.Н., Хакимов А.Б., Давлатов Ж.Х., Суванов Х.Р., Юлдашев М.Ж.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

При закрытии глубоких травматических дефектов кожи и мягких тканей кисти и пальцев, с обнажением и повреждением подлежащих структур чаще всего используют перемещенные островковые лоскуты, а среди них лучевой или так называемый «китайский» лоскут предплечья на реверсированном кровотоке.

Преимуществами островковых лоскутов являются: выполнение операции в один этап и отсутствие необходимости наложения микрососудистых анастомозов. Это облегчает уход за раной, значительно упрощает медикаментозное лечение в послеоперационном периоде, и позволяет начать ранние активные движения в локтевом и плечевом суставах с первых дней после операции, обеспечивая таким образом в отдаленном периоде хороший функциональный результат.

Отрицательные стороны данной методики в том, что операция чаще всего проводится под общим наркозом и длительность её, в зависимости от тяжести повреждения, составляет до 4–5 часов. Кроме того, на месте забора лоскута на предплечье неизбежно образуется кожный дефект, для закрытия которого необходимо использовать свободный аутокожный трансплантат.

Кроме того, если лоскут применялся для закрытия не только дефектов кисти, но и пальцев, в отдаленном послеоперационном периоде появляется необходимость разделения искусственно созданной синдактилии. Это требует повторного оперативного вмешательства, которое должно выполняться грамотно и достаточно щадяще, чтобы не нарушить архитектонику кровоснабжения пересаженного лоскута.

Мы в нашем Центре имеем опыт 5 таких отсроченных операций. Все пациенты были мужчинами в возрасте от 29 до 47 лет. У 4 из них дефекты закрывались лучевыми лоскутами по тыльной стороне кисти и пальцев, у 1 – по ладонной. Повторные операции по разделению искусственной синдактилии между пальцами кисти выполнялись с формированием межпальцевых промежутков перемещенными треугольными лоскутами на ножках, выкроенными из дистального края лучевого лоскута, без использования свободных аутокожных трансплантатов.

Послеоперационное течение было гладким во всех случаях, заживление первичным натяжением без каких-либо трофических расстройств во вторично перемещенных лоскутах.

Выводы. Лучевой или так называемый «китайский» лоскут предплечья на реверсированном кровотоке позволяет закрывать травматические дефекты кожи и мягких тканей кисти и пальцев с обнажением и повреждением подлежащих структур в один этап и без наложения микрососудистых анастомозов. Данный способ, несомненно, требует высокой квалификации хирурга, занимает длительное время, проводится под общим наркозом, обязательно требует для закрытия донорского места на предплечье пересадки свободного аутокожного трансплантата. В случае, если лоскут применялся для закрытия не только дефектов кисти, но и пальцев, требуется повторное оперативное вмешательство для разделения искусственно созданной синдактилии. После полного приживления, дистальный край лучевого лоскута легко может быть использован при разделения синдактилии, для формирования межпальцевых промежутков, без использования свободных аутокожных трансплантатов.

КОММУНИКАЦИОННАЯ СТРАТЕГИЯ ПО РЕАГИРОВАНИЮ НА COVID-19 ДЛЯ ОБЩЕСТВЕННОСТИ И МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Мирварисова Л.Т., Шукуров Б.И., Гулямов Б.Т.

Группа реализации проекта Всемирного банка «Совершенствование служб экстренной медицинской помощи Узбекистана»

Глобальное распространение вируса COVID-19 вызвало перегрузку систем здравоохранения и повсеместную социальную и экономическую дестабилизацию, приостановив общественную и экономическую жизнь. Пандемия выходит за рамки кризиса в области здравоохранения и требует реагирования на уровне общества и государства. Именно согласованные, оперативные действия на всех уровнях позволят добиться успеха в борьбе с вирусом.

Сложившаяся ситуация требует продолжения реализации комплексных, согласованных и скоординированных мер, в рамках которых эффективная Коммуникационная стратегия является неотъемлемой частью, которая может значительно повлиять на действенность реагирования, являясь превентивной мерой общественного здравоохранения.

Разрабатываемая Коммуникационная стратегия по реагированию на COVID-19 для общественности и медицинского персонала представляет собой неотъемлемую часть стратегии обеспечения готовности и реагирования на появление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), а также является ответной мерой общественного здравоохранения на возможные риски увеличения заболеваемости населения Узбекистана.

Общая цель Коммуникационной стратегии по реагированию на COVID-19 для медицинского персонала и общественности состоит в том, чтобы обеспечить соблюдение населением и медицинскими работниками мер по защите здоровья, рекомендованных органами здравоохранения, и принятие моделей защитного поведения, способствующих борьбе с пандемией COVID-19 как на национальном, так и на глобальном уровнях.

Основополагающую важную роль для целей Стратегии играет повышение доверия общества к информации, исходящей из компетентных источников и безусловное принятие рекомендованных моделей поведения в условиях пандемии. Основными факторами, способствующими формированию и укреплению доверия, являются своевременная, точная и прозрачная коммуникация, ее оперативная координация и согласованность, а также релевантные и адаптированные сообщения, основанные на восприятии риска и передаваемые через эффективные каналы коммуникации и пользующиеся влиянием лиц. В основе эффективного реагирования лежит привлечение общественности к борьбе с вирусом и расширение возможностей заинтересованных сторон в сфере поиска и реализации решений.

Предлагаемые Стратегические шаги по осуществлению деятельности по информированию о рисках и взаимодействию с населением в масштабе страны:

Реализация национального плана по информированию о рисках и взаимодействию с населением в связи с коронавирусной инфекцией COVID-19, включая особенности предупредительных мер по обеспечению здоровья населения (применение существующих процедур для пандемии, при их наличии).

Проведение быстрой оценки поведения с целью понимания ключевых целей аудитории, ее восприятия, беспокоящих ее вопросов, лидеров общественного мнения и предпочтительных каналов коммуникации.

Подготовка местных информационных сигналов, направленных конкретно на ключевые заинтересованные стороны или группы, подверженные рискам, и предварительное тестирование таких сигналов в рамках процесса участия.

Выявление групп, пользующихся доверием сообществ (местных лидеров махалли, религиозные лидеры, работники здравоохранения, волонтеры сообществ) и местных сетей (женских групп, молодежных групп, деловых групп, народных целителей и т.д.).

Установление и применение процессов допуска для своевременного распространения информационных сигналов и материалов на государственном языке и использование соответствующих каналов коммуникации.

Взаимодействие с существующими сетями общественного здравоохранения и сетями на базе сообществ, СМИ, местными ННО, школами, местными органами власти и другими секторами, такими как учреждения здравоохранения, сфера образования, бизнеса, туризма, продовольственный/сельскохозяйственный сектор, с помощью последовательно выстроенного механизма коммуникации.

Использование двусторонних «каналов» для обмена информацией внутри сообществ и информацией для общественности, таких как «горячие линии» (текстовые и голосовые), социальные сети с возможностью отклика, такие как U-Report (при наличии) и радиопрограммы, с системами выявления, быстрого реагирования на появление недостоверной информации и противодействия ей.

Установление крупномасштабного взаимодействия с населением для применения подходов, направленных на социальные и поведенческие изменения, с целью обеспечения применения методов медицинской профилактики и гигиены как на уровне сообществ, так и индивидуально, в соответствии с национальными рекомендациями системы здравоохранения по сдерживанию распространения заболеваний.

Систематическое установление механизмов информирования сообществ и получения от них обратной связи, в том числе посредством: мониторинга социальных сетей; проведения исследований общественного мнения, информированности, отношения населения и применяемой практики; и прямого диалога и консультаций.

Обеспечение применения подходов к взаимодействию с населением, разработанных на эмпирической основе и с учетом потребностей, с обеспечением культурной адаптированности и эмпатической составляющей всей деятельности по взаимодействию.

Документирование извлеченных уроков, которые должны учитываться при планировании последующей деятельности по обеспечению готовности и реагированию.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПИЕЛОПЛАСТИКА – НОВЫЙ «ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУР ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА У ВЗРОСЛЫХ

Мухтаров Ш.Т., Акилов Ф.А., Аюбов Б.А., Нуриддинов Х.З., Бахадирханов М.М., Назаров Д.А., Наджмитдинов Я.С., Фозилов А.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии, Ташкентская медицинская академия

Цель. Сравнить и оценить эффективность хирургического лечения больных со стриктурой лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС).

Материал и методы. Были изучены данные 112 больных со стриктурой ЛМС. Из них 68 (60,7%) были мужчинами, 44 (39,3%) женщинами, средний возраст составил 30,4±12 лет. Все больные были распределены на 2 группы: 1 группа – 54 (48,2%) пациента, подвергнутых открытой, и 2 группа – 58 (51,8%), подвергнутых лапароскопической пиелопластике.

Результаты. Объём кровопотери (медиана 100 мл против 20 мл), длина разреза (147,4±18,6 мм против 32,8±3,1 мм), койко-дни после операции (5,2±1,7 дней против 3,1±1,0 дней), дозы примененных нестероидных анальгетиков после операции (311,1±226,0 мг против 145,7±83,7 мг диклофенака натрия; 4111,1±2423,7 мг против 2137,9±1393,0 мг метамизола натрия) при лапароскопическом методе были достоверно ниже (p<0,001), чем при открытой операции, однако время операции при лапароскопическом методе по сравнению с открытой операцией было достоверно больше (86,1±13,4 против 123,1±17,5 минут, p<0,001).

Выводы. Лапароскопическая пиелопластика, как и открытая, является высокоэффективным способом лечения стриктур лохано-мочеточникового сегмента. По сравнению с открытым, лапароскопический способ оказался менее травматичным, в связи с чем следует рекомендовать его как «золотой стандарт» для лечения стриктур ЛМС у взрослых пациентов.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПАРЦИАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ОПУХОЛИ ПОЧКИ

Мухтаров Ш.Т., Акилов Ф.А., Мирхамидов Д.Х., Бахадирханов М.М., Назаров Дж.А., Аюбов Б.А., Уралова Н.Д.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии, Ташкентская медицинская академия

Применение лапароскопической нефронсберегающей хирургии в лечении почечно-клеточного рака в объеме эндовидеохирургического иссечения новообразования в пределах здоровых тканей позволяет максимально сохранять функциональный объем почечной паренхимы, обеспечивать отрицательный хирургический край и минимизировать послеоперационные осложнения.

Цель. Анализ и представление собственного опыта лапароскопической парциальной резекции опухоли почки.

Материал и методы. Лапароскопическая парциальная резекция выполнена 30 больным с опухолью почки.

Результаты. Операции продолжались, в среднем, 149,7±9,0 минуты; время ишемии почки составило 19,2±4,2 минуты; частота интраоперационных и послеоперационных осложнений – по 10% на каждый; длительность пребывания пациентов в стационаре после операции оказалась, в среднем, 4,0±0,2 койко/дня; в 1 случае была необходимость конверсии в открытую операцию. При микроскопическом исследовании удаленной опухоли в 24 (80%) случаях обнаружен почечно-клеточный рак. Хирургический край по результатам гистологического материала был отрицательным в 19 (79,2%) случаях, положительным – в 5 (20,8%). За время динамического наблюдения (от 3 до 72 мес.) у больных признаков местного или отдаленного рецидива не выявлено.

Заключение. Лапароскопическая парциальная резекция представляется эффективным, безопасным и онкологически обоснованным хирургическим методом лечения опухоли почки на стадиях T1-T2.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Насриддинова Г.У., Абдувалиева Ч.М., Нуритдинова Ш.М., Пулатова Д.Н., Назарова С.М.

Андижанский филиал РНЦЭМП

В отделение гинекологии Андижанского филиала РНЦЭМП с 2018–2019 гг. поступили на лечение женщины с внематочной беременностью – 322, с апоплексией – 289, с осложненными кистами яичника – 315. Всем больным выполнено УЗД по показаниям, при этом выявлено наличие свободной жидкости в брюшной полости от 100 мл до 1,5–2 л при внематочной беременности и отсутствие плодного яйца в полости матки. При апоплексии визуализируется разрыв яичника, скопление мелко и среднедисперсионной жидкости в брюшной полости со структурами неправильной формы, повышенной эхогенности – кровяные сгустки. При перекруте кисты на УЗИ в области придатков определяется объемное образование с признаками кисты яичника. Самыми частыми причинами ВБ являются перенесенные операции на придатках, аппендэктомия и воспалительные процессы гениталий. Повторная внематочная беременность имела место в 10,4%.

В отделении экстренной гинекологии нами прооперированы 322 больных с внематочной беременности, все больные госпитализированы по экстренным показаниям. Из них в 125 случаях операции выполнены лапароскопическим методом, апоплексия яичника была диагностирована у 289, из них оперированы лапароскопически – в 86 случаях, у 315 больных были осложненные кисты яичников, в 152 случаях использован лапароскопический метод.

В послеоперационном периоде все больные получали антибиотики, проводилась инфузионная

терапия, со 2 дня при удовлетворительном состоянии больных готовили к выписке. Больные выписывались после лапароскопической операции на 3–4 сутки, после лапаротомии на 5–6 сутки. Осложнений и материнской смертности не было.

Заключение. Лапароскопические методы лечения отличаются минимальной инвазивностью, уменьшением развития послеоперационного спаечного процесса, хорошей переносимостью, короткими сроками пребывания в стационаре и реабилитации. Необходимо проводить после перенесенной апоплексии яичника реабилитационные мероприятия, направленных на регуляцию функции яичников с учетом репродуктивного поведения больных, с целью профилактики рецидивов заболевания и сохранения генеративной функции.

РОЛЬ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ФАКТОРА НА ДЕСТАБИЛИЗАЦИЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Насырова З.А., Ташкенбаева Э.Н., Насирова Д.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Цель. Изучить влияние психосоциального фактора на дестабилизацию ишемической болезни сердца учитывая цитокиновый статус и уровень мочевой кислоты в крови.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 205 больных с НС. В результате исследования преобладал женский пол, т.е. 134 женщины и 71 мужчина в возрасте от 31 до 88 лет. Средний возраст составил 62,3±11,37 года. Артериальная гипертензия встречалась у 157 больных (76,58%), СД – у 41 больного (20%), 43 пациента (20,9%) перенесли ранее ИМ. Для вычисления у данных больных наличия биопсихосоциальных факторов риска использовались: Госпитальная шкала HADS [Козлова С.Н. 2013], а также шкала Спилбергера- Ханина [Психиатрия – Гофман А.Г. 2010], разработанная Спилбергером Ч.Д. и адаптирована Ханиным Ю.Л. Векслера – для оценки когнитивных функций [Психиатрия – Гофман А.Г. 2010].

Опрделение цитокинового статуса в сыворотке производилось с использованием xMAP (17-plex) технологии на анализаторе BioPlex-200 (Bio-Rad, USA). Была оценена концентрация следующих молекул: ИЛ-1в, ИЛ-4, ИЛ-10, TNF-б. Забор крови осуществлялся утром, с 8:00 до 11:00, из локтевой вены, натощак (после 12 ч голодания). Получение сыворотки/плазмы крови проводили путем низкоскоростного центрифугирования при 900 g при температуре +4°C в течение 20 мин. Помимо определения цитокинового статуса определяли и уровень мочевой кислоты на аппарате CYAN Start.

Результаты. Тревожно-депрессивный синдром отмечался у 122 больных (59,5%), из них у 81 (66,4%) больного был высокий уровень МК. Среди пациентов без тревожно-депрессивного синдрома пациентов с повышенным уровнем МК было 25 (30,12%) больных.

При изучении цитокинового статуса показатели провоспалительных цитокинов (IL-1в, TNFб) зашкаливали в обеих группах больных (пациенты с ТДС 73,79–69,26% и пациенты без ТДС 72,1 – 68,95%). Уровень мочевой кислоты в группе больных с тревожно-депрессивным синдромом превышал на 36,28%.

У пациентов с НС с гиперурикемией и без гиперурикемией чаще встречается ситуативная тревожность, что в общем количестве составило 41,96%, в то время как личностная тревожность была равна 9,72%. Далее всем пациентам унифицированным методом определяли липидный спектр: ОХ, ЛПНП, ЛПОНП, ЛПВП, а также ПТИ.

У больных НС в коморбидности с тревожно-депрессивным синдромом показатели ЛПНП, ОХ были выше на 19,5% и 38,2% соответственно, напротив показатели ЛПВП и ПТИ были на 12,1% и 7,0% ниже уровня контроля, что показывает о нарушение липидного метаболизма у больных НС в коморбидности с тревожно-депрессивным синдромом.

Выводы. В связи с высокой, часто непредсказуемой, вариабельностью клинического течения нестабильной стенокардии с учетом уровня мочевой кислоты и тревожно-депрессивного синдрома, досимптомная диагностика маркеров повреждения эндотелия приводит к развитию заболевания, что является одним из наиболее оптимальных подходов ранней диагностике особых групп повышенного риска развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий и прогнозированию возможного характера течения таковых.

ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭКСТРЕННЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Норкузиев Ф.Н., Тожибоев М.П., Даминов Б.Н., Алимов А.К., Абдулахатов М.Х., Пардаев А.Г.

Джизакский филиал РНЦЭМП

Одним из серьезных осложнений у хирургических больных является тромбоз глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК), риск возникновения которого достигает 30% случаев. Наиболее часто тромботические осложнения возникают у пациентов ортопедо-травматологического профиля и после абдоминальных операций. Опасность развития тромбоэмболических осложнений особенно велика у больных старше 45 лет на 7–14 сутки после травмы или операции. Это связано с наличием у хирургических больных всех факторов триады Вирхова, т.к. механические повреждения тканей приводят к

изменению состояния сосудистой стенки, гиперкоагуляции крови, венозному стазу, усиливающемуся вследствие длительной послеоперационной гипокинезии.

Цель. Оценка эффективности применяемого в клинике комплекса мероприятий по профилактике послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений у больных с ургентными заболеваниями органов брюшной полости.

Материал и методы. В отделении экстренной хирургии Джизакского филиала РНЦЭМП с 2018 г. применяется протокол комплексной профилактики флеботромбозов и ТЭЛА, эффективность которого изучена у 75 больных, оперированных широким лапаротомным доступом по поводу острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Мужчин было 30 (40,0%), женщин – (60,0%). Средний возраст пациентов, включённых в исследование, составил 44,5 года с диапазоном от 28 до 75.

Программа профилактики венозных тромбозов включала: эластичное бинтование нижних конечностей; применении антикоагулянта прямого действия – гепарина в дозе по 5000 ЕД подкожно непосредственно перед экстренной операцией и каждые 12 часов после операции в течение 4–5 дней, общестимулирующую и дыхательную гимнастику в постели; движения в голеностопных, коленных и тазобедренных суставах, подтягивание пяток к ягодицам, активное трение стопой одной ноги голени и бедра другой каждые 30–40 мин; раннее послеоперационное восстановление активности пациентов, лечебную физкультуру; умеренную гемодилюцию – Ht-30%. Перед началом введения гепарина определяем количество тромбоцитов и гемоглобина, величину гематокрита, показателей коагулограммы.

Результаты. На фоне проводимого комплекса мер профилактики тромбоэмболических осложнений показатели коагулограммы указывали на стабильное сохранение нормокоагуляции и некоторое увеличение фибринолитической активности крови.

Нефатальный флеботромбоз после операции отмечен у 3 (4,0%) больных, в том числе восходящий варикотромбофлебит большой подкожной вены – у 2 (2,7%), илеофеморальный тромбоз – у 1 (1,3%). Оба пациента с восходящим варикотромбофлебитом были подвергнуты операции – кроссэктомии с целью хирургической профилактики тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). Анализ причин этого осложнения показал, что применение эластичных бинтов с недостаточной шириной, особенно у тучных больных с конусовидной формой нижней конечности, может привести к развитию «эффекта жгута», который замедляет опорожнение соответствующего сегмента вены и травмирует ее. С учетом этого обстоятельства за последний год мы начали использовать преимущественно компрессионные чулки отечественного производства, на фоне применения которых мы пока еще не отмечали флеботромбозы в системе нижней полой вены.

Фатальная ТЭЛА констатирована у 1 (1,3%) пациентки 58 лет, оперированной по поводу ущемленной гигантской послеоперационной вентральной грыжи.

Таким образом, профилактика послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений у больных с ургентной абдоминальной патологией должна носить комплексный характер. Обязательным компонентом такой профилактики должно стать периоперационное применение прямых антикоагулянтов и компрессионного трикотажа.

ЗНАЧЕНИЕ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ ПОРАЖЕНИЙ ЛЁГКИХ У БОЛЬНЫХ COVID-19

Рахимов Ф.Х., Дадамьянц Н.Г.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Предыдущий год прошёл под знаком пандемии COVID-19, начало которой было положено вспышкой атипичной пневмонии в конце декабря 2019 года у жителей города Ухань провинции Хубэй Китайской народной республики. Помимо развития васкулита, обусловленного повреждающим действием вируса на эндотелий, в большинстве случаев развивается вирусная пневмония.

Цель. Определить роль лучевых методов в диагностике поражений лёгких у больных COVID-19.

Материалы и методы. Обследовано 124 больных в возрасте от 19 до 78 лет (мужчин 71, женщин 53) с установленным на основании ПЦР диагнозом COVID-19. Всем пациентам выполнена компьютерная томография (КТ) лёгких на аппарате Siemens Perfect 095-59, в 32 случаях проведена рентгенография грудной клетки на аппарате Apelem platinum в двух проекциях.

Результаты. У 26 пациентов (20,9%) с лёгким течением заболевания рентгенологические изменения не были выявлены. У пациентов в период первых 4 суток информативность рентген-исследования достигала 42%. Низкая чувствительность рентгенографии легких на ранних стадиях объясняется тем, что первоначальными проявлениями COVID-19 являются участки уплотнения по типу «матового стекла», визуализация которых в большинстве случаев находится за пределами возможности рентгенографии. У пациентов со средней степенью течения заболевания при рентгенографии выявляли следующие симптомы: множественные билатеральные участки уплотнения легочной ткани с нечеткими и неровными контурами, низкой и средней интенсивности. Симптом «воздушной бронхографии» отмечался у 3 (2,4%) больных. При отрицательной динамике изменения носили сливной характер, участки альвео-

лярной инфильтрации были множественными двусторонними средней и высокой интенсивности. В большинстве случаев (102; 82%) изменения локализовались преимущественно в субплевральных и базальных отделах легких. На КТ основным паттерном явилось уплотнение легочной ткани по типу «матового стекла». Данный признак был определён у 100% обследованных. При исследованиях в динамике у больных с тяжёлым течением (поражение легочной ткани на 50–70%) выявляли не только увеличение размеров и числа очагов, но и их консолидацию. У больных в крайне тяжёлом состоянии (28, 22,5%) во всех случаях помимо «матового стекла» и слияния очагов отмечали ретикулярные изменения. В 42% наблюдений в этой группе отмечался гидроторакс.

Выводы. Компьютерная томография – первое исследование, которое демонстрирует признаки вирусного поражения легких, его тяжесть и неблагоприятные прогностические признаки его дальнейшего течения. Первичным КТ-признаком COVID-19 является картина инфильтрации отдельных вторичных легочных долек по типу «матового стекла». При более позднем первичном обследовании первичными КТ-симптомами становится паттерн «булыжной мостовой» и участки альвеолярной инфильтрации, что позволяет прогнозировать неблагоприятное течение и исход. Вместе с тем, рентгенография занимает свою нишу, т.к. она необходима для оценки изменений при обследовании нетранспортабельных больных в условиях реанимации. Ультразвуковое исследование может применяться у беременных независимо от срока гестации. Ни в одном случае на КТ не были выявлены полостные и узловые образования в лёгких, а также лимфаденопатия.

ПРОФИЛАКТИКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ОТРАВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Рустамов М.Р., Дониёров Н., Хабибулаев Ш.Ф., Холова Д.А.

Самаркандский медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Прогрессирующий рост лекарственных отравлений у детей и отсутствие тенденции к снижению диктует необходимость всесторонное изучение данной патологии, особенно акцентируя внимание на профилактику заболевания.

Число исследования явилась на оснований обследованных больных детей лекарственными отравлениями разработать методы профилактики лекарственных отравлений у детей.

Результаты. Ретроспективный анализ истории болезней лекарственным отравлениями у детей показано, что из числа острых отравлений у детей госпитализированных в 1,2 детские отделении и отделение детской реанимации составляет дети с лекарственными отравлениями. Причинами лекарственных отравлений у детей явилось широкое распространение рекламы лекарственных препаратов по телевидению, где речь шла о положительных влияниях, а о побочных действиях не указывалось вообще. Все это зарождало увеличению случаев самолечения родителей своих детей.

Немаловажное значение в развитии лекарственных отравлений имеет бесконтрольное использование родителями лекарственных препаратов. Нами констатировано немало случаев, что при высокой температуре у ребенка родители, боясь возникновения судорог, принимали за короткое время разные парацетамол содержащие препараты.

Также нами отмечались случаи приема лекарственных препаратов по рекомендации работников аптек, которые не имеют диплома врача или фармацевта.

Тщательный сбор анамнеза свидетельствовал о том, что родители оставляли лекарственные препараты в доступных местах для детей. Дети очень быстро находили эти препараты, которые выпускают в разноцветных упаковках с приятным вкусом (клубника, апельсин, лимон др.)

Таким образом, полученные результаты диктуют необходимость оптимизации профилактической работы, направленной на предотвращение лекарственных отравлений у детей. Для этого необходима широкая санитарно-просветительная работа в школах, детских садах, яслях, медицинских учреждениях, махаллях. При проведении санитарно-просветительной работы необходимо акцентировать внимание родителей на том, что они должны следовать указаниям врача в отношении дозировки, времени приема лекарств, длительности курса лечения. Возможно случайное отравление лекарствами, находящимися в аптечках. Во избежание этого необходимо хранить лекарства в недоступных для детей местах.

При проведении санитарно-просветительной работы необходимо широко использовать аудио-, видеоролики. При детских поликлиниках, в детских отделениях больницы, в детских садах, яслях необходимо организовать школу молодых матерей, где рассматривать вопросы опасности самолечения детей, оказания первой помощи при лекарственных отравлениях в домашних условиях. Выступать с публикациями в местных газетах о лекарственных отравлениях у детей.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИИ

Рыспаева Ж.А., Кумарова Н.Е.

НАО МУС (Республика Беларусь)

Патология щитовидной железы (ЩЖ) является одной из часто встречающихся патологий среди беременных женщин в Республике Беларусь. При этом

существует большая вероятность развития осложнений беременности, родов и послеродового периода. Вместе с тем, гормональная перестройка приводит к повреждению жизненно важных органов и систем и к нарушению всех видов обмена веществ. Поэтому изучение патологии щитовидной железы во время беременности является актуальной проблемой.

Цель. Изучить особенности течения беременности и родов у женщин с тиреоидной патологией.

Материал и методы. Обследование 78 женщин в сроке беременности 32–41 неделя, которые до родов были разделены на 2 группы: I – основную и II – контрольную. I основную группу составили 60 беременных женщин с патологией ЩЖ, II контрольную группу определили 18 здоровых женщин, не имеющих эндокринных заболеваний.

Результаты. В спектре тиреоидной патологии наиболее распространенным оказался эндемический диффузный зоб (85% случаев). Значительно реже был диагностирован аутоиммунный тиреоидит (13,34%), узловой зоб (10%). Среди экстрагенитальной патологии наиболее часто были диагностированы заболевания сердечно-сосудистой системы: малые аномалии развития сердца с дисплазией соединительной ткани (аномально расположенная хорда левого желудочка) – 40%, нейроциркуляторная дистония (10%,), патология клапанного аппарата (пролапс митрального клапана) – 6,7%. Следует отметить, что беременность у женщин с патологией ЩЖ в 50% случаев сочеталась с гестозом. При этом гестоз легкой степени наблюдался у 23 беременных, средней степени – у 7. Отмечена также патологическая прибавка массы тела преимущественно женщин I группы (13,3% по сравнению со II группой – 5%). Установлено, что роды через естественные родовые пути произошли у 56% и 60% женщин соответственно в I и II группах. Плановое кесарево сечение было выполнено у 25% и 35% женщин соответственно, в то время как экстренная операция потребовалась 60% и 5% рожениц в I и II группах, что свидетельствует о высокой частоте развития осложнений в родах при тиреоидной патологии.

Выводы. 1. Патология ЩЖ существенно влияет на течение беременности и родов. 2. Своевременная диагностика тиреоидной патологии и ее адекватное лечение способствуют физиологическому течению беременности и снижению вероятности осложнений родов.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ ЭТАНОЛОМ

Собиров Д.Х.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

В настоящее время отсутствие устоявшихся взглядов на основные патогенетические звенья алкогольной комы мешает успешному поиску высокоэффективных средств лечения острых отравлений этанолом. Большинство изученных средств обладает умеренным отрезвляющим потенциалом, а эффективность проявляется преимущественно при профилактическом их применении.

Цель. Изучить возможность применения препаратов, содержащих бетаина глюкуронат, «Джетепар», в качестве средства лечения алкогольной комы.

Исследования выполнены с привлечением 40 больных с острым отравлением этанолом крайне тяжелой степени тяжести: кома 1 и кома 2. Из них 20 человек составили контрольную группу. Пациенты этой группы получали традиционную терапию острых отравлений этанолом согласно клиническим рекомендациям (инфузионная терапия и витамины). В основную группу были включены 20 больных, которым при поступлении в стационар для лечения алкогольной комы внутривенно капельном вводили препарат «Джетепар» 2 раз в сутки в объеме по 20 мл на 200 мл 5–10% глюкозы.

Средний возраст пациентов в обеих группах составил 48 лет.

Тяжесть комы определяли по шкале Pittsburg Brain Stem Score (PBSS) (Kelsey S.F. et al., 1991). Оценка тяжести и динамика состояния больных проводилась по шкале APACHE-II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation).

При поступлении больным проводилось химико-токсикологическое исследование крови, которое заключалось в определении концентрации этанола, общий и биохимический анализ крови, КОС и уровня лактата.

Уровень этанола в крови больных основной и контрольной групп на протяжении 3-х часового периода наблюдения колебался от 2,9±0,28‰ до 3,9±0,3‰ и не зависел от тяжести острого алкогольного отравления и проводимой терапии. Продолжительность комы у пациентов основной группы, получавших препарат «Глутион» составила в среднем 1,5–2,0 ч, в то время как больные контрольной группы приходили в сознание лишь через 4,0–4,5 ч после проведенной традиционной терапии.

Обращает на себя внимание тот факт, что даже после восстановлении сознания у большинства пациентов контрольной группы длительное время сохранялась симптоматика тяжелого постинтоксикационного алкогольного состояния в виде: психомоторного возбуждения (у 12 больных, 60%), выраженной дисфории (у 13 больных, 65%), кардиалгии (у 11 больных, 55%), нарушения сердечного ритма (у 8 больных, 40%), головной боли (у 13 больных, 65%), тремора конечностей (у 15 больных, 75%), нарушения координации движения (у 17 больных, 85%). Несколько иная картина была выявлена у пациентов основной группы. Так, применение препарата «Джетепар» способствовало не только более раннему купированию алкогольной комы, но и практически более легкому течению постинтокси-

кационного алкогольного синдрома. У больных основной группы указанные симптомы наблюдались значительно реже. Особо следует подчеркнуть, что высокая отрезвляющая эффективность «Джетепар» способствовала значительному сокращению (более чем в 4 раз по сравнению с контролем) сроков пребывания пациентов основной группы в стационаре (4,1±0,4 и 15,6±6,5 ч. соответственно).

Выводы. Применение препаратов, содержащих бетаина глюкуронат («Джетепар»), способствует не только более раннему купированию алкогольной комы, но и более легкому течению постинтоксикационного алкогольного синдрома и значительному сокращению сроков пребывания пациентов основной группы в стационаре.

ЭЛЕКТРОННЫЙ СПРАВОЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ РЕСУРС ДЛЯ РАБОТНИКОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ – КОНЦЕПЦИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ

Сорокин В.Г.[1], Миннуллин И.П.2, Ходаков А.И.[3], Колодин М.Ю.[3]

[1]ФГБУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации, Санкт-Петербург,
[2]ФГБОУ ВО ПСПБГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, д.м.н., профессор, Санкт-Петербург,
[3]Академии информационных технологий, Санкт-Петербург

Анализ деятельности службы скорой медицинской помощи, проведенный по отчетным формам медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, свидетельствует об имеющихся в ряде случаев сложностях в использовании на практике положений Клинических рекомендаций по скорой медицинской помощи (2015), что, несомненно, негативно сказывается на качестве оказания скорой медицинской помощи. Восполнить этот пробел призван электронный справочно-образовательный ресурс для работников скорой медицинской помощи – система e.EM (научный руководитель проекта – профессор И.П. Миннуллин). Результаты его апробации в ряде подразделений скорой медицинской помощи свидетельствуют о появившейся возможности использовать современные гаджеты в целях повышения профессионального уровня специалистов здравоохранения первого контакта – работников скорой медицинской помощи. Система e.EM функционирует на базе сайта Российского общества скорой медицинской помощи www.emergencyrus.ru. Ее информационное наполнение обеспечивает интернет-редакция, осуществляющая подготовку и выпуск тематических бюллетеней с частотой 1 раз в два месяца. Источником информационных материалов для тематических бюллетеней системы e.EM являются рекомендованные РОСМП издания – Клинические рекомендации и Национальное руководство по скорой медицинской помощи и др.

В каждом выпуске тематического бюллетеня системы e.EM предусматривается размещение иллюстративного материала в виде видеороликов, фотографий, схем, таблиц и текста по наиболее актуальным патологическим состояниям и нозологическим единицам. Подготовку очередного выпуска тематического бюллетеня осуществляет методист интернет-редакции, являющийся авторитетным квалифицированным специалистом по выбранной проблематике, для подготовки разных тематических выпусков на договорной основе приглашаются соответствующие специалисты. Задачей методиста интернет-редакции, ответственного за подготовку очередного тематического бюллетеня, является выработка дизайна выпуска, сбор и систематизация материала, передача его специалистам технической поддержки. Специалисты технической поддержки оформляют представленный материал в виде электронного бюллетеня и включают его в свой интернет-ресурс www.med.testanketa.ru. Для каждого выпуска бюллетеня система автоматически генерирует свою интернет-ссылку и QR-код, которые передаются диспетчеру интернет-редакции. Диспетчер интернет-редакции по электронной почте поддерживает контакты с региональными службами скорой медицинской помощи, оформившими подписку на систему e.EM, ведет учет подписчиков, пересылает им e-mail ссылку и код очередного выпуска тематического бюллетеня. Региональная служба скорой медицинской помощи направляет полученную интернет-ссылку для дальнейшей работы на персональный электронный адрес тем сотрудникам, которые нуждаются в повышении квалификации и профессиональной поддержке по тематике данного выпуска электронного бюллетеня. Электронная оболочка системы e.EM позволяет пользователям – специалистам скорой медицинской помощи данной медицинской организации взаимодействовать с интернет-редакцией по принципу обратной связи: после отработки материала имеется возможность размещать в ресурсе свои вопросы, замечания, комментарии и предложения, получая на них квалифицированные ответы. По желанию подписчика (региональной службы скорой медицинской помощи) система e.EM позволяет организовать дистанционное тестирование на предмет определения уровня профессиональных компетенций как отдельного специалиста (врача или фельдшера), так и персонала медицинской организации в целом.

Вывод. Первый опыт использования системы e.EM в тестовом режиме позволяет говорить о ее высокой эффективности в плане повышения про-

фессионального уровня работников скорой медицинской помощи, перспективности использования и о необходимости ее дальнейшего внедрения в практику.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ И РАБОТЫ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КРАЕВОМ МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Суворов М.С., Головина Н.И., Макаревский А.В.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения Краевая клиническая больница, г. Красноярск, Россия

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения Краевая клиническая больница (далее – КГБУЗ ККБ) является крупнейшим многопрофильным лечебным учреждением Красноярского края, оказывающим как плановую, так и экстренную в том числе и неотложную медицинскую помощь (далее – неотложная помощь). Пациенты поступают по линии скорой медицинской помощи, по линии санитарной авиации при переводе из районных лечебных учреждений, самообращением. Поступление пациентов с различной тяжестью состояния, различной степенью оказанной медицинской помощи на догоспитальном этапе (этапе предыдущего лечения) создает необходимость стандартизации подходов к оказанию неотложной помощи на этапе поступления пациентов.

Цель. Выработать оптимальную организацию оказания неотложной помощи пациентам на этапе обращения в многопрофильное учреждение.

Материал и методы. КГБУЗ ККБ оказывает неотложную медицинскую помощь: по линии скорой медицинской помощи следующим по профилям кардиология, неврология, терапия, травматология, по линии санитарной авиации при переводе пациентов из лечебных учреждений региона по всем профилям, кроме инфекционныхе болезней, и медицинская помощь детям, самообращения. За 2019 год неотложную медицинскую помощь получили 25814 пациентов, из них было госпитализировано 12813 пациентов. Все поступающие пациенты вне зависимости от степени тяжести и входящего диагноза были сортированы на три потока: пациенты в удовлетворительном состоянии, способные передвигаться самостоятельно «зеленый поток», пациенты в состоянии средней степени тяжести и не способные передвигаться самостоятельно «желтый поток», пациенты в тяжелом состоянии «красный поток». Сортировку пациентов осуществляет фельдшер, используя шкалу – medical emergency triage and treatment system (metts). Пациенты зеленого потока первично принимаются фельдшером скорой медицинской помощи, пациенты желтого потока поступают на курацию врачу скорой медицинской помощи, пациенты красного потока поступают в отделение анестезиологии и реанимации. Летальность у поступивших пациентов в течение первых суток – 0,58%, в течение первых трех суток – 1,3%. По сравнению с аналогичным периодом 2018 года отмечается снижение смертности в течение первых суток на 0,13%, в течение первых трех суток на 0,44%.

Выводы. Данная организация работы позволяет наиболее интенсивно оказывать помощь пациентам, наиболее нуждающимся в ней в независимости от входящего диагноза, снизить раннюю смертность, а также минимизировать госпитализацию пациентов с неопределенной тактикой дальнейшего лечения.

ВЛИЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНЫМИ ВАРИАНТАМИ СТЕНОКАРДИИ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Суннатова Г.И., Ташкенбаева Э.Н., Насырова З.А., Насирова Д.А., Хайдарова Д.Д., Хайдарова А.Ю.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

В последние годы во всем мире значительно возросла смертность от сердечно-сосудистых патологий с коморбидными патологиями, в частности с сахарным диабетом. При этом важно подчеркнуть роль метаболической терапии, которая направлена на улучшение эффективности утилизации кислорода миокардом в условиях ишемии. Метаболическая терапия способствует уменьшению степени инсулиновой резистентности и улучшению компенсации сахарного диабета на фоне применения мексикора, что подтверждается снижением уровня гликемии и гликолизированного гемоглобина, способствует снижению риска микро- и макроангиопатий.

Материал и методы. Нами были обследованы 126 больных с нестабильными вариантами стенокардии. Средний возраст больных составил 50,82±12,01 года. Больные методом случайной выборки были разделены на 2 группы. 1-ю группу составили 80 (63,5%) пациентов, которым проводилась общепринятая традиционная терапия (ТрТ). Во 2-ю группу включены 46 (36,5%) больных, которые помимо традиционного лечения получали препарат мексикор (2- этил 6-метил 3-оксипиридина-сукцината) 600 мг/сут. Длительность наблюдения составила 3 месяца.

Традиционная терапия включала в себя внутривенную инфузию нитратов в течение 12-24 часов, затем пролонгированные таблитированные нитраты, бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ или сартаны, дезагреганты, антикоагулянты, клопидогрель, статины.

Результаты. Проведенные исследования показали, что после 10-дневной традиционной терапии (1-я гр.) и лечения с включением мексикора (2-я гр.) регистрировались однонаправленные изменения биохимических параметров в крови больных с нестабильными вариантами стенокардии. При этом наиболее заметные изменения происходили у больных 2-й группы. У пациентов 1-й группы к концу лечения уровень КН, глюкозы, мочевины и СКФ, а также содержание ХСобщ и ТГ существенно не изменились. Также не изменились показатели NO-системы и СОД в мембранах эритроцитов, кроме содержания NO, которое возросло на 14,5% (P<0,05), и НАДФН-зависимой НР, уровень которой уменьшился на 19,8% (P<0,001) при повышении активности СОД на 17,5% (P<005).

У пациентов 2-й группы уровень КН – на 4,6% (P>0,05), глюкозы – на 11,3% (P>0,05), показатель СКФ – на 13,7% (P<0,05), содержание мочевины повысилось на 26,7% (P<0,01), а ХСобщ и ТГ снизилось на 14,9 и 12,9% (P<0,05). В мембранах эритроцитов повышался уровень NO на 7,3% (P>0,05), активность NOS – на 20,5% (P<0,01), снижалась активность НР – на 21,0% (P<0,001), ONOO– – на 16,7%, а скорость реакции СОД повысилась на 48,6% (P<0,05).

Следует подчеркнуть, что у больных 1-й группы все показатели азотисто-углеводно-холестеринового обмена, а также большинство параметров NO-системы после 10-дневной терапии практически не отличались от исходных цифр, тогда как во 2-й группе данные показатели восстановились до уровня контроля.

Выводы. Применение мексикора у больных сахарным диабетом типа 2 снижает содержание в крови уровня общего холестерина, триглицеридов, продуктов перекисного окисления липидов, а также повышает активность ферментов антиоксидантной защиты, при одновременном росте функциональной активности в-клеток островков поджелудочной железы.

НАРУШЕНИЯ ЭКГ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ ГИПОТЕНЗИВНЫМИ И АНТИАРИТМИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ

Суходолова Г.Н., Ильяшенко К.К., Белова М.В., Поцхверия М.М., Клюев А.Е.

ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», Москва, Россия

Цель исследования. Провести анализ нарушений электрокардиограмм (ЭКГ) у пациентов с отравлениями гипотензивными (ГТП) и антиаритмическими (ААП) препаратами.

Материал и методы. Обследовано 72 человека, из них 38 с отравлением ААП и 34 – ГТП, госпитализированных в отделение острых отравлений и соматопсихиатрических расстройств НИИ СП им. Н. В. Склифосовского в тяжелом и крайне тяжелом состоянии. Женщин было 55 человек (76,4%) , мужчин – 17 (23,6%) в возрасте от 15 до 93 лет. Лица пожилого и старческого возраста составили 33,3% (24 человека). Выписано 62, умерло – 10 человек. Регистрацию ЭКГ проводили по стандартной методике при поступлении больных в стационар и в динамике на фоне проводимого лечения.

Результаты. При исследовании ЭКГ были выявлены нарушения ритма, проводимости, а также гипоксические, ишемические нарушения миокарда. В группе больных с отравлениями ААП при поступлении в стационар регистрировали: синусовую брадикардию в 31,4 % (12) случаев, суправентрикулярные экстрасистолы в 5,2% (2), атрио-вентрикулярные блокады – 5,2 % (2) и блокады ножек пучка Гиса – 26,3% (10). У 26,3% (10) больных обнаружены гипоксические нарушения миокарда, которые у 8 больных (18,4 %) сочетались с выявленными нарушениями ритма и проводимости.

При отравлениях ГТП в 35,7% (12) наблюдений регистрировали синусовую тахикардию, в 41,6%(14) случаев гипоксические изменения миокарда, а также очаговые изменения миокарда 41,6% (14) и ишемию распространенного характера 17,6% (6), которую у 2 пациентов трактовали как развитие острого инфаркта миокарда (не подтвержденного). Для его исключения были проведены дополнительные исследования. Нарушения ритма и проводимости в этой группе больных носили единичный характер.

Исследования, проведенные на 3–5 сутки на фоне детоксикационной и симптоматической терапии, показали, что выявленные ранее нарушения ритма и проводимости сохранялись у 13% (5) больных с отравлениями ААП старше 60 лет, что обусловлено сопутствующими заболеваниями.

Выводы. Проведенные исследования показали, что при отравлениях ААП имеют место нарушения ритма, проводимости и гипоксия миокарда, тогда как отравления ГТП в основном сопровождаются нарушениями кровоснабжения миокарда.

СИНДРОМ УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА Q-T ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Суходолова Г.Н., Ильяшенко К.К., Поцхверия М.М., Алиджанова Х.Г., Белова М.В.

ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», Москва, Россия

Введение. Синдром удлиненного Q-T. (YQT) – это симптомокомплекс, включающий увеличение длительности интервала Q-T.>450 мс, что может сопровождаться возникновением синкопальных состояний, желудочковой тахикардии, фибрилляции желудочков и внезапной смерти. В настоящее время установлено, что причинами приобретенного YQT могут являться употребление ряда лекарственных препа-

ратов и нарушение электролитного баланса (гипокалиемия, гипокальциемия и гипомагнемия). В клинической токсикологии данный вопрос малоизучен.

Цель исследования. На основании исследования электрокардиограмм (ЭКГ) выявить частоту возникновения синдрома удлиненного интервала Q-T (УQTc) и определить прогноз заболевания у больных с отравлением лекарственными препаратами.

Материал и методы. Обследовано 137 пациентов с отравлением лекарственными препаратами, госпитализированных в отделение острых отравлений и соматопсихиатрических расстройств НИИ СП им. Н.В. Склифосовского в тяжелом и крайне тяжелом состоянии. Из них отравление β-адреноблокаторами (ББ) установлено у 38 человек, блокаторами кальциевых каналов (БКК) у 28, ингибиторами АПФ (ИАПФ) в 6, психотропными препаратами в 65 случаях. Женщин было 90, в возрасте 48,61±4,43, мужчин 47, в возрасте 41,83±2,89 лет. Выписано 120 человек, умерло – 17. Регистрацию ЭКГ проводили по стандартной методике при поступлении больных в стационар. Для определения Q-Tc использовали формулы Базетта, Фредерика. Удлиненным интервалом QTc (УQTc) считали показатели: для мужчин >470 мс, для женщин >480 мс. Значения QTc >500 мс считали патологическим УQTc с высоким аритмогенным потенциалом как для мужчин, так и для женщин.

Результаты и обсуждения. Анализ данных ЭКГ показал, что при отравлениях психотропными препаратами УQTc обнаружен у 15 (23%) пациентов, из них умерли 7, что составило 46,6%. У лиц с отравлениями ББ УQTc выявлен у 7 (18,4%) больных, летальный исход наступил в 3 (42,8%) случаях. В группе лиц с отравлениями БКК синдром удлиненного интервала Q-T имел место у 10 (35,7%) пациентов, из них скончались 7 (70%).

Заключение. Проведенные исследования показали, что у больных с острыми отравлениями лекарственными препаратами частота синдрома удлиненного интервала Q-T отмечается от 18,4% до 35,7% и сопровождается высокой летальностью, особенно при отравлениях БКК. Данная проблема требует дальнейшего изучения.

ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ЛОЖНЫМ СУСТАВОМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ НЕЙРОФИБРАМАТОЗЕ

Тиляков А.Б., Рузиев Н.Т., Журабоев А.А., Тухтапулатов А.Т.

Республиканский детский ортопедический центр

Лечение врожденного ложного сустава костей голени (ВЛСКГ) до настоящего времени остается недостаточно ясным, что определяет отсутствие единых подходов к лечению, разнообразие применяемых технологий и методов. Заболевание достаточно редкое. По данным литературы, выявляют одного пациента на 140000–190000 родившихся. По данным D. Paley, 50% случаев ассоциировано с нейрофиброматозом I типа, 10% с остеофиброзной дисплазией Кампанацци и 40% относятся к идиопатическим. В литературе доминирует мнение о связи нейрофиброматоза I типа с врожденным дефектом берцовых костей. Заболевание характеризуется устойчивостью к лечению и склонностью к рецидивированию до наступления зрелости скелета. Существует множество классификаций ВЛСКГ, но ни одна не является обоснованием дифференцированного подхода к хирургическому лечению.

Для лечения данной категории больных предлагается множество методов как хирургического, так и консервативного лечения. Различные авторы предлагают включать в протокол хирургического лечения резекцию зоны ложного сустава и патологически измененной надкостницы, аутотрансплантацию кости с применением микрохирургических методик, внедрение в межотломковое пространство искусственных имплантов с остео потенцирующими свойствами, в том числе костные морфогенетические белки. Метод фиксации сегмента зависит от выбора хирурга, но большинство авторов отдает предпочтение аппарату Илизарова.

Однако ни одна из методик не гарантирует консолидации псевдоартроза и полной уверенности в отсутствии рецидива заболевания.

Материал и методы. РЦДО за период 2015–2020 гг. Средний возраст пациентов составил 9,5 лет. Преобладали лица женского пола – 21(63,6%), мужского – 12(36,4%). В 80% клинических наблюдениях псевдоартроз имел типичную локализацию – в нижней трети голени. Нейрофиброматоз установлен клинически у 23 пациентов. Оперированы 6 (26%) пациентов, 17(74%) больным было проведено консервативное лечение в нашей клинике.

Результаты. В 6 случаях применяли метод Илизарова и выполняли обширную резекцию участка кости с последующим замещением дефекта аутотрансплантатом. Средняя продолжительность лечения составила 90–120 дней. Удлинение отломков берцовых костей начинали на 5–7 сутки. Темп дистракции составлял 0,5–1 мм в сутки. В среднем, отломки берцовых костей удлинили на 9,3±3,8 см. В процессе лечения у двух больных возникли осложнения, связанные с воспалением, что потребовало дополнительных этапов лечения.

К преимуществам аппарата Илизарова относятся малотравматичность, высокий процент ближайших хороших и удовлетворительных результатов лечения, ранняя мобилизация пациента, возможность сочетания постепенной коррекции

многоплоскостных деформации и уравнивания длины сегмента посредством удлинения отломков. К относительному недостатку относится снижение качества жизни пациента из-за наличия внешней конструкции, кроме того, имеют место высокие риски рецидива процесса без аппаратного периода наблюдения. Интрамедуллярный остеосинтез и аппарат Илизарова позволяет осуществлять одномоментную коррекцию деформации и профилактику рецидива несращения.

Выводы. Основные методические принципы должны базироваться на применении различных вариантов костнопластических вмешательств и остеоиндуктивных материалов в зоне псевдоартроза, а также дополнительного армирования различными имплантами (спицами, стержнями). Перспективным является использование комбинированных вариантов наружного и погружного остеосинтеза.

ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИ БОСҚИЧЛАРИДА КАМ ИНВАЗИВ УСУЛ-КЎЗ ТУБИНИ ТЕКШИРИШНИНГ ДИАГНОСТИК АҲАМИЯТИ

Тўраева Ё.М., Махмудов Н.И., Валиев А.С.

РШТЁИМ Фарғона филиали

Гипертония касаллиги қон-томир касалликлари ичида кўп учраши, оғир кечиши, асоратлари ўлим билан тугаши жихатидан биринчи ўринда туради. Бошланғич босқичда барча томирлар системасида функционал ўзгаришлар, яъни артериолаларнинг тоник торайиши кузатилса, кейинги босқичларда артериал қон томир деворларида органиқ қайтмас ўзгаришлар аниқланади. Кўрув аъзоларидаги, айниқса бош мия ойнаги – кўз тубидаги томирлар ҳолатига қараб, қон томир системасида гипертониянинг қайси босқичига хос ўзгаришлар юз бераётганини диагностик хулосага келинса бўлади. Бу текширувлар бемор учун зарарсиз, кам инвазив, ҳар қандай шароитда қўллаш мумкин, қўшимча маблағ талаб этмайди.

Материал ва усуллар. Кўрув аъзоларидаги ўзгаришларни гипертония касаллиги билан боғлиқлигини аниқлаш мақсадида, Р.Ш.Т.Ё.И.М.Ф.Ф. да 2020 йил давомида қабул диагностика бўлими кардиолог, невропатолог кабинети ва кардиология, неврология бўлимида даволанган беморлар кўрув аъзолари текширув натижалари таҳлил қилинди. Йил давомида умумий 2204 нафар беморлар офтальмолог кўрувидан ўтган. Булардан 402 нафарини кардиологик, неврологик беморлар ташкил этади. Эркаклар – 218 (54,2%) аёллар – 184 (45,7%). Ёшига қараб 10 ёшдан 30 ёшгача – 2(0,4%) 30 ёшдан 40 ёшгача – 11(2,7%) 40 ёшдан 50 ёшгача – 350 (87%) 70 ёшдан юқори 29 (7,2%) нафар беморларни ташкил этган. Гипертония касаллиги босқичига кўра I-босқич А – даража гипертония олди ҳолати – 118 нафар (29,3%), I-босқич В даража транзитор – 112 (27,8%), II-босқич А даража лабил – 65 (16,1%), II- босқич Б даража стабил – 60 (14,9%). III-боскич А даража компесатор – 25(6,2%), III-боскич Б даража склеротик – 12 нафар (2,9%) беморлар кўрилган. Гипертония касаллиги асорати сифатида юрак зараланиши доминантлиги – 58 нафар (14,4%), мия зараланиши – 184 нафар (45,7%) беморларда кузатилган. Бир вақтнинг ўзида юрак, мия ва буйрак зарарланиши билан – 12(2,9%) бемор кўрилган. Кўз тубидаги ўзгаришлар таҳлил қилинганда уларни даражасига қараб қуйидаги ҳолатлар аниқланди. Кўз туби ўзгаришсиз – 26 нафар (6,4%), тўр парда ангиопатияси – 366 (91%), бундан ангиосклероз Гунн-Салус симптоми I-даража – 323 (80,3%), II даража – 31(7,7%), III даража – 12 нафар (2,9%) беморларда аниқланган.

Тўр парда ретинопатияси – 7 нафар (1,7%), нейроретинопатия – 3 нафар (0,7%) беморларда аниқланган. Кузатишларга кўра, кечки вақтдаги мурожаатларда, гипертония кризи билан глаукома ўткир хуружи паралел кечиши холат 7 – нафар (1,7%) беморларда кузатилди. Беморларга шошилинч даво муолажалари ўтказилгач, 3–5-кунлари қайта кўрилганда, кўз тубидаги қон қуйилишлар, ишемик ҳолатлар, кўрув нервидаги димланишлар камайганлиги, беморнинг кўришида ва умумий ҳолатида ижобий томонга динамик ўзгариш бўлганлиги аниқланди. Гипертония кризи ва кўз олмасида ўткир глаукома хуружи паралел кечган беморлар офтальмолог ва кардиолог шошилинч муолажаларини олдилар, келганда кўриш фаолияти «юз олдида бармоқни сезиши даражасида бўлган беморлар, 3-куни кўриш даражаси 0,3 vis. гача, 5-куни 0,6 vis. гача тикланди.

Хулоса. Гипертония касаллигини босқичларида томир даражасидаги ўзгаришларни, кам инвазив усул-кўз тубини текшириш орқали аниқ диагностик маьлумотларни олишга эришиш ва даволаш тактикасини тўғри танлаш мумкин.

НЕИНВАЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Турсункулова Д.А., Турсунова Б.А., Шакаров Ф.Р., Исаева Л.И., Урунова М.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

В детском возрасте острая бронхиальная обструкция является ургентным состоянием и требует оказания неотложной помощи. Лечение синдрома бронхиальной обструкции у детей различного возраста нередко сложны и требуют от врача клинического мышления и современных знаний.

Материал и методы. Обследованы 120 детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет с бронхообструктивным синдромом, находившихся на стационар-

ном лечении в отделениях экстренной педиатрии и детской реанимации СФ РНЦЭМП. В I группу вошли 60 больных, получавших традиционную терапию, в качестве муколитической терапии пациенты получали амброксол перорально. II группу составили 60 больных, получавших небулайзерные ингаляции с декосаном в дозе по 1 мл 2 раза в день. Тяжесть бронхообструкции оценивалась в баллах по таблице W. Tal в зависимости от тяжести экспираторной одышки и выраженности цианоза. Клиническая картина дыхательной недостаточности (ДН) сопоставлялась с результатами исследований PO_2, PCO_2, SaO_2 (сатурации кислорода) капиллярной крови до и после небулайзерной терапии с декосаном.

Результаты. К критериям госпитализации больных включены: возраст больного до 3 месяцев, неблагоприятный преморбидный фон, наличие сопутствующих заболеваний, оценка по шкале RDAI≥4 баллов, оценка по шкале СШО≥5 баллов, риск развития осложненного течения заболевания, неэффективность лечения в домашних условиях в течение первых трех суток. Больные поступали в отделение на 2,8±0,5 день заболевания. Небулайзерную терапию с декосаном пациенты получали с первого дня госпитализации до полного купирования БОС. Ингаляционная терапия проводилась 2 раза в сутки в течение 3-5 дней. В I группе на 3 день госпитализации БОС тяжелой степени (9–12 баллов по W.Tal) держался у 12,5% больных, средней степени тяжести (5–8 баллов) – у 70,9% детей и легкой степени (2–4 балла) – в 16,6% случаях. Во II группе у больных, получавших небулайзерную терапию, уже в первый день после второй ингаляции, тяжелый БОС наблюдался у 6,6% детей, средней тяжести – у 68,4% больных и легкий БОС имелся в 25,0% случаях. У больных II группы положительная динамика симптомов ДН была более выраженной и купировалась при использовании небулайзерной терапии декосаном. При поступлении у детей мокрота отходила тяжело при различной степени выраженности кашля, а начиная с 3 дня муколитической терапии, у большинства (65,0%) пациентов отмечалась положительная динамика отхождения мокроты – кашель стал «продуктивным». Исчезновение кашлевого рефлекса во II группе наблюдалось в среднем на 1,3±0,1 дня раньше, чем в I-й группе. Сравнительный анализ групп показал достоверное (P<0,05) преимущество небулайзерного применения декосана над пероральным приемом амброксола, проявившееся в среднем на 3 день наблюдения. Так, значительное уменьшение интенсивности кашля наблюдалось с 3,7±0,5 дня стационарного лечения. При этом, эффективность применения ингаляционной небулайзерной терапии с декосаном в сравнении с пероральным применением амброксола достоверно наблюдалась на 3,5 дня заболевания (в I-й группе – 1,8±0,3 балла, во II-й группе – 1,2+0,2 балла; P<0,01), и на 4,9 дня (1,3±0,2 и 0,9±0,3 балла соответственно P<0,01). Изучение динамики показателей СШО показало, что у пациентов II-й группы, получавших декосан через небулайзер наблюдался более выраженный клинико-лабораторный эффект, в сравнении с пациентами I-й группы. Достоверная разница в улучшении клинических симптомов дыхательной недостаточности и обструкции наблюдалась в среднем с 4 дня терапии, достигая своего пика на 5 день (P<0,01), что связано с тем, что декосан способствует уменьшению отека слизистой в бронхах среднего и мелкого калибра. Применение декосана в качестве небулайзерных ингаляций в комплекс проводимого традиционного лечения привело к достоверному снижению длительности оксигенотерапии, сокращению стационарного лечения больных в среднем на 0,9 койко-дней у пациентов II-группы по сравнению с пациентами, получавшими амброксол перорально (P<0,001). При использовании декосана не наблюдалось неблагоприятных побочных эффектов, что соответствовало достаточному уровню безопасности препарата.

Выводы. Небулайзерные ингаляции декосаном, являясь современным неинвазивным и эффективным методом комплексной терапии острой бронхообструкции у детей, способствуют улучшению проходимости дыхательных путей, уменьшению интенсивности и длительности кашля, снижению вязкости мокроты, сокращению длительности оксигенотерапии и сроков стационарного лечения. Внедрение широкого применения небулайзерных ингаляций декосаном купирует бронхообструкцию и предупреждает развитие жизнеугрожающих состояний (дыхательной недостаточности), что поможет практическим врачам оказать неотложную и эффективную помощь больным детям.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ДОКЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗАЖИВЛЕНИЯ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ КОЖИ

Убайдуллаева В.У., Камилов У.Р., Фаязов А.Ж., Юнусов Х.Э.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Институт химии и физики полимеров АН РУз

На базе РНЦЭМП было проведено морфологическое исследование, посвященное патоморфологии раневого процесса при термических ожогах, дана сравнительная характеристика процессов заживления ран при использовании в лечении левомеколя и полимерного пленочного покрытия со стабилизированными наночастицами серебра в различных концентрациях.

Объектом исследования выбраны крысы, в эксперименте моделировался термический ожог с последующим формирование местных поражений II

– III АВ степени. Далее на обожженную поверхность накладывалась полимерная пленка с содержанием наночастиц серебра в различных концентрациях, либо мазь «левомеколь». Для отслеживания развития динамики происходящих процессов материал брали на 7, 15 и 30 сутки, при этом микроскопическому исследованию подвергалась не только зона поражения, но и пограничный с нею участок.

При анализе полученных результатов отмечено, что в группе исследования с использованием в лечении препарата «левомеколь» процессы эпителизации и заживления раны занимали 37,2±0,7 дней, в группе с использованием полимерной пленки с содержанием наночастиц серебра в различных концентрациях – 30,2±0,6 дней. На 7-е сутки морфологическая картина мало чем отличалась в обеих группах, значимая разница в течение раневого процесса зафиксирована на 15–30 сутки. Использование в лечении Ag-КМЦ стимулировало более ранние и более активные процессы заживления раны, за счет формирования грануляционной ткани на 15 сутки лечения, с переходом ее в соединительную ткань к 30-м суткам. В то время как в группе с использованием препарата «левомеколь» процессы заживления значительно запаздывали, в связи с вялотекущими воспалительными процессами в ткани и медленной регенерацией.

Таким образом, проведенные исследования позволяют сопоставить результаты лечения с использованием различных методов заживления ран. Традиционный метод лечения ожоговых ран, который в нашей работе был представлен использованием мази на водорастворимой основе «левомеколь», демонстрирует более затяжное течение раневого процесса относительно метода лечения с использованием полимерного покрытия с наночастицами серебра. Морфологически доказано, что применение покрытий Ag-КМЦ позволяет сократить сроки восстановительного процесса, являясь наиболее физиологически приемлемыми покрытиями раневой поверхности, достигая своим применением основной цели – раннего формирования грануляционной ткани, снижение вторичных воспалительных процессов.

ЭПИЛЕПСИЯ И СУДОРОЖНЫЕ СИНДРОМЫ В КЛИНИКЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Урунов Д.А., Гайбуллаев Ш.Т.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Эпилепсия – одно из наиболее распространенных заболеваний нервной системы. Заболевание составляет 50–70 на 10000 населения в год, распространенность 5–10 на 1000 населения. Больные эпилепсией в большинстве развитых стран составляют 0,8–1,2% населения, а в некоторых странах Африки и Южной Америки – до 2%. Согласно результатам популяционных исследований, проведенных в индустриально развитых странах, заболевание эпилепсией в разных возрастных группах составляет от 28,1 до 53,1 на 10000 населения. В Узбекистане более 200000 больных эпилепсией, из них 120000 дети и подростки. Есть мнение, что по крайней мере один припадок за всю жизнь переносит 5% населения Земли. У 20-30% больных эпилепсией заболевание проявляется в течение всей жизни. По данным ВОЗ отсутствие должной эпидемиологической информации во многих странах обусловливает существенные недостатки организации медицинской помощи. Более 75% больных из 40 млн. больных эпилепсией в мире не получают адекватного лечения. 30–35% больных эпилепсией умирают от причин, связанных с эпилептическим припадком.

Цель. Изучить динамику поступления и провести анализ больных с эпилепсией и судорожным синдромом, находившихся на стационарном лечении в отделениях нейрореанимации и экстренной неврологии Самаркандского филиала РНЦЭМП за период 2015–2019 годы.

Материал и методы. Обследованы 1383 больных с эпилепсией и судорожным синдромом, которым проводили МСКТ головного мозга, ЭЭГ-исследование, офтальмоскопическое исследование глазного дна, ЭКГ и лабораторные методы исследования.

Результаты. В отделении нейрореанимации и экстренной неврологии за период 2015–2019 годы лечились 1383 больных в возрасте от 18 до 79 лет, женщин – 641, мужчин – 742. В 2015 году – 240 больных, 2016 году – 246 больных, 2017 году – 278 больных, 2018 году – 298 больных, 2019 году – 321 больных. Умершие от эпилептического статуса в 2017 году – 3 больных (1,0%), в 2018 году – 3 больных (1,0%), в 2019 году – 2 больных (0,6%). Всего за период от 2015 по 2019 годы из 1383 больных умерло – 8 больных. Абсолютное большинство больных поступали в стационар из-за нерегулярного приема или самовольного прекращения приема противосудорожных препаратов. По показаниям больным проведена МСКТ головного мозга, на которой чаще всего очаговых изменений не выявлялось. Офтальмоскопически на глазном дне выявлялся ангиоспазм сосудов сетчатки. На ЭЭГ-исследовании выявлены гиперсинхронные биоэлектрические разряды: пик волна, острая волна, медленная волна. Чаще всего на ЭЭГ-исследовании выявлен пик волны. На ЭКГ и лабораторных исследованиях существенных изменений не выявлено. Абсолютное большинство больных свою патологию ни с чем не связывают, а остальные больные свою патологию связывают с перенесенными черепно-мозговыми травмами, перенесенной нейроинфекцией и перенесенным инсультом, чаще всего геморрагическим.

Выводы. Таким образом, поступление больных с эпилепсией и судорожным синдромом год за го-

дом нарастает в результате нерегулярного приёма противосудорожных препаратов. Нужно адекватно и своевременно выявлять и лечить нейроинфекции, опухоли головного мозга, нейротравмы и их осложнения. Также свести к минимуму риск перинатальной патологии путем грамотного ведения беременных, квалифицированных ведений родов и послеродового периода. Всем больным рекомендовать и контролировать регулярный и длительный приём противосудорожных препаратов.

ПАРОКСИЗМАЛЬНАЯ МИОПЛЕГИЯ В ЭКСТРЕННОЙ НЕВРОЛОГИИ

Урунов Д.А., Тохиров З.Б.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Пароксизмальная миоплегия – редко встречающаяся патология, которая характеризуется периодически возникающими пароксизмами преходящего паралича скелетной мускулатуры, обусловливающего обездвиженность. Первое убедительное описание миоплегии принадлежит И.В. Шахновичу (1884 г.). Передаётся по аутосомно-доминантному типу, выделяют три формы: гипокалиемическую (уровень калия в плазме крови ниже 3,0 ммоль/л), гиперкалиемическую (уровень калия в плазме крови выше 5,0 ммоль/л) и нормокалиемическую (уровень калия в плазме крови 3,0–5,0 ммоль/л). Гипокалиемическая форма миоплегии встречается чаще других форм. Пик заболеваемости приходится на возрастную группу 10–18 лет, хотя встречается и у лиц старше 30 лет. Диагностика миоплегии включает неврологический осмотр, генетическое консультирование, биохимию крови, провокационную пробу с хлоридом калия, при возможности электромиографию.

Цель. Изучить частоту пароксизмальной миоплегии в клинике экстренной неврологии.

Материал и методы. Всего за период 2019 года поступило 23(100%) больных с пароксизмальной миоплегией, из них 13 (56%) женщины, 10(44%) мужчины. 19(82%) больных поступили из районов, 4(12%) больных из города Самарканда. Возраст больных колеблется от 18 до 38 лет, при котором средний возраст составил 28 лет. В нашем исследовании мы использовали лабораторные методы исследования: определение уровня калия и глюкозы в плазме крови, ЭКГ.

Результаты. Этиологическими факторами у большинства пациентов с пароксизмальной миоплегией явились кишечные расстройства в виде диареи, что составило 16 больных, у 3 пациентов разного характера стрессы, у 4 пациентов разные причины. В клинике заболевания наблюдалось внезапная мышечная слабость, снижение мышечного тонуса и сухожильных рефлексов. Вегетативные расстройства в виде гипергидроза, чувства жажды. Лабильность пульса наблюдалось не у всех больных. У 2 больных отмечалось слабость дыхательной мускулатуры. У всех больных отмечалось периферический тетрапарез различной степени выраженности. Всем больным определялся уровень калия и глюкозы в плазме крови. У 22 пациентов выявлена гипокалиемическая форма, где уровень калия снизился ниже 3,0 ммоль/л, у 1 больного нормокалиемическая форма, при которой уровень калия в плазме крови составлял 4,6 ммоль/л. Больных с гиперкалиемической формой в нашем исследовании не наблюдалось. Уровень глюкозы во время приступа пароксизмальной миоплегии повышалось до 6,8 ммоль/л, которая отмечалось у 17 пациентов. При данной патологии выявлялись изменения и на ЭКГ: удлинение интервалов P-R и Q-T, уплощение зубца T, появилась волна U, в некоторых случаях нарушение ритма сердца. Всем больным лечение проводилось препаратами калия в виде капельных инфузий с 4% раствором хлорида калия 20–40 мл в 0,9%–200 мл изотоническом растворе хлорида натрия внутривенно капельно. В рацион больных добавили продукты, богатые калием (картофель, банан, курага, кишмиш). У всех больных двигательные нарушения восстановились в течение 24–48 часов и больные были выписаны домой в удовлетворительном состоянии на 2–3 сутки пребывания в стационаре. Проводилась дифференциальная диагностика со схожими по клинической картине патологиями, в частности с миастенией, полиневритом, полирадикулоневропатиями. С этой целью проводилась прозериновая проба, которая оказалась отрицательной у всех обследуемых больных.

Выводы. Всем больным с пароксизмальной миоплегией для купирования приступа назначить 4% раствор хлорида калия 20–40 мл в 0,9%–200 мл изотоническом растворе хлорида натрия внутривенно капельно. Для дифференциальной диагностики со схожими патологиями (миастения, Синдром Гийена-Барре, паралич Ландри) определить уровень калия в плазме крови и произвести прозериновую пробу. Целесообразно включить в рацион продукты, богатые калием (чернослив, курага, картофель, изюм). Больных с этой патологией нужно ставить на «Д» учет у невролога по месту жительству.

НЕБУЛАЙЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЗАСТОЙНЫХ ПНЕВМОНИЯХ У БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТАМИ

Урунов Д.А., Сафарова М.Х.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Частота застойной пневмоний у больных с инсультами колеблется от 20 до 30%. Этот процент значительно выше у мужчин, что связано с вредными привычками (курение, употребление алкоголя) и у больных с геморрагическим инсультом, нежели

чем с ишемическим инсультом. Это в свою очередь связано с тем, что при геморрагических инсультах рекомендуется строгий постельный режим, а при ишемических инсультах рекомендуется ранняя вертикализация больных. Традиционная терапия застойной пневмонии при инсультах часто не даёт должного эффекта, так как при традиционной терапии непосредственно в паренхиму легких доставляется незначительная часть лекарственных препаратов. При небулайзерной терапии лекарственные средства непосредственно направляются в дыхательные пути, что значительно увеличивает попадание лекарственных средств непосредственно в паренхиму легких.

Цель. Изучить и оценить эффективность небулайзерной терапии застойной пневмонии при комплексном лечении инсульта.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 98 пациентов с ишемическим и геморрагическим инсультом (53 мужчины и 45 женщин), в возрасте от 39 до 78 лет. Больные были разделены на две группы. В основную группу были включены 50 больных (27 мужчин и 23 женщины) а в контрольную группу 48 больных (26 мужчин и 22 женщины). Ингаляция производилась небулайзером Бореал.

Критериями отбора для пациентов в исследовании были включены:

1) наличие диагноза инсульт, подтверждённая клинически и при МСКТ, МРТ-исследовании головного мозга.

2) наличие застойной пневмонии с бронхообструктивным синдромом (кашель с трудно отделяемой мокротой, одышка, дыхательная недостаточность), подтвержденная клиническим и рентгенографическим исследованием.

Результаты. В основной группе 50 больных получали небулайзерную терапию + традиционную терапию (антибиотикотерапия, десенсибилизирующая терапия, муколитические препараты) застойной пневмонии и базисную терапию инсульта. Контрольная группа из 48 больных получали только традиционную терапию застойной пневмонии и базисную терапию инсульта. Небулайзерная терапия включала последовательно ингаляции муколитика амброксол в количестве 2,0 мл, бронхолитика эуфиллин 2,4% в количестве 3,0–5,0 мл, в качестве десенсибилизирующего препарата использовался дексаметазон в количестве 1,0–2,0 мл. Ингаляции проводились по 5–8 минут 1 раз в сутки, а при дыхательной недостаточности 2 раза в сутки. У больных, получавших традиционную терапию застойной пневмонии, положительная динамика отмечалась на 4–5 сутки лечения, а у больных, получавших небулайзерную терапию на фоне традиционной терапии, положительная динамика отмечалась на 2–3 сутки лечения. Положительная динамика характеризовался быстрым регрессом основных симптомов застойной пневмонии: прекращением или резким уменьшением кашля, прекращением одышки и бронхообструктивного синдрома, и выделения мокроты. В контрольной группе у 48 больных с традиционной терапией застойной пневмонии динамика была нестабильной. Больные основной группы выписались на 2–3 дня раньше, чем больные в контрольной группе.

Выводы. Таким образом применение небулайзерной терапии в комплексном лечении инсульта проявляется быстрым и эффективным восстановлением дыхательных нарушений, что в свою очередь ведёт к быстрому разрешению застойной пневмонии. Использованный нами метод лечения сокращает срок пребывания больных в стационаре, что немаловажно в экстренной медицине, и существенно уменьшает расход лекарственных средств, что приносит еще и экономический эффект.

АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Махмудов Н.И., Насритдинова Н.Б.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Проблема послеоперационных венозных тромбозов (ПВТ) глубоких вен нижних конечностей остается актуальной, несмотря на огромное количество работ по данной теме. По ряду вопросов, связанных с оптимизацией мер профилактики и лечения ПВТ, у клиницистов нет единого мнения. Разработанные стандарты профилактики ПВТ не позволяют избежать летальности от тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА).

Цель. Произвести анализ эпизодов ПВТ глубоких вен нижних конечностей и их последствий, конкретизировать меры эффективной профилактики данной патологии.

Материал и методы. За истекшие 13 лет в отделении экстренной сосудистой хирургии ФФРНЦЭМП находилось на лечении 1040 больных с тромбозом глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК). Из них мужчин было 559 (53,8%), женщин – 481 (46,3%). У 525 (50,5%) пациентов отмечен илиофеморальный флеботромбоз, у 515 (49,5%) – тромбоз глубоких вен нижних конечностей.

У 120 (11,5%) больных отмечены ПВТ глубоких вен нижних конечностей. Ранее им были выполнены оперативные вмешательства следующих локализаций: на матке и придатках – у 55 пациенток, остеосинтез костей нижних конечностей – у 31, на органах брюшной полости – у 26, вскрытие гнойных процессов нижних конечностей – у 8 больных. Средний возраст пациентов с тромбозом подвздошно-бедренного сегмента составил 46,5 года, с тромбозом глубоких вен голени – 42 года.

Причинами ПВТ, в большинстве случаев, явились: повышенное тромбообразование, вследствие отказа от гепаринов; дезактивация в послеоперационном периоде; сопутствующая варикозная болезнь и воспалительные процессы малого таза; отказ от эластичной компрессии нижних конечностей; беременность и др.

Следует отметить, что сама операция, являясь хирургической агрессией, активизирует свертывающую систему крови, а наркоз с использованием миорелаксантов вызывает дилятацию внутримышечных вен, что приводит к замедлению оттока крови из нижних конечностей.

Всем больным с ПВТ назначался строгий постельный режим в течение 7–8 дней, возвышенное положение и эластичная компрессия нижних конечностей, прямые антикоагулянты, а за 2 дня до отмены непрямые антикоагулянты. При выявлении эмбологенных тромбов общей или наружной подвздошной вен выполняли тромбэктомию с последующей антикоагулянтной терапией или клипирование нижней полой вены по оригинальной методике РНЦЭМП. При наличии флотирующего тромба поверхностной бедренной или подколенной вен – выполняли перевязку первой.

Эпизоды тромбоэмболии легочных артерий отмечены у 35 (3,4%) больных с ТГВНК и у 4 (3,3%) пациентов с ПВТ. 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, симптоматическая терапия. При массивной эмболии проводилась тромболитическая терапия стрептокиназой.

Умерло 18 (1,7%) больных. Причиной смерти явилась массивная ТЭЛА с нарастающей правожелудочковой недостаточностью.

Нами выявлено, что подавляющее количество ПВТ глубоких вен нижних конечностей развилось в связи с отказом лечащего врача (хирурга или реаниматолога) от предоперационного применения гепаринов или же от неправильного подбора схемы и способа его введения, опасаясь 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 способствовало бы ускорению кровотока в глубоких венах нижних конечностей.

Таким образом, риск развития послеоперационных венозных тромбозов глубоких вен нижних конечностей и их последствий может быть снижен путем применения гепаринов, ранней активизации пациента и физических методов профилактики. Хотя многие хирурги считают, что успешно выполненная операция является гарантом благополучного течения послеоперационного периода.

ФИКСИРОВАННАЯ И СВОБОДНАЯ КОМБИНАЦИЯ ИНГИБИТОРА АПФ И АНТАГОНИСТА КАЛЬЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Файзуллаева Г.И., Ризаева М.Ж.

Республиканский научный центр экстренный медицинской помощи

Цель. Оценить антигипертензивную эффективность и переносимость фиксированной и свободной комбинации ингибитора АПФ (иАПФ) и антагониста кальция (АК) в лечении пациентов с АГ.

Материал и методы. Обследовано 62 пациента (20 мужчин,42 женщины) с АГ I–III ст. в возрасте от 40 до 80 лет. Больные были разделены на две группы (по 31 пациенту), сопоставимые по полу, возрасту, степени и стажу АГ, сопутствующей патологией. Первой группе назначалась фиксированная комбинация иАПФ и АК (престанс, «Servier») в дозе 5/5 мг с последующим увеличением дозировки до 10/5 мг или 10/10 мг. Второй группе – свободная комбинация и АПФ (престариум, «Servier») и АК (тенокс, «KRKA») в дозе 5 мг+5 мг с последующим увеличением дозировки до 10 мг +5 мг или 10 мг+10 мг. Исходно и через 8 недель изучались общее состояние, эффективность и переносимость терапии, проводились оценка показателей и внутрисердечной гемодинамики ЭХОКГ США), лабораторных показателей.

Результаты. На фоне терапии целевые значения АД достигнуты у 70,9% пациентов 1 группы и у 67,7% пациентов 2 группы. Отмечено снижение систолического АД (САД) в 1 гр. на 33,2□,8 мм рт.ст., во 2 гр. на 32,6Ґ}2,2 мм рт.ст., диастолического АД (ДАД) на 18,6Ґ}2,1 мм рт.ст., и 18,8Ґ} 2,3 мм рт.ст., соответственно. У 41,9% пациентов 1 группы и у 37,8% – 2 группы терапия привела к нормализации суточного профиля АД. По данным Эхо КГ выявлено снижение индекса массы миокарда левого желудочка на 12,9% и на 11,4%, увеличение ФВ ЛЖ на 16,8% и на 14,6% соответственно. Анализ переносимости терапии показал, что у 2 пациентов (6%), находившихся на лечении свободной комбинацией и АПФ и АК отмечался сухой кашель и в 5 случаях (16%) – отёк лодыжек, что привело к отмене препарата. В группе фиксированной терапии не было отмечено появления сухого кашля, однако у 3 пациентов (9,6%) был зарегистрирован отёк лодыжек. На фоне проводимой терапии отмечено незначительное снижение (p>0,05) показателей липидного (ОХ, ХС-ЛПНП, ТГ) и углеводного обменов.

Выводы. У пациентов с АГ терапия фиксированной и свободной комбинацией иАПФ и АК приводит к достоверному снижению показателей и нормали-

зации суточного профиля АД, благоприятно влияет на процессы ремоделирования и лабораторные показатели. Однако переносимость терапии в группе, принимавшей фиксированную комбинацию, достоверно лучше.

ОСОБЕННОСТИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ В ПЕРИОД ТОКСЕМИИ У ОБОЖЖЕННЫХ РАННЕГО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Фаязов А.Д., Мухитдинова Х.Н., Камилов У.Р., Абдуллаев У.Х.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Проблема адекватной инфузионной терапии при ожоговой болезни у детей раннего возраста остается недостаточно изученной, актуальной. Существующие в литературе рекомендации не всегда дают положительный эффект, часто по ходу теления приходится проводить коррекцию объема, пути введения и состава жидкости.

Цель. Изучить особенности инфузионной терапии в период токсемии у детей до 3 лет.

Изучены данные исследований в возрасте от 5 месяцев до 3 лет 25 детей. Больные рассматривались в зависимости от тяжести и площади повреждения, возраста, длительности лечения в условиях ОРИТ. Так в младенческом возрасте количество детей, находившихся в ОРИТ до 10 суток, оказалось 15 (1 подгруппа), 11–20 дней – 5 детей (2 подгруппа), более 21 суток (21–40 дней – 5 младенцев). Интенсивная терапия с момента поступления была направлена на выведение из ожогового шока, одновременным обезболиванием и внутривенным введением кристаллоидов, волемических растворов под контролем гемодинамики, объема диуреза.

Параметры сердечного выброса и общего периферического сосудистого сопротивления во всех группах поддерживались на возрастном уровне в период токсемии ожоговой болезни в младенческом возрасте.

Обнаружено, что в 1 сутки после ожоговой травмы общий объем вводимой воды соответствовал физиологической потребности у детей раннего возраста. В последующие дни у пациентов 1 группы водная нагрузка имела наклонность к увеличению до максимальных значений на 6 (на 57%, $p<0,05$) и 9 (на 84%, $p<0,05$) сутки, что было вызвано целесообразностью возмещения дефицита не только в связи с возросшими потерями, но и необходимостью дезинтоксикационной терапии. Во 2 группе детей достоверно значимое увеличение водной нагрузки наблюдалось уже на 2 сутки (на 58%), 3 (на 76%), 6 (на 65%), 7 (на76%), 8 (55%), 9 сутки (на 52%). Интересен тот факт, что у наиболее тяжелых больных достоверно значимое увеличение объема инфузионной терапии выявлено только на 3 сутки (на 36%). Последнее, скорее всего было обусловлено ограничением водной нагрузки в остальные дни в связи с сравнительно более значительным риском развития сердечной декомпенсации. Внутривенная инфузионная терапия проводилась в объеме в среднем в 1 группе 82–87 мл/кг, во второй – 67–91 мл/кг, в третьей – существенно не отличалась от 1 и 2 групп (91–75 мл/кг в сутки). Таким образом, объем внутривенной водной нагрузки определялся не только необходимостью адекватного восполнения дефицита ОЦК, но и учетом ограниченных ресурсов сердечно-сосудистой системы, гидрофильностью тканей возрастного генеза. Подтверждением риска развития острой сердечной недостаточности является обнаруженный возможный механизм повышения ОПСС в связи с увеличением внутривенной инфузионной терапии (0,7758), общего количества вводимой за сутки воды (0,7992) у больных 3 группы. Последнее вызывало необходимость тщательного контроля объема инфузионной терапии в исследуемой группе (возможность включения в коррекцию диуретиков, кардиотоников). Подтверждением является умеренная полиурия на протяжении всего периода интенсивной терапии. Так, только у детей 3 группы почасовой объем диуреза оказался достоверно больше показателя в 1 сутки более чем в два раза на 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 сутки.

Таким образом, впервые сутки эффективная противошоковая терапия включала поддержание общего количества вводимой жидкости на уровне физиологической потребности. У пациентов 1 группы водная нагрузка имела наклонность к увеличению до максимальных значений на 6 (на 57%) и 9 (на 84%) сутки. Во 2 группе детей достоверно значимое увеличение водной нагрузки наблюдалось уже на 2 сутки (на 58%), 3 (на 76%), 6 (на 65%), 7 (на 76%), 8 (55%), 9 сутки (на 52%). У наиболее тяжелых больных увеличение объема инфузионной терапии выявлено только на 3 сутки (на 36%), что было обусловлено сравнительно более высоким риском развития сердечной декомпенсации.

МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ОЖОГОВ – КАК ПРОФИЛАКТИКА АНЕМИИ У ДЕТЕЙ

Хакимов Э.А., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Курбонов Н.А., Ахмедов Р.Ф.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Несмотря на определенные успехи, достигнутые в лечении тяжелообожженных, летальность при глубоких обширных ожогах остается высокой и достигает 80–90%. Тяжелая термическая травма считается серьезным повреждающим фактором для всего организма (нарушение гемодинамики,

функции желудочно-кишечного тракта, печени, почек, метаболизма, деятельности свертывающей и противосвертывающей систем, иммунитета и др.).

Течение тяжелых ожогов у детей (глубокие 10% поверхности тела – п.т. и более) в настоящее время у всех больных сопровождается анемией. Подобное состояние наложило серьезный отпечаток на характер хирургического лечения тяжелообожженных. Анемия является серьезным противопоказанием для выполнения радикальных некрэктомий, когда интраоперационная кровопотеря нередко достигает 0,5–1 л. Поэтому становится весьма актуальной проблема хирургического лечения тяжелообожженных в условиях анемии.

Цель. Оценка эффективности применения способа ускоренной бескровной щадящей подготовки глубоких ожогов у детей к оперативному восстановлению утраченного кожного покрова.

Материал и методы. За период с 2005 по 2019 гг. в отделении комбустиологии Самаркандского филиала РНЦЭМП находилось на лечении 315 детей, из них в возрасте до 3 лет – 199 (37,7%). У 117 больных площадь глубокого ожога составила 2–5% поверхности тела (п.т.), у 90 – 6–10%, у 108 – 11–20% п.т. Мальчиков было 190 (60,3%), девочек – 125 (39,7%).

У 19 детей с ожогами в среднем 20% п.т. (глубоких из них в среднем 10% п.т.) в течение 1-х суток после поступления специальным инструментом на ожоговых струпах наносили множественны микроперфорации диаметром каждая 1–1,5 мм на глубину 0,8–0,9 см среднем на площади 18% п.т. При возникновении кровотечения из перфорационного отверстия последнее расширялось и выполнялся гемостаз, после чего накладывали повязки, создающие влажную среду в ране (пленка «Брейменде рм»). Степень эффективности способа определяли на основании оценки сроков очищения ран от нежизнеспособных тканей, сроков выполнения 1-го этапа оперативного восстановления утраченного кожного покрова, лабораторных показателей (клинические анализ, белковый состав крови и др.). В группе сравнения некрэктомии начинали выполнять не ранее 7–9 суток после травмы при появлении признаков секвестрации.

Результаты. Применение множественных микроперфораций в ранние сроки в сочетании с влажной средой позволило очистить значительную часть ожоговых ран от нежизнеспособных тканей в сроки 8–11 суток и выполнить свободную пересадку кожи на 15–18 сутки (в среднем на 16-е сутки) с момента травмы. АДП выполняли при показателях Hb – 118 г/л, эритроцитов – $4,48\times10^{12}$ /л, общего белка – 70 г/л. В группе сравнения эти показатели соответственно были на 30-е сутки, Hb – 82 г/л, эритроциты – $3,2\times10^{12}$ /л и общий белок 58 г/л. Приживление аутотрансплантатов во всех случаях было хорошим.

Ускоренная бескровная, щадящая подготовка глубоких ожогов к АДП в сочетании с влажной средой позволяет достигнуть адекватной декомпрессии тканей, улучшить репаративные процессы, добиться очищения ран от нежизнеспособных тканей с минимальной кровопотерей и выполнить 1-й этап оперативного восстановления утраченного кожного покрова в ранние сроки при адекватных показателях красной крови и белкового состава крови.

Выводы. Лечение ожоговой анемии на современном этапе остается крайне тяжелой проблемой. Отсутствие единого протокола не позволяет комбустиологам использовать весь спектр своих возможностей и потенциал современной медицины для предупреждения и лечения этого грозного осложнения. Создание единого протокола может дать новые знания об этой проблеме, объединяя специалистов для ее решения и способствовать широкому применению разработанных во всем мире новых технологий с целью улучшения качества медицинской помощи на современном этапе.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Ҳамдамов У.Р., Рахимов А.Ш., Холиков Ф.Й.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Проблема лечения тромбоза глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК) и профилактики тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) остается актуальной благодаря высокой распространенности этих заболеваний, тяжести течения, сложности диагностики из-за полиморфизма клинических симптомов. Основным методом лечения ТГВНК и профилактики ТЭЛА является антикоагулянтная терапия, в том числе и после хирургических вмешательств по поводу флотирующего тромбоза и ТЭЛА, но и она имеет ряд противопоказаний и осложнений. Давно назрела необходимость появления безопасного, эффективного, простого применении перорального антикоагулянта, каким и явился прямой пероральный ингибитор Ха фактора свертывания – препарат ривароксабан.

Цель. Оценить эффективность и безопасность терапии острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей пероральным антикоагулянтом ривароксабан.

Материал и методы. Исследование включало 65 пациентов (41 мужчину и 24 женщины) в возрасте от 32 до 84 лет (средний возраст 61,0±5,5 лет). Всем пациентам после подтверждения диагноза применялось начальное лечение препаратами гепарина в течение 2 суток с последующим переводом на ривароксабан в дозе 15 мг 2 раза в сутки до 3 недель с момента начала заболевания с последующим переходом на однократный прием дозы 20 мг.

Результаты. Пациенты наблюдались в течение 3–6 месяцев от начала заболевания. Конечными точками исследования были: оценка темпов изменения тромба с помощью инструментальных методов и частота развития геморрагических осложнений. При применении ривароксабана рецидивов венозных тромбоэмболий отмечено не было. Кумулятивная частота развития геморрагических осложнений составила 10,8% (7 пациентов), из которых только у 2 пациентов были значимые осложнения, потребовавшие обращение к врачу, временной приостановки терапии (10 дней).

Выводы. Проведенное исследование показало эффективность, безопасность и удобство применения препарата ривароксабан в лечении острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей.

НЕИНВАЗИВНАЯ ИВЛ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТРУДНЫМ ДЫХАТЕЛЬНЫМ ПУТЕМ

Ходжамбердиев А.Р., Пахмурин И.Р., Гафуров Б.З.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Случаи гибели пациентов, возникшие в процессе обеспечения проходимости дыхательных путей, известны любому врачу. Они вызывают отчаяние и боль, так как, несмотря на то, что прошло уже более века, как Лилиенталь произвел интубацию трахеи с помощью ларингоскопа, никому не удалось выработать стереотип действий, который бы обеспечивал полную успешность и абсолютную безопасность этого метода, особенно у пациентов с трудным дыхательным путём (ТДП). Потеря контроля в поддержании проходимости дыхательных путей, возникает неожиданно и ведет к нарушению вентиляции и оксигенации, что существенно повышает как развитие тяжелых неврологических расстройств, так и летальность. (Молчанов И.В., Заболотских И.Б., Магомедов М.А. 2006). Необходимость в интубации больных с декомпенсированной недостаточностью дыхания связана с применением медикаментозной депрессии дыхания, нарушением вентиляционно-перфузионных отношений и непредсказуема при критических цифрах оксигенации, что может проявиться тяжелой ответной реакцией сердечно-сосудистой системы на введение интубационной трубки в трахею вплоть до остановки сердца.

Цель. Совершенствование методов респираторной терапии применением неинвазивной искусственной вентиляции легких (НИВЛ) при острой дыхательной недостаточности тяжелой степени у больных с ТДП, нивелирующих побочные и вредные эффекты, связанные с наложением искусственных дыхательных путей (эндотрахеальные и трахеостомические трубки) и переводом на ИВЛ.

Материал и методика. НИВЛ в 2017–2019 гг. применялась перед интубацией трахеи в отделениях реанимации 152 пациентам (26,62% от числа интубированных больных) с тяжелой степенью дыхательной недостаточности в стадии декомпенсации и наличием ТДП (> 4 баллов суммарного риска по Wilson и 11 баллов по шкале Arne) и трудном дыхательном доступе у больных с ЧМТ, при выраженной артериальной гипоксемии, резистентной к кислородотерапии (PaO_2/FiO_2<125 мм. рт.ст.), с повышением $PaCO_2$ до 44 мм.рт.ст. и признаками тяжелого метаболического ацидоза со снижением pH крови до 7,10–7,15. НИВЛ осуществлялась респиратором Vela Viasys Ventilator System через лицевую маску в режиме синхронизированной прерывистой принудительной вентиляции (NPPV SIMV). НИВЛ осуществляли без предварительной интубации и применения мышечных релаксантов. В 62 случаях (40,79%) методика обеспечила возможность полной синхронизации самостоятельного дыхания с установленными аппаратными параметрами. В 90 случаях (59,21%) у возбуждённых больных синхронизации с аппаратом достигали применением кетофола в соотношении 1/1 из расчета 2 мг/кг веса каждого препарата.

Выводы. Главным преимуществом данного способа ИВЛ является то, что она осуществляется при сохраненном дыхании больного через лицевую маску, а синхронизация работы аппарата и дыхания больного практически достигается при полном исключении любых видов медикаментозного подавления спонтанного дыхания. Последний факт положительно сказывается на сохранении «сердечной помпы», обеспечивающей полноценный механизм в малом круге кровообращения. Применение этого способа перевода на инвазивную ИВЛ больных с декомпенсированной недостаточностью дыхания позволяет значительно стабилизировать в лучшую сторону основные показатели оксигенации, что благоприятно сказывается на выживаемости и качестве жизни у данной категории пациентов.

ВЫБОР МЕТОДОВ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У ОЖОГОВЫХ БОЛЬНЫХ

Шарапов П.К., Халиков В., Рахмонов Г., Махмудов А.А.

Андижанский филиал РНЦЭМП

В комплексном лечении ожоговых больных одной из основных проблем является адекватная анестезия поражённых участков. Важными аспектами решения проблемы обезболивания больных с термическими поражениями являются выбор метода анестезии с учётом глубины, площади поражения, объёма хирургического или иного вмешательства, продолжительность постургентной боли. Особое место занимают – эмоциональный фон «ожидание боли», больной не спит накануне перевязки, опера-

ции, а также добавление ещё и наркозависимости от частого применения наркотических и психотропных средств.

Материал и методы. В отделении комбустиологии начиная с июля 2019 года применяется региональная проводниковая анестезия при хирургических вмешательствах и перевязках ожоговых ран. Обследовано 57 больных с термическими повреждениями, находившихся на стационарном лечении за период с 1 июля 2019 г до 1 марта 2020 г. Выделена контрольная группа – 26 больных, которые имели сегментарные (преимущественно конечности, ожоги не превышали локально 10%, а суммарно 30%) поражения. Контрольную группу составили 31 больной с сопоставимыми термическими поражениями. Распределение по полу – 34 мужчин и 23 женщины, средний возраст составил 32±8,2 года. В обеих группах были больные подросткового возраста (в1 группе – 6, во 2 группе – 9). Площадь поражений – до 15% у 37 больных, до 30% – 20 больных.

Проводниковую анестезию проводили за 5–7 минут до манипуляции по стандартной методике, руководствуясь картой иннервации чувствительных нервов при наложении на зону поражения. Начиная с 2020 года стали применять поддержку в виде портативного УЗИ для визуализации нервных стволов конечностей.

Региональная и проводниковая анестезии позволяют достичь достаточного обезболивания при манипуляциях на ожоговых ранах. Нами замечено, что региональная анестезия в отличие от общей и проводниковой анестезии, некоторым образом, благоприятно влияет на репаративные процессы в ране. Имело место сокращение пребывания этой группы больных в стационаре на 1±0,8 дня. Ввиду малого количества больных мы пока не можем с уверенностью утверждать о предпочтениях применения региональной анестезии ожоговых ран. Это также связано с трудностью нахождения и идентификации чувствительных нервов в местах их выхода от основных стволов и узостью их межфасциальных пространств.

Выводы. При манипуляциях на ожоговых ранах региональная и проводниковая анестезии являются достаточными в плане обезболивания сегментарных, не превышающих локально 10%, а суммарно 30%, термических поражениях.

P.AERUGINOSA В СПЕКТРЕ МИКРОБНЫХ КУЛЬТУР

Шарафитдинова Г.Х., Мухамеджанова Н.Н., Шарипов Р.О.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель. Изучение инфицированности пациентов и частоты встречаемости P.aeruginosa среди других условно-патогенных возбудителей госпитальных инфекций в РНЦЭМП.

Материал и методы. Анализ этиологической структуры госпитальных инфекций проводили по данным бактериологической лаборатории РНЦЭМП за 2017–2019 гг. Материалом исследования служили кровь, отделяемое брюшной и плевральной полостей, моча, раневое отделяемое. мокрота и др., взятие производили общепринятыми методами, при идентификации возбудителей использовали Руководство Берги (1984, 1997).

Результаты. На первом этапе провели выборочный анализ ряда отделений за 2018–2019 гг. по частоте выявляемости проб биоматериалов с отсутствием роста. Как показали результаты анализа, частота выявления проб биоматериала отсутствием роста намного выше в отделениях терапевтического профиля (49,4%–43,8%), чем хирургического (22,4–30,7%), что, вероятно, связано с высоким удельным весом анализов крови и мочи, нередко дающих отрицательный результат посева. Частота ассоциации микроорганизмов материала с наличием роста. в среднем составила 16% и выявлялась в основном в мокроте.

Что касается P.aeruginosa – в общей этиологической структуре РНЦЭМП синегнойная палочка не являлась ведущим возбудителем на протяжении периода наблюдения и не имела тенденции к росту. Так, частота её выделения из биоматериалов больных с назокомиальной инфекцией за трёхлетний период составляла среди за грамотрицательных бактерий 11,3%, 12,7%, 11,8% соответственно. Однако, если проанализировать отдельно микробную флору отделений хирургического профиля, синегнойная палочка. наравне с K. pneumoniae. занимала лидирующую позицию. Так, анализ 2016 г. показал, что удельный вес P.aeruginosa в абдоминальном, торакоабдоминальном и эндохирургии составлял 11,1% от всех выделенных грамотрицательных бактерий (всего 1852). Более высокие показатели были получены в хирургической реанимации – 16,8%.

Удельный вес P.aeruginosa в общей этиологической структуре госпитальных инфекций был невысок и в процессе наблюдения не повышался. Более высокие показатели были получены в хирургической реанимации – 16,8%.

ДИАГНОСТИКА И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ЭНЦЕФАЛИТОВ

Шарипова В.Х., Бахадирханов М.М., Анваров А.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкентский институт усовершенствования врачей

Ведущее место среди этиотропных препаратов в терапии герпесвирусных инфекций занимают ацикловир и ганцикловир. Чувствительность герпесвирусов к ацикловиру можно расположить в по-

рядке убывания следующим образом: ВПГ-1, ВПГ-2, ВГ-3>ЭБВ, ЦМВ>ВГЧ-6, ВГЧ-7, ВГЧ-8.

Цель. Определение этиологического фактора у больных энцефалитами и изучение эффективности проводимой этиотропной терапии в составе комплексного лечения.

Нами обследовано 124 больных с энцефалитами, находившихся на стационарном лечении в отделении экстренной неврологии в период с 2011 по 2019 год. Этиологическую расшифровку проводили методом ПЦР из ликвора. I группу составили 72 больных (58,1%) – ВИЧ-негативные, II группу – 52 больных (41,9%) – ВИЧ-позитивные. В I группе средний возраст больных составил 49,82±2,96 лет, мужчин и женщин было 45 (62,5%) и 27 (37,5%) человек соответственно. Во II группе средний возраст больных составил 42,28±2,74 лет. Мужчин было 29 (55,8%); женщин – 23 (44,2%).

Клинические проявления характеризовались острым началом с лихорадкой у всех пациентов. Головная боль диффузного характера характеризовалась как «давящая» у 94 (75,8%) и «распирающая» у 30 (24,2%) наших больных; тошнота и рвота зафиксированы у 78 (62,9%) пациентов. У 112 (90,3%) пациентов были двигательные нарушения, чувствительные расстройства констатированы у 94 (75,8%) пациентов, умеренные преходящие бульбарные расстройства – у 79 пациентов (63,7%), изменения со стороны глазодвигательных нервов были зафиксированы у 37 больных (29,8%).

В I группе у больных из ликвора выделено ВПГ-1/2 у 12 (16,6%) пациентов, у 6 (8,3%) – Эпштейн-Барр вирус (ЭБВ), у 2 (2,8%) пациентов – ЦМВ. Во II группе преобладал ЦМВ – у 13 (25%) пациентов, у 8 (15,4%) – ЭБВ, у 2 (3,8%) – ВПГ-1/2.

Больным с подтвержденным ВПГ S типа назначали ацикловир внутривенно капельно из расчета 10 мг/кг в 3 приема каждые 8 часов в течение 14 дней. При ЦМВ и ЭБВ ВЭ мы применяли ганцикловир в дозе 5–10 мг/кг, растворенный в 100 мл физиологического раствора, который вводился внутривенно капельно медленно в течение 1 часа каждые 12 часов (2 раза в сутки) в течение 7–14 дней.

В I группе в исходе заболевания у 6 из 20 (30%) больных оставались стойкие двигательные нарушения. У 7 (35,5%) пациентов сформировалась симптоматическая эпилепсия. У 2 (10%) больных исходом ГЭ явился психоорганический синдром эксплозивного типа. Во II группе в исходе ВЭ у 3 (14,2%) больных сформировалось хроническое вегетативное состояние, у 3 (14,2%) – симптоматическая эпилепсия, у 3 (14,2%) – стойкие двигательные нарушения, у 2 (9,5%) – исходом ГЭ явился психоорганический синдром эксплозивного типа и у 2 (9,5%) – корковая слепота. Летальность составила в I группе 4 (20%), во II группе – 9 (42,8%).

Выводы. Констатация ВИЧ-серопозитивного статуса пациента снижает вероятность положительного исхода и значительно повышает частоту летальности.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ЭНЦЕФАЛИТОВ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИКИ РНЦЭМП

Шарипова В.Х., Бахадирханов М.М., Анваров А.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкентский институт усовершенствования врачей

Заболеваемость энцефалитами по данным ВОЗ составляет 7–9 случаев на 100000 населения (Tyler K.L., 2018). Вирусные энцефалиты (ВЭ) составляют до 80–89% среди всех этиологических агентов, вызывающих данное заболевание (Шнайдер Н.А., 2010). Исследования показали, что наиболее частой причиной развития ОВЭ был вирус простого герпеса (16% случаев), за которым следуют ветряная оспа (5%), эпидемический паротит (4%) и вирус гриппа (4%) (Протас И.И., 2000). При широком внедрении в практику таких современных методов этиологической лабораторной диагностики ВЭ, как ПЦР и ИФА, появилась возможность выявлять этиологический фактор у большинства пациентов энцефалитами и применять этиотропную терапию для подавления конкретного вируса – возбудителя ВЭ.

Целью исследования явилось выявление и структуризация ВЭ в условиях отдельно взятого отделения интенсивной терапии и реанимации РНЦЭМП г. Ташкента.

Материал и методы. В нашем исследовании принимали участие 124 пациента с ВЭ. Всем пациентам мы проводили экспресс-исследование на ВИЧ и констатировали статус «ВИЧ-серопозитивный» у 52 больных, которым провели ИФА-исследование для выявления антител к вирусу ВИЧ и подтвердили диагноз. Часть пациентов (46) знали о своем статусе «ВИЧ-серопозитивный» (со слов родственников), у остальных пациентов данный статус выставлен впервые. Исходя из статуса ВИЧ, мы разделили больных на 2 группы: I группа – больные с ВИЧ-серонегативным статусом и II группа – больные с ВИЧ-серопозитивным статусом.

Состояние больных I группы практически по всем исследуемым параметрам было ожидаемо лучше, как субъективно (результаты исследования по неврологическим шкалам), так и объективно – по всем остальным показателям. ВИЧ-положительный статус больных предполагает более тяжелое течение ВЭ и большую продолжительность заболевания вкупе с менее оптимистичным прогнозом восстановления функционального состояния головного мозга. В I группе больных, по сравнению с II группой, выраженность реактивных изменений ЦСЖ была сильнее, в то время как общий неврологический статус и клинические проявления были хуже во II группе.

Всем больным для определения этиологии заболевания проводили исследование крови и ЦСЖ проводили полимеразную цепную реакцию (ПЦР) для выявления присутствия ДНК вируса. У всех больных был подтвержден острый характер ВЭ.

В I группе констатировали энтеровирус у 25 (34,7%), ВПГ-1/2 у 12 (16,6%) пациентов, у 6 (8,3%) – Эпштейн-Барр вирус, у 2 (2,8%) пациентов – цитомегаловирус. Во II группе преобладал ЦМВ – у 13 (25%) пациента, у 8 (15,4%) – Эпштейн-Барр вирус, у 2 (3,8%) – ВПГ-1/2.

Таким образом, при ВИЧ-серонегативном статусе пациентов чаще всего встречается энтеровирус (34,7%) и ВПГ – 1/2 (16,6%), а при ВИЧ-серопозитивном статусе – ЦМВ (25%) и Эпштейн-Барр вирус (15,4%).

НЕОТЛОЖНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПОЧЕК В УСЛОВИЯХ РАЙОННЫХ БОЛЬНИЦ

Шодмонова З.Р., Гафаров Р.Р.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Своевременная диагностика и лечение закрытых повреждений почек (ЗПП) в специализированных учреждениях, где есть возможность использования достижений современной медицины: ультразвуковая диагностика, компьютерная томография и ангиография, не представляет особых трудностей. Однако, оказание практической помощи больным с травмой почек в районных больницах находится не на должном уровне. Это связано с тем, что, несмотря на оснащение современным оборудованием, на уровне районного звена здравоохранения имеют место случаи неполноценной и несвоевременной диагностики, а также недостаточность опыта при интерпретации результатов исследования специалистами на местах.

Цель. Улучшение результатов диагностики и лечения больных с ЗПП.

Материал и методы. За период с 2015 г. по 2020 г. в отделении урологии Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи находилось на лечении 74 пациента с ЗПП, поступивших вторично из районных больниц Самаркандской области. Известно, что сегодня в диагностике травм повреждений почек во всех лечебных учреждениях начинается с ультразвукового исследования (УЗИ). Однако следует отметить, что УЗИ не обладает достаточной чувствительностью для первичной диагностики забрюшинных гематом при травмах почек и мочевых путей, поэтому должно применяться в сочетании с другими методами. В процессе диагностики 57 (77%) пациентам была выполнена экскреторная урография, которая позволяет судить о характере повреждения, функции почки и дает точные сведения о наличии и функции контрлатеральной почки, что важно в случае намечающегося оперативного вмешательства и возможной нефрэктомии.

Для того, чтобы правильно поставить диагноз, от которого будет зависеть дальнейшая лечебная тактика, врач должен знать все разнообразие рентгенологических симптомов, встречающихся при травмах почек и мочевых путей.

Результаты. В зависимости от тяжести повреждения клинико-рентгенологическая картина закрытых повреждений почек бывает очень разнообразна. Нами изучено 57 обзорных и экскреторных урограмм и выявлены характерные рентгенологические признаки, позволяющие правильно оценить состояние почек и выбрать рациональную тактику в лечении. Так, признаками ретроперитонеальной околопочечной урогематомы являлись обширная разлитая гомогенная тень в области почки, отсутствие контуров m. psoas, смещение мочеточника и сколиоз, которые наблюдались у 23 (40,3%) пациентов.

При наличии позднего выделения контрастного вещества или снижения его интенсивности на стороне поражения, отсутствие деформации лоханки и чашечки свидетельствовало об ушибе почки, последний имел место у 11 (19,3%) пациентов. Серповидное затекание контрастного вещества в паренхиму почки являлось признаком субкапсулярного разрыва почки у 14 (24,6%) пациентов, а экстравазация и увеличение размеров одной из почек наблюдалось при контузии мозгового вещества почки – у 9 (15,8%) пациентов. При глубоких и множественных разрывах выявлялась ампутация чашечек, затекание контраста за пределы почки и феномен «немой» почки 23 (40,3%).

Эти данные показывают, что экскреторная урография позволяет распознать вид и тяжесть повреждения почки в большинстве случаев. К ретроградной пиелографии прибегали крайне редко (в 3 случаях), т.е. по строгим показаниям, так как экскреторная урография позволяла ответить на многие вопросы. Так, учитывая клинико-рентгенологическую картину повреждений, мы прооперировали 28 (37,8%) пациентов, которым было выполнено 11 (14,9%) нефрэктомий, а у 17 (22,9%) проведено ушивание почек. У 46 (62,2%) пациентов проводилось консервативное лечение с хорошими ближайшими и отдаленными результатами.

Выводы. Таким образом, оказание неотложной помощи при ЗПП в районных условиях при затруднениях в интерпретации результатов УЗИ, экскреторная урография должна оставаться ведущим диагностическим методом. Дежурный хирург и уролог должны владеть этим несложным, но достоверно информативным методом, который способствует своевременному, правильному выбору тактики лечения больных с ЗПП.

ДИСТАНЦИОННАЯ ЛИТОТРИПСИЯ У ПАЦИЕНТОВ С КАМНЯМИ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ

Шодмонова З.Р., Хамраев Ш.Ш., Шукуров А.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Пациенты с камнями единственной почки представляют особую категорию больных мочекаменной болезнью, выбор метода лечения у которых представляет собой сложную задачу. Особую роль при этом играет необходимость незамедлительного оказания помощи. В настоящее время многие исследователи подчеркивают риск консервативного лечения таких больных и рекомендуют вмешательство даже при бессимптомных камнях. Внедрение различных малоинвазивных методов лечения значительно уменьшило риск прогрессирования нарушений функции единственной почки и повысило возможности безопасного и эффективного лечения. Одним из таких малотравматичных методов лечения больных с коралловидными камнями единственной почки является дистанционная нефролитотрипсия (ДЛТ).

Цель исследования. Изучение показаний и оценка клинической эффективности ДЛТ в лечении больных с нефролитиазом единственной почки.

Материалы и методы. За период 2015–2020 гг. под нашим наблюдением находились 43 больных с нефролитиазом единственной почки, в возрасте от 19 до 67 лет. Из них женщин было 24 (56%), а мужчин – 19 (44%) человек. Всем больным проведено комплексное обследование: клинико-лабораторное, УЗИ, рентгенологические, в том числе и МСКТ с денситометрией конкремента. Результаты исследования позволили у 4 (9,3%) пациентов впервые выявить врожденную единственную почку, у 7 (16,3%) она была определена в детском возрасте, а у 32 (74,4%) больных выявлена единственная функционирующая почка, т.е. после различных оперативных вмешательств, в том числе и после нефрэктомии – 21 (49%) пациент. При этом камень правой почки диагностирован в 24 (55,8%) случаях, левой почки – в 19 (44,2%) случаях. Критерии включения пациентов в исследование были следующими: наличие нефролитиаза единственной почки (врожденная или приобретенная единственная почка), размер камня более 7 мм и до 2 см в диаметре. Критерии исключения: обострение калькулёзного пиелонефрита, наличие калькулёзного гидронефроза, нефролитиаз при наличии конкрементов более 2 см в диаметре, все другие урологические заболевания в острой стадии и выраженные нарушения функции печени, почек или других жизненно важных органов, сопровождающиеся декомпенсацией их функций.

Результаты исследования. Всем пациентам, соответствовавшим критериям включения и вошедшим в исследование, было выполнено стентирование мочеточника и проведен курс консервативного лечения (спазмолитики, антибактериальная терапия, обильное питье (1,5–2 л в сутки)) в течение не менее 2-х недель. Через 10 дней после установки катетера-стента всем больным проводили дистанционную литотрипсию (ДЛТ) 3000 ударов, после чего дренаж удаляли.

По данным УЗИ, рентгенологических исследований и МСКТ размеры камней у пациентов в максимальном измерении варьировали от 7 до 20 мм (в среднем – 12,6±5,4 мм). Плотность камней по шкале Хаунсфилда составляла от 220 до 1010 HU (в среднем – 550±120 HU). Нарушения уродинамики в верхних мочевых путях различного характера отмечены в 24-х (52,1%) наблюдениях. Концентрация мочевины в крови, креатинина, остаточного азота и билирубина имела значения верхней границы нормы.

Продолжительность оперативного вмешательства составила от 35 до 140 мин (в среднем 60,8±28,2 мин. Исход операции считали благоприятным, когда осуществлялось полное освобождение почки от камня либо наличие мелких фрагментов диаметром менее 5 мм. После одной процедуры ДЛТ такой эффект был достигнут у 33 (76,7%) пациентов. У остальных пациентов в связи с резидуальными фрагментами в 6 (14%) случаях проведены повторная дистанционная ударно-волновая литотрипсия из-за каменной дорожки, а в 2-х (4,6%) случаях пришлось прибегнуть к перкутанной литотрипсии и ещё в 2 (4,6%) случаях – к трансуретральной контактной литотрипсии. В результате у всех пациентов ликвидирована обструкция и восстановлена функция единственной почки. На следующих визитах через 5–7–10 дней (индивидуально) после сеанса ДЛТ выполняли УЗИ почек с последующим удалением стента, оценивали частоту отхождения фрагментов конкремента, по показаниям проводили обзорную и экскреторную урографию, клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови. При этом нами не было выявлено каких-либо выраженных негативных последствий воздействия энергии ударной волны на функциональное состояние органа.

Выводы. Таким образом, при адекватном подборе пациентов и своевременном выполнении процедура ДЛТ при камнях единственной почки является одним из наиболее малотравматичных и эффективных способов лечения данной категории больных.

ИНГИБИТОРЫ АПФ И ИНДАПАМИД В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Эшбоев А.Т., Гаффоров Б.Б., Маннонов М.З.

Сурхандарьинский филиал РНЦЭМП

Наиболее значимым фактором для определения прогноза у больных инфарктом миокарда является

приводящее к сердечной недостаточности ремоделирование сердца.

Цель исследования. Оценка информативности показателей систолической функции левого желудочка в остром периоде инфаркт миокарда в ранней диагностике сердечной недостаточности и изучение эффективности сочетанного применения и-АПФ и индапамида в его профилактике и лечении.

Материал и методы. Обследовано 54 больных ОИМ, госпитализированных в первые 2 суток болезни, обоего пола, в возрасте 29–75 лет, с исходными клиническими признаками СН 1–2 класса по Киллип. Больные были разделены на 2 группы: I группа – 29 больных, которые получали базисную терапию и II – группа 25 больных дополнительно к базисной терапии принимали диротон 2,5–10 мг/сут и индапамид 2,5–5 мг/сут ежедневно.

Исследование выполняли на 1-е и 28–30 сутки и через 3 месяца от начала заболевания. Гемодинамика контролировалась съемкой ЭхоКГ в динамике.

Результаты. УИ, СИ снижался к 1-м суткам заболевания, а затем на 28–30 сутки болезни существенно не изменялся. К 3-му месяцу эти показатели несколько возрастали по сравнение с контрольной группой. КДО и КСО с 1-х суток заболевание были сопоставимы с контрольной группой (164,2±7,1 и 168,8±6,3 мл соответственно 88,5±7,6: 89,1±7,2). Фракции изгнания значимо возрастали с 1-ой к 28-ым суткам заболевания (50,9±2,4: 57,1±2,2 соответственно, 50,7±2,0: 54,1±2,1) и в дальнейшем на всех этапах наблюдения не изменялись, оставаясь выше (56,1±2,2 соответственно 53,1±2,3), чем в контрольной группе.

К 3 месяцу заболевания количество больных с СН в основной группе уменьшились до 47%, в контрольной группе оно составило 68%.

Таким образом, раннее назначение диротон + дополнительно индапамида уменьшает выраженность дисфункции, патологического ремоделирования левого желудочка сердца, значительно снижает частоту клинических проявлений СН.

ЗНАЧИМОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ НЕОТЛОЖНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЧЕК

Эшбоев А.Т., Искандаров Э.Р., Чориев М.А., Менглиев Б.А., Саидов А.Х., Каюмов Т.А.

Сурхандарьинский филиал РНЦЭМП

Частота сочетанных травматических повреждений почек в последнее время в мире неуклонно растет, что обусловлено, с одной стороны ростом численности населения, с другой стороны, ростом и интенсивностью автомобильного и железнодорожного сообщения, также со строением высокоэтажных строений. В связи с чем данная патология приобретает особый характер. Ранняя диагностика и своевременное лечение сочетанных травматических повреждений почек до настоящего времени являются сложной и актуальной проблемой экстренной урологии.

Мы хотим поделиться результатом лечения 57 больных различного возраста с сочетанными травматическими повреждениями почек, находящиеся на лечение в нашем филиале в период с 2015 по 2019 гг. Среди пострадавших мужчин было 35 (61%), женщин – 22 (38,5%). Изучения показали, что большинство пациентов из наиболее активной социальной группы в возрасте: от 15 до 50 лет – 44 (77,5%), 50-60 лет – 11 (19%), старше 60 лет – 2 (3,5%).

Механизм получения травм был следующий: 34 пациента (60%) пострадали в следствии дорожных происшествий, 15 (26%) – падение с высоты, 8 (14%) – удар предметами в живот. В первые 2 часа от получения травмы были доставлены в приемное отделение филиала 26 (46%) пациентов, от 2-х до 24-х часов – 28 (49%), свыше 24 часов – 3 (5%). Состояние больных при поступлении во всех случаях было тяжелым, что было обусловлено не только повреждением почек, но и повреждением органов брюшной полости: повреждение печени – 6, разрыв селезенка – 10, гематома брыжейки тонкого кишечника – 6, у 24 пострадавших установлено черепно-мозговая травма, 11 – с переломом конечностей и костей таза.

Клиническая картина в большинстве случаев соответствовала характеру закрытых повреждений почек у всех 57 (100%) больных. Ведущее место среди диагностических методов было отведено ультразвуковой, рентгенодиагностический, а также компьютерной томографии, при необходимости проведена диагностическая лапароскопия, использование которых в любое время стало возможным в условиях организации службы экстренной медицины. Данные инструментальных методов исследования соответствовали интраоперационным находкам во всех 100% случаях. У 30 (53%) пациентов установлено повреждение почек с разрывом лоханки и чашечек, у 21 (37%) субкапсулярный разрыв почек с повреждением окружающих тканей, у 16 (10%) – размножение почки с отрывом сосудистой ножки.

У 25 (44%) пациентов выполнено оперативное вмещательство. В 5 случаях произведена нефрэктомия, в 9 – ликвидация подкапсулярной и ушивание раны, в 11 случаях устранение дефекта чашечно-лоханочной зоны, у 5 из них резекция разможенного полюса почки. В дооперационном периоде всем больным одновременно с диагностическими мероприятиями проводилась противошоковая гемостатическая, антибактериальная терапия, коррекция

гемостаза, мероприятия, направленные на ликвидацию других осложнений.

Характер оперативного вмешательства в каждом случае определялся индивидуально и был направлен на максимальное сохранение анатомических и физиологических функций пораженного органа. Провели дифференцированную предоперационную и послеоперационную комплексную терапию данной группы больных. Летальность больных составила 2 (3,5%), умерли больные с тяжелой открытой черепно-мозговой травмой. У 2-х пациентов (3,5%) наблюдалось нагноение послеоперационной раны.

Таким образом успешное лечение сочетанных травматических повреждений почек во многом зависит от ранней диагностики, своевременного и адекватного оперативного вмешательства, инфузионной терапии. Хотим подчеркнуть, что комплексное исследование УЗИ, рентген, компьютерная томография имеют особое значение при определении тактики лечения сочетанных травматических повреждений почек.

ТРОМБОЗЫ ГЛУБОКИХ ВЕН У ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Юсуфжонов Ж.М., Йўлдошев А.А., Хожакбаров А.Х., Болтаев А.А.

Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Изучить частоту выявления венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) у больных, оперированных по поводу варикозной болезни нижних конечностей (ВБНК) и разработать методы их профилактики.

Материал и методы. Проведён анализ результатов лечения 84 пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей, оперированных в разных клиниках Наманганской области с 2016–2019 гг. Среди них было 55 женщин (65,5%) и 29 мужчин (34,5%) в возрасте от 18 до 64 лет (средний возраст 36). При изучении анамнеза заболевания обращали внимание на факторы риска развития венозных тромбоэмболических осложнений. Всем без исключения пациентам выполняли ультразвуковое дуплексное сканирование вен нижних конечностей до операции, на 5-е и 30-е сутки послеоперационного периода.

Результаты. У 19 (22,6%) больных в ближайшем послеоперационном периоде выявили тромбоз глубоких вен нижних конечностей. Во всех случаях тромбоз носил дистальный характер, в 5-и наблюдениях (5,9%) тромб распространялся на подколенную вену, у 3 (3,6%) пациентов имел флотирующую верхушку длиной до 2 см. Эпизодов тромбоэмболии лёгочных артерий мы не зафиксировали. Интересен тот факт, что 30,2% пациентов с ВТЭО была назначена антикоагулянтная профилактика, что не предотвратило развитие тромбоза. При анализе профилактических мер у данной группы больных были выявлены нарушения режима, рекомендованных дозировок и сроков профилактики.

Выводы. Таким образом, ВТЭО являются реальной угрозой у пациентов, перенесших флебэктомию. Для больных с ВБНК до сих пор не разработаны адекватные способы профилактики ВТЭО, о чём свидетельствует выявленная нами частота послеоперационных тромбозов. Данная работа позволила нам подтвердить актуальность проблемы. Мы планируем продолжить исследование с тем, чтобы определить группы риска среди больных с ВБНК и разработать оптимальные методы профилактики послеоперационных ВТЭО.

СОДЕРЖАНИЕ

1. МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В УРГЕНТНОЙ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

МЕСТО МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙВ ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ РАНЕНИЙ.
Хаджибаев А.М., Туляганов Д.Б., Шукуров Б.И. 6

РЕЗУЛЬТАТЫ СИМУЛЬТАННЫХ И ЭТАПНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ СТЕНОЗАХ КАРОТИДНЫХ И КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ.
Хаджибаев А.М., Абдурахманов А.А., Машрапов О.А., Обейд М.А., Рахимова Р.А., Абдухалимов И.А., Рахимов Н.М. 9

ТОТАЛЬНОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА.
Абдурахманов А.А., Обейд М.А., Абдухалимов И.А., Машрапов О.А., Рахимов Н.М. 10

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХС ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ.
Абдурахманов М.М., Рузиев У.У. 10

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ.
Акилов Х.А., Урманов Н.Т., Ешмурадов А.Б. 11

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА У ДЕТЕЙ.
Алижанов А.А., Исхаков Б.Р, Исхаков Н.Б., Саидметов Ш.М., Базарбаев У.Р., Зуфарханов А.М., Робиддинов Б.С. 12

ВЫБОР АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ИНФИЦИРОВАННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ.
Алижанов А.А., Исхаков Б.Р, Базарбаев У.Р, Исхаков Н.Б., Рузиева Т., Ахмадалиев А. 13

ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПИЩЕВОДА.
Алижанов А.А., Исхаков Б.Р, Исхаков Н.Б., Робиддинов Б.С. 14

СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В УРГЕНТНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ.
Алижанов А.А., Исхаков Б.Р, Исхаков Н.Б., Базарбаев У.Р. 14

РОЛЬ ЭКСТРЕННОЙ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Аллазов С.А., Гафаров Р.Р, Хамроев Б.О., Латипов А.О. 15

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.
Атаджанов Ш.К., Мустафаев А.Л. 16

ЭНДОВИЗУАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА.
Атаджанов Ш.К., Мустафаев А.Л., Карабаев Х.К. 17

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СИНДРОМА МИРИЗЗИ.
Ачилов М.Т., Нарзуллаев С.И., Шоназаров И.Ш., Жаббаров З.И. 18

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ.
Аюбов Б.М. 18

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ УРГЕНТНЫХ ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ НА КОЙКАХ КРАТКОСРОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ В СОСТАВЕ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.
Белаш В.А., Лебедева А.А., Литусова Л.Ю., Челехсаева Д.С., Теплов В.М., Трофимов В.И. 19

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ САНАЦИОННОЙ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ПАНКРЕАТОГЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ
Ваккасов М.Х., Алижанов А.А., Исхаков Б.Р, Исхаков Н.Б., Робиддинов Ж.Б. 20

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.
Ваккасов М.Х., Алижанов А.А., Исхаков Б.Р, Исхаков Н.Б., Базарбаев У.Р. 21

Содержание

ВОЗМОЖНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО И МИНИМАЛЬНО-ИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ЖИВОТА.
Гаврищук Я.В., Тулупов А.Н., Демко А.Е., Колчанов Е.А. 22

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА.
Ганжиев Ф.Х., Холиков Ф.Й.,Хайдаров Ф.Н., Абдурахманов Ш.М. 22

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОВЫХ ЯЗВ У ОБОЖЖЕННЫХ С СЕПСИСОМ.
Даминов Ф.А., Карабаев Х.К., Хакимов Э.А., Тагаев К.Р, Карабаев Н.Б. 23

ПРИМЕНЕНИЕ ЛИМФОТРОПНОГО РЕЖИМА СЕЛЕКТИВНОЙ ДЕКОНТАМИНАЦИИ КИШЕЧНИКА ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ.
Джумабаев Э.С., Асронов Ш.Я., Джалалов А.С. 24

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА.
Джураев Ж.А. 24

РШТЁИМ ҚАШҚАДАРЁ ФИЛИАЛИ КИТОБ ТУМАН СУБФИЛИАЛИНИНГ 2020 ЙИЛДАГИ БАЖАРИЛГАН ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТИ КЎРСАТКИЧЛАРИ ТАҲЛИЛИ.
Дурсунов А.М., Саидов Х.С., Ҳасанов А.Қ., Шарипов З.Н., Ҳамдамов П.С. 25

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА.
Жалилов Э.Т., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Худойбердиев Б.А. 26

МЕСТО ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ ГРУДИ.
Жалилов Э.Т., Алижанов А.А., Исхаков Б.Р, Исхаков Н.Б., Худойбердиев Б. 26

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА.
Жамилов У.Р., Баймаков С.Р, Рахманов Р.О., Хусанходжаев Ж.У., Саметдинов Н.Ю. 27

РОЛЬ ЛУЧЕВЫХ И ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ТРАВМЕ ТАЗА.
Икрамов А.И., Халибаева Г.Б. 28

ВЕГЕТАТИВ ДИСБАЛАНС КОРРЕКЦИЯСИНИНГ ЛАПАРОСКОПИК ХОЛЕЦИСТОЭКТОМИЯ АМАЛИЁТИНИ ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШДАГИ АҲАМИЯТИ.
Искандарова Д.Э., Эшбоев А.Т., Искандаров Э.Р, Дусалов Ж.И. 29

СПОСОБ САНАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИТОНИТЕ.
Исхаков Б.Р., Алижанов А.А., Бозарбаев У.Р., Исхаков Н.Б., Собитханов С. 29

ГИДРОПРЕССИВНАЯ ИРРИГОАСПИРАЦИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ САНАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ПЕРИТОНИТОМ.
Исхаков Б.Р., Алижанов А.А., Исхаков Н.Б., Исламов Д. 30

МЕСТО ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА.
Исхаков Б.Р., Жалилов Э.Т., Исхаков Н.Б., Худойбердиев Б.А., Робиддинов Б.С. 31

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ АДГЕЗИОЛИЗИС У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ.
Исхаков Н.Б., Алижанов А.А., Исхаков Б.Р, Рузматов А.Э, Исманов А.А. 31

РЕЗУЛЬТАТЫ В БЛИЖАЙШЕМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ.
Кадиров Р.Н., Хаджибаев Ф.А. 32

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ АЛГОРИТМЕ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ.
Калмурзаев Е.К., Утениязов А.Б., Тлеумуратов Б.Д., Медетбеков М.Н. 33

РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ.
Калмурзаев Е.К., Жуманова Р.О., Нысанбаев. А.К. 33

СПОСОБ ОЦЕНКИ ВЫРАЖЕННОСТИ СИНДРОМА КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.
Каримов Ш.И., Асраров А.А., Баймаков С.Р, Юнусов С.Ш. 34

Содержание

РОЛЬ И МЕСТО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.
Каримов Ш.И., Асраров А.А., Баймаков С.Р., Юнусов С.Ш. 35

БАЧАДОН БЎШЛИҒИДАГИ ЁТ ТАНА – ЛИГАТУРАНИ АНИҚЛАШ ВА ОЛИБ ТАШЛАШДА ГИСТЕРОСКОПИЯНИ РОЛИ.
Кузибоева М.М., Туранова Н.М., Юсупова Р.Т. 36

БАЧАДОНДАН ТАШҚАРИ ҲОМИЛАДОРЛИКНИ ЛАПАРОСКОПИК УСУЛДА ДАВОЛАШНИНГ АФЗАЛЛИКЛАРИ.
Кузибоева М.М., Махмудов Н.И., Туранова Н.М. 36

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ.
Маматкулов А.Г., Махмудов Н.И., Усманов Б.С., Уринов Б.А. 37

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ВНЕДРЕНИЕ НАУЧНЫХ РАЗРАБОТОК В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ.
Маматов К.С. 38

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ.
Мансуров А.Б., Хайдаров А.А., Абдуллаев Н.С. 39

ВЛИЯНИЕ КВАНТОВОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ НИТЕЙ ИЗ ВИКРИЛА И ПРОЛЕНА
С МИНИИНВАЗИВНЫМИ РАНАМИ ТКАНЕЙ.
Мардонов Ж.Н. 39

ТУЗИЛИШ СТРУКТУРАСИ БЎЙИЧА ФАРҚЛАНУВЧИ МОНО- ВА ПОЛИФИЛАМЕНТ КАПРОН ЖАРРОҲЛИК ИПЛАРИНИНГ
МИНИИНВАЗИВ ТЕРИ ЖАРОҲАТЛАРДАГИ ТЎҚИМА БИЛАН ЎЗАРО ТАЪСИРЛАШУВИДАГИ ЎЗГАРИШЛАРГА
ЛАЗЕР ВА ЁРУҒЛИК ДИОДЛИ НУРЛАНТИРИШЛАРНИНГ ТАЪСИРИ.
Мардонов Ж.Н. 40

РОЛЬ ЭКСТРЕННОЙ ЭНДОСКОПИИ ПРИ ОСТРОМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ.
Махмудов А.Х., Мухтаров Х.А., Райимов Б.С., Самиев М.Б. 41

ЭРХПГ И ЭПСТ ПРИ СИНДРОМЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ.
Махмудов Н.И., Тухтакулов А.Ю., Сирожитдинов У.К., Мирзакаримов А.Н. 42

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ТРАНЗИТИРУЮЩЕЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ
ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ.
Машрапов О.А., Абдурахманов А.А., Обейд М.А., Муминов Ш.М., Рахимов Н.М., Абдухалимов И.А. 42

КЎКРАК ҚАФАСИ ГИРДОБСИМОН ДЕФОРМАЦИЯСИ БИЛАН ОҒРИГАН БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАРНИ
КАМ ИНВАЗИВ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШ.
Мирдадаев Ж.Ф. 43

ОШҚОЗОН ВА 12 БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА ПЕРФОРАЦИЯСИНИ ЛАПАРОСКОП УСУЛДА ДАВОЛАШ.
Саидов И.К., Хамроев Б.С., Тураев У.Р., Муродов Т.Р., Абдурахманов Ш.М. 44

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВИДЕОАССИСТИРОВАННОГО РЕТРОПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДЕБРИДМЕНТА
И КЛАССИЧЕСКОГО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДЕБРИДМЕНТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА
ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ.
Муслимов Г.Ф., Алиева Г.Р., Бехбудов В.В. 44

LAPAROSCOPIC SURGERY VERSUS OPEN COLON RESECTION IN PATIENTS WITH ACUTE PERFORETED DIVERTICULITIS.
Muslimov G., Aliyeva G., Imanova N., Behbudov V., Aliyev F., Jafarov H., Hasanova G., Guliyeva A., Aliyeva K., Abbasova X. 45

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПЕРИТОНИТА ПАНКРЕАТОГЕННОГО ХАРАКТЕРА.
Мусоев Т.Я., Аюбов Б.М., Болтаев Н.Р., Музаффаров Н.С. 46

ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТА.
ПАНКРЕАТОГЕННОГО ХАРАКТЕРА.
Мусоев Т.Я., Аюбов Б.М., Ходжаев К.Ш., Бафоев З.П. 46

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЫ.
Мустафакулов И.Б., Мухаммадиев М.Х., Камалов С.Ж., Махрамов У.Т., Рахмонов Ф.С. 47

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА: 15-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ДЖИЗАКСКОГО ФИЛИАЛА РНЦЭМП.
Норкузиев Ф.Н., Тожибоев М.П., Юлдошев М.Х., Ахмедов Х.Э., Холмурзаев Б.Ф., Гофуров А.Н. 47

Содержание

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ И ТРАДИЦИОННАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА.
Оразалиев Г.Б., Оразалиев Б.Х. 48

ЧРЕСПАПИЛЛЯРНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ.
Оразалиев Г.Б., Оразалиев Б.Х., Атаджанов Ю.А., Пак Г.В., Муцуров Х.С., Гвоздик В.В.2, Балалыкин А.С. 49

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ХРОНИЧЕСКИХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.
Расулов Ф. А., Туйчиев М.М., Махмудов Н.И., Самсаков Ф.Т. 50

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПАТОГЕНЕЗ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕТАТИТА.
Ризаев К.С., Янгиев Б.А., Саттаров Б.С. 51

ПРЕИМУЩЕСТВА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ.
Саидметов Ш.М., Исхаков Б.Р., Базарбаев У.Р., Исхаков Н.Б., Долимов Д.М. 53

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ
Сапаев Д.Ш. 53

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ.
Сапаев Д.А., Саттаров Ш.Я., Абдуллаев Б.П. 54

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.
Сомкина Е.А. 55

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ОДНОМОМЕНТНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА, КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ ИЗ ЛЕВОЙ ВСА И КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТА С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ.
Тешаев У.Ш., Мурадов М.М., Ярбеков Р.Р., Исматов А.А., Омонов С.Х., Курбанов Н.А. 56

ДЕКОМПРЕССИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ МИНИНИВАЗИВНЫМИ МЕТОДАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА.
Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О., Тилемисов Р.О., Хашимов М.А., Мирсидиков М.А. 57

О НАШЕМ ПЕРВОМ КЛИНИЧЕСКОМ ОПЫТЕ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ АНТЕГРАДНЫХ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА.
Тлеумуратов Б.Д., Тохтарбаев Д.Б., Сапарбаева Г.К. 58

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ.
Тулаков Р.П., Инаков А.Г., Шомуродов О.О., Элмуродов К.С., Назаров Ж.Ч., Файзуллаев Ф.Р. 59

МАЛОИНВАЗИВНАЯ ФИКСАЦИЯ РЕБЕРНОГО КЛАПАНА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ.
Тулупов А.Н., Бесаев Г.М.,Синенченко Г.И., Никитин А.В. 60

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА.
Тураев Р.И., Бегалиев С.М., Калмурзаев Е.К. 61

ЭНДОБИЛИАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ПРИ РУБЦОВЫХ СТРИКТУРАХ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ И НАРУЖНЫХ ЖЕЛЧНЫХ СВИЩАХ.
Туракулов У.Н., Саатов Р.Р., Джуманиязов Дж.А. 61

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ.
Ураков Ш.Т., Кенжаев Л.Р., Абдурахманов Ш.М., Ганиев А.А. 62

МЕХАНИҚ САРИҚЛИКНИНГ ЖИГАР ЦИРРОЗИ БИЛАН БИРГА КЕЛГАН ҲОЛАТЛАРДА ЭНДОСКОПИК РЕТРОГРАД ПАНКРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИЯНИНГ РОЛИ.
Ўроқов Ш.Т., Мусоев Т.Я., Кенжаев Л.Р. 63

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА.
Усаров Т.А., Карабаев Х.К., Мустафакулов И.Б., Камалов С.Ж., Мизамов Ф.О., Жабборов З.И. 63

Содержание

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ КРОВОТОЧАЩИХ ГИГАНТСКИХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.
Усербаев А.М., Калмурзаев Е.К., Тагаев П.Ж. 64

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ.
Фаязов А.Д., Ахмедов А.И. 65

ПРОФИЛАКТИКА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ.
Фаязов А.Д., Ахмедов А.И. 66

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАЦИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ ПРИ ТЕРМИЧЕСКИХ ТРАВМАХ.
Фаязов А.Д., Ахмедов А.И. 66

ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА.
Хаджибаев А.М., Рахимова Р.А., Шукуров Б.И., Рахимов Р.И. 67

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА.
Хаджибаев А.М., Рахимов Р.И., Махамадаминов А.Г., Набиев А.А., Халилов А.С. 68

ШКАЛА ПРОГНОЗИРОВАНИЯ КАТЕГОРИИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ СОЧЕТАЮЩИХСЯ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ИБС.
Хаджибаев А.М., Рахимов Р.И., Махамадаминов А.Г., Набиев А.А., Халилов А.С. 69

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.
Хаджибаев Ф.А., Алиджанов Ф.Б., Шукуров Б.И., Курбонов А.Б. 70

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ БИЛИАРНОГО ИЛЕУСА.
Хаджибаев Ф.А., Алиджанов Ф.Б., Курбонов А.Б., Муҳаммадаминов А.Г. 71

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ХОЛЕЦИСТОБИЛИАРНЫМ СВИЩОМ.
Хаджибаев Ф.А., Гуломов Ф.К., Алиджанов Ф.Б., Курбанов А.Б. 71

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА.
Хаджибаев Ф.А., Каримов Д.Р, Мадиев Р.З. 72

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ГЕМОСТАЗА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА.
Хаджибаев Ф.А., Кадиров Р.Н. 73

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ.
Хаджибаев Ф.А., Хашимов М.А., Ешмуратов А.Б., Мирзакулов А.Г. 74

КОРРЕКЦИЯ РАННИХ ВНУТРИБРЮШНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ.
Хаджибаев А.М., Хаджибаев Ф.А., Пулатов М.М., Махамадаминов А.Г. 74

РОЛЬ ТОРАКОСКОПИИ ПРИ ПОСТРАВМАТИЧЕСКИХ ГЕМОПНЕВМОТОРАКСАХ.
Хаджибаев А.М., Шукуров Б.И., Халияров Ч.Ф. 75

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕТРОГРАДНАЯ ПАНКРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИЯ И ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ ПРИ ДИВЕРТИКУЛАХ ПАПИЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ.
Хайдаров А.А., Абидов У.О., Саъдиев Э.С., Мирзаев В.И., Жумаева Н.Х. 76

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МИНИИНВАЗИВНЫМИ СПОСОБАМИ
Хайдаров Г.А., Эгамов Б.Т., Рузибоев С.А., Мансуров Т.Т. 77

РОЛЬ СТРАХОВОЧНОЙ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ.
Хаджибаев А.М., Туляганов Д.Б., Хакимов А.Т., Шукуров Б.И. 78

СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ.
Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Ҳамдамов Х.Х., Карабоев Б.Б., Касимов Н.А. 79

Содержание

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОРРЕКЦИИ ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ.
Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Карабоев Б.Б., Касимов Н.А. 80

РОЛЬ ФЕНОТИПО-ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ.
Хакимов Ш.К., Мухамедов Б.С. 81

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ БОЛЬНЫХ ГРУППЫ РИСКА.
Халикулов Х.Г., Мансуров А.А., Ахмедов У.Б., Муртазаев С.С., Алиев Ш.М., Чернов Д.А., Хидиров Д.Ф. 82

МИНИЛАПАРОТОМИЯ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ОСТРЫХ ХОЛЕЦИСТИТОВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.
Ходжибаев А.М., Эрметов А.Т., Юсуфбеков Д.А. 83

ПРИМЕНЕНИЕ ЧЕТЫРЕХКАНАЛЬНОГО ОРИГИНАЛЬНОГО ПОРТА ДЛЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ИЗ ЕДИНОГО ДОСТУПА.
Чугунов А.Н., Славин Л.Е., Яхин Р.Р. 83

БЛОКАДА ПРОСТРАНСТВА МЫШЦЫ, ВЫПРЯМЛЯЮЩЕЙ СПИНУ, ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ.
Шарипова В.Х., Сиябаев Ф.Х., Алимов А.Х., Содиков М.М. 84

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ТЕХНИКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ РАНЕНИЙ ШЕИ В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОГО ФИЛИАЛА РНЦЭМП.
Эгамбердиев Т.Э., Акбаров Ж.А., Эшонкулов Ч.И., Махмудов Н.И., Расулов А.Ф. 85

НАШ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ СПОСОБОВ УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.
Эгамов Б.Т., Хайдаров Г.А., Рузибоев С.А., Мансуров Т.Т. 86

ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.
Эгамов Б.Т., Усаров Т.А., Жабборов З.И., Рузибоев Ш.Ж., Мухаммадиев М.Х. 87

РОЛЬ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ.
Эрметов А.Т., Ходжибаев А.М., Кобилов М.О. 87

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ТРАХЕОСТОМИИ.
Эшонходжаев О.Д., Худайбергенов Ш.Н., Ёрмухаммедов А.А. 88

ИНФОРМАТИВНОСТЬ МУЛЬТИСРЕЗОВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ЖИВОТА.
Янгиев Б.А., Элмуродов Г.К., Мансуров Т.Т. 89

FAST-ПРОТОКОЛ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ ЖИВОТА.
Янгиев Б.А., Элмуродов Г.К., Мансуров Т.Т. 90

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.
Янгиев Б.А., Мансуров Т.Т., Элмуродов Г.К. 91

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.
Янгиев Б.А., Мансуров Т.Т., Элмуродов Г.К. 91

ВОЗМОЖНОСТИ НАТИВНОЙ И КОНТРАСТНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.
Янгиев Б.А., Мансуров Т.Т., Элмуродов Г.К. 92

2. ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЭКСТРЕННОЙ НЕЙРОХИРУРГИИ

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНОЧНИКА НА ФОНЕ ОСТЕОПОРОЗА.
Абдуллаев Д.Д., Ашуров И.С., Мирзаматов Н.И., Игамназаров Ж.Ж. 94

ПЕРКУТАННАЯ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКА ПРИ ТРАВМАХ И ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМАХ ПОЗВОНОЧНИКА.
Абдуллаев Д.Д., Ашуров И.С., Уринбоев Б.К., Махмудов Н.И., Игамназаров Ж.Ж. 94

Содержание

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ОСЛОЖНЕННЫХ И НЕОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА.
Абдуллаев Д.Д., Ашуров И.С., Уринбоев Б.К. 95

РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ ЧМТ В УСЛОВИЯХ ФФРНЦНЭМП.
Абдуллаев Д.Д., Тожиев М.Т., Мирзаматов Н.И., Ашуров И.С. 95

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА.
Авезов С.К., Ражабов М.М. 96

ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СУБДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ.
Алимов Д.Р., Карабаев О.В. 96

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭПИДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМОЙ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ.
Алимов Д.Р., Карабаев О.В. 97

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ.
Аминов М.А., Ашуров И.С., Тожиев М.Т., Кузиев О.И., Исаков Э.А. 98

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА.
Ашуров И.С., Тожиев М.Т., Аминов М.А., Уринбоев Б.К., Сафаев М.К., Исройлов З.Г., Кузиев О.И. 99

THE EFFECTIVENESS OF VERTEBROPLASTY WITH A COMPRESSION FRACTURE OF THE LUMBAR SPINE.
Buronov I.S., Nazarova N.Z. 99

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДИК В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ ГЕМАТОМАМИ.
Каримбаев Ш.Т., Тожибоев А.Т. 100

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЕ ГАЛО-АППАРАТА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ВЕРХНЕШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА.
Кузиев О.И., Сафаев М.К., Мирзаматов Н.И., Разоков В.В. 101

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ У ДЕТЕЙ.
Махкамов К.Э., Махкамов М.К., Матякубов Х.Н., Тухтабеков З.Л. 102

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ И НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ.
Махкамов К.Э., Салаев А.Б. 103

ПЕРКУТАННАЯ КИФОВЕРТЕБРОПЛАСТИКА ПРИ НЕОСЛОЖНЁННЫХ ПЕРЕЛОМАХ ПОЗВОНОЧНИКА НА ГРУДОПОЯСНИЧНОМ УРОВНЕ.
Муминов М.Д., Мирзоев У.М., Мустафоев Н.К. 103

ОСТРАЯ ТРАНЗИТОРНАЯ ГИДРОЦЕФАЛИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА, ОСЛОЖНЁННАЯ ГИПЕРТЕНЗИОННЫМ СИНДРОМОМ.
Муминов М.Д. 104

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЗВОНОЧНО-ПОДКЛЮЧИЧНОГО ОБКРАДЫВАНИЯ.
Муминов Ш.М., Минаев Т.Р., Хамидов Б.П., Ким Д.Л., Алимухамедов Д.Д., Хакимов А.Б. 106

К ВОПРОСУ ПРИМЕНЕНИЯ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА.
Норов А.У., Раджабов М.М., Саидов К.К. 107

РАДИОЧАСТОТНАЯ ИМПУЛЬСНАЯ АБЛЯЦИЯ СПИНАЛЬНЫХ ГАНГЛИЕВ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО КОРЕШКОВОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА.
Норов А.У, Саидов К.К., Рахматов К.Р., Ибрагимов А.И. 107

ПЛАСТИКА ТВЕРДОЙ МОЗГОВОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРОНИКАЮЩЕЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ.
Нуруллаев Б.Б., Эрметов А.Т., Карабаев О.В. 108

Содержание

ПРИМЕНЕНИЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ОПЕРИРОВАННОГО ПОЗВОНОЧНИКА.
Рахматов К.Р., Норов А.У., Ражабов М.М. 108

РОЛЬ МИКРОХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ.
Салаев А.Б., Махкамов К.Э. 109

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ.
Махкамов К.Э., Толипов Н.Н., Махкамов М.К., Алиакбаров М.А. 110

ШОШИЛИНЧ НЕЙРОХИРУРГИЯ АМАЛИЁТИДА КЎЗ ТУБИ ҲОЛАТИНИ ТЕКШИРИШ АҲАМИЯТИ.
Тураева Ё.М., Махмудов Н.И., Валиев А.С. 110

ЭХОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ в ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОБЪЕМНЫХ ПРОЦЕССОВ.
Тухтасинов Х.Т., Юсупова Р.Т., Махмудов Н.И. 111

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В УСЛОВИЯХ УРГЕНТНОЙ НЕЙРОХИРУРГИИ.
Холбаев Р.И., Карабаев О.В., Рахимов Т.Х. 112

К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.
Холбаев Р.И., Карабаев О.В., Тангиров З.Э. 113

ВЫЯВЛЕНИЯ И АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ E. COLI ПРИ ГОСПИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯХ.
Шарафитдинова Г.Х., Мухамеджанова Н.Н., Шарипов Р.О. 113

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МИКРОДИСКЭКТОМИЯ ПРИ ГРЫЖАХ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА.
Шатурсунов Ш.Ш., Мирзахонов С.А., Шатурсунов Ш.Ш. 114

БОЛАЛАРДА БОШ МИЯ ШИКАСТЛАНИШИДА КАМИНВАЗИВ ТЕКШИРУВ МЕТОДЛАР ҚЎЛЛАНИЛИШИНИНГ АҲАМИЯТИ.
Эминов Б.Ж., Мирзаматов Н.И., Солиев Р.К., Мамажонов И.Х. 115

КРАНИОФАСЦИАЛЬНАЯ ТРАВМА – ЛЕЧЕНИЕ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ.
Эрметов А.Т., Карабаев О.В., Оралов А.К. 116

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭКСТРЕННОЙ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ЛИНИИ САНИТАРНОЙ АВИАЦИИ.
Юлдашев Р.Ю., Шодиев А.Ш., Юлдашев Ш.С., Ишонкулов А.М., Азимова Х.С. 116

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАЛОИНВАЗИВНОГО ОДНОМОМЕНТНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СУБДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.
Юлдашев Ш.С., Джалалов Р.М., Нормуродов Ф.Г., Махмудов С.Ф., Пирназаров Д.А. 117

ЗНАЧЕНИЕ СИМПТОМОВ «АНАМНЕСТИЧЕСКОЙ ТРИАДЫ» В ДИАГНОСТИКЕ БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ.
Юлдашев Ш.С., Шодиев А.Ш., Тураев С.Г. 118

К ВОПРОСАМ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА.
Юлдашев Ш.С., Шодиев А.Ш. 119

МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ ИНТРАЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ МАЛОГО И СРЕДНЕГО ОБЪЕМА.
Юлдашев Ш.С., Шодиев А.Ш., Джалалов Р.М., Нормуродов Ф.Г, Юлдашев Н.Н. 120

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ.
Акбарханов Ж.Ж. 121

УСТРОЙСТВО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ.
Алибеков М.М., Шукуров Э.М., Жабборов А.Ж. 121

3. ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И МЕТОДОВ МАЛОИНВАЗИВНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА В ТРАВМАТОЛОГИИ

ВСТРЕЧАЕМЫЕ ПРОБЛЕМЫ В ХОДЕ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА БЕДРЕННОЙ КОСТИ.
Алиев Х.Э., Салохиддинов Ф.Б. 123

РЕКОНСТРУКЦИЯ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ С МЕЖВЕРТЕЛЬНОЙ КОРРИГИРУЮЩЕЙ ОСТЕОТОМИЕЙ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ.
Алпысбаев Х.Ш., Джураев А.М., Тапилов Э.А. 124

ВНУТРИСУСТАВНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ОБЛАСТИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА.
Алпысбаев Х.Ш., Джураев А.М., Тапилов Э.А. 124

АНЕСТЕЗИЯ У БОЛЬНЫХ С ТРАВМАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПОСТШОКОВОМ ПЕРИОДЕ.
Батиров У.Б., Сабиров Д.М., Махмудов М.А. 125

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ.6
Бегалиев С.М., Наубетов Д.Д, Наубетов С.Д. 126

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ЛИЦ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ.
Валиев О.Э., Тиляков Б.Т., Каримов Б.Р. 126

К ВОПРОСУ СОЧЕТАННЫХ КОСТНО-СОСУДИСТЫХ ТРАВМ КОНЕЧНОСТЕЙ.
Хакимов Р.Н., Валиев Э.Ю., Исмаилов А.Д., Сайдалиев З.Р., Хасанов З.Р. 128

МЕСТО МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОДА У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ.
Валиев Э.Ю., Тиляков Б.Т., Исмоилов А.Дж., Каримов Б.Р., Тиляков Х.А. 129

РОЛЬ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С НЕСТАБИЛЬНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ТАЗА.
Валиев Э.Ю., Тиляков Х.А., Яхёев А.С., Ганиев О.А. 130

ЛЕЧЕНИЕ СЛОЖНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ЛОДЫЖЕК АППАРАТОМ ИЛИЗАРОВА.
Дехканов К.М., Мирзаматов Н.И., Омонов Н.Н. 131

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕДИАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ.
Дехканов К.М., Махмудов Н.И., Тухтасинов Х.Т. 131

ВНЕШНИЙ КОМПРЕССИОННО – ДИСТРАКЦИОННЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРА КОМБИНИРОВАННЫМ СТЕРЖНЕВЫМ АППАРАТОМ.
Дехканов К.М., Мухамадиев А., Омонов Н.Н. 132

БИЛАК СУЯГИ ТИПИК ЖОЙИДАН СИНИШЛАРИНИ АМБУЛАТОР ШАРОИТДА КАМ ИНВАЗИВ ДАВОЛАШ ТАЖРИБАЛАРИ.
Джабберганов А.Р., Уразбаев А.А., Омонбоев С.А. 133

АТРАВМАТИЧНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЧРЕЗМЫЩЕЛКОВЫХ И НАДМЫЩЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ.
Еримбетов Д.А., Наубетов Д.Д., Торемуратов С., Наубетов С.Д. 134

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ.
Еримбетов Д.А., Реймов Н.Б., Наубетов Д.Д. 135

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ СКОЛИОЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ.
Жуманазаров Л.У., Махкамов Т.Т. 136

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПЯТОЧНОЙ ШПОРЫ.
Ирисметов М.Э., Шокиров А.М. 137

Содержание

БОЛАЛАРДА БИЛАК СУЯКЛАРИ ДИАФИЗАР СИНИШЛАРИНИ ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ТИЗИМИДА ДАВОЛАШ ТАЖРИБАЛАРИ.
Исмоилов А.В. 137

ОСОБЕННОСТИ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ПОСТРАДАВШИХ ПОЛИТРАВМОЙ.
Кадиров Р.С., Соипов Р.Р., Курбонов Ш.Р., Ражапов Н.А., Исмаилов А.К., Гулямов С.С., Кодиров Р.Р. 138

ОРГАНИЗАЦИЯ И СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ ТРАВМОЦЕНТРА ПЕРВОГО УРОВНЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ ТАЗА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.
Кажанов И.В., Дулаев А.К., Микитюк С.И., Колчанов Е.А., Тулупов А.Н., Пахарев И.В., Ряднов А.А., Бесаев Г.М., Петров А.В., Ильиных А.В., Мануковский В.А. 139

АНАЛИЗ ОШИБОК И ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ БЛОКИРУЮЩЕМ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ.
Каримов Х.М., Хошимов А.Р., Кобилов Р.К., Холматов Б.У., Давронов А.А. 140

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ ВЕРТЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ.
Кодиров Р.Р. 140

РОЛЬ ГАЛО АППАРАТА ПРИ ТРАВМАХ АТЛАНТА И АКСИСА.
Кузиев О.И., Тожиев М.Т., Ашуров И.С., Аминов М.А. 141

СОЧЕТАННОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ АТЛАНТА И АКСИСА.
Кузиев О.И., Аминов М.А., Ашуров И.С., Тожиев М.Т., Уринбоев Б.К., Разаков В.В., Исройлов З.Г. 142

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ЗАКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИАФИЗА ПЛЕЧА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫХ СПИЦ.
Махмаров А.М., Ниязалиев Т.Т., Тилаев Э.М. 143

РОЛЬ ОПТИЧЕСКОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ОТКРЫТЫХ ТЯЖЕЛЫХ ТРАВМ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ.
Махмудов Н.И., Тухтакулов А.Ю., Усманов Б.С., Уринов Б.А. 144

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ТРАВМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.
Машарипов К. 144

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСКОЛЬЧАТЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ПРИ СИНДРОМЕ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ.
Мирджалилов Ф.Х., Хакимов Р.Н., Исмаилов А.Д., Сайдалиев З.Р. 145

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ.
Мирзаев Ш.Х., Гаипов З.А., Дурсунов А.М., Шадиев Б.У, Сайдиахматхонов С.С., Рахимов А.М., Рахматов Р.Б. 146

БОЛАЛАРДА ЕЛКА СУЯГИНИ ИЧКИ ДЎНГЛИГИ СИНИШЛАРИНИ ДАВОЛАШДА ЗАМОНАВИЙ КАМ ИНВАЗИВ ЁНДАШУВ.
Мирзаматов Н.И., Содиқов И.Х., Махмудов Н.И., Тожиев М.М. 147

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЗАМИ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ТАЗА В СОЧЕТАНИИ СО СКЕЛЕТНОЙ ТРАВМОЙ.
Муминов Ш.М., Валиев Э.Ю., Хамидов Б.П., Ким Д.Л., Алимухамедов Д.Д. 147

ПРЕИМУЩЕСТВО БЛОКИРУЮЩЕГО ИНТРАМЕДУЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДИАФИЗАРНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ И ВТОРИЧНЫХ ПАРЕЗОВ ЛУЧЕВОГО НЕРВА.
Алиев А.Б. 148

УЗУН НАЙСИМОН СУЯКЛАРДА БЛОКЛОВЧИ ИНТРАМЕДУЛЛЯР ОСТЕОСИНТЕЗ.
Муҳаммадиев А.Б., Абдураҳмонов Б.У., Махмудов Н.И., Деҳқонов Қ.М. 149

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПЕРЕЛОМА АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ.
Набиев Е.Н., Тусупов Д.М., Халходжаев М.К., Турбеков Н.Т., Алпысбаев Б.Б., Жаксымуратов М.З., Инатуллаев З.З. 150

GLOMUS TUMOR OF THE HAND.
Nazarova N.Z., Kholmirzayev O.N. 150

Содержание

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И МЕТОДОВ МАЛОИНВАЗИВНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА В ТРАВМАТОЛОГИИ
Наубетов Д.Д., Бегалиев С.М., Наубетов С.Д. 151

ТАКТИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМов ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.
Наубетов Д.Д., Бегалиев С.М., Еримбетов Д.А., Реймов Н.Б. 151

ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИОННОГО МЕТОДА СПИЦЕ-СТЕРЖНЕВЫХ АППАРАТОВ В ЭКСТРЕННОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ.
Нурматов И.З., Уразбаев А.А., Хударганов Х.Р., Тахиров Ж.М. 152

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ДЕТЕЙ.
Ражабов О.С., Каландаров И.О. 153

СТИМУЛЯЦИЯ АУТОГЕННЫМ КОСТНЫМ МОЗГОМ ОСТЕОРЕПАРАЦИИ В ЗОНЕ СМОДЕЛИРОВАННОГО ЛОЖНОГО СУСТАВА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У КРЫС.
Рахимов А.М., Мирзаев Ш.Х., Дурсунов А.М., Шодиев Б.У, Сайдиахматхонов С.С., Рахматов Р.Б., Гаипов З.А. 154

ТИЗЗА БЎҒИМИ МЕДИАЛ КОЛЛАТЕРАЛ БОЙЛАМИ ЖАРОҲАТИНИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШДА ЯНГИЧА ЁНДОШУВ.
Рустамов Ф.Р. 154

РЕЗУЛЬТАТЫ АРТРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ТРАВМЫ КОЛЕННОГО СУСТАВА.
Саидов У.Ш., Холмуродов У.Т. 155

УСТРОЙСТВО ДЛЯ РЕПОЗИЦИИ КОСТНЫХ ОТЛОМКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ.
Сайдиахматхонов С.С., Дурсунов А.М., Мирзаев Ш.Х., Шодиев Б.У, Рахимов А.М., Рахматов Р.Б., Гаипов З.А. 156

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ БЛОКИРУЮЩИМИ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫМИ ШТИФТАМИ ПРИ ПОЛИТРАВМАХ.
Сайпиев А.А., Сайпиев А.С., Махсудов Ф.М., Худайбердиев П.К. 156

БЛОКИРУЮЩИЙ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ – РАННИЕ И ПОЗДНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ.
Сайпиев А.С., Хужакулов У.Б., Сайпиев А.А. 157

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ У ДЕТЕЙ.
Собиров Э.Ж., Ниёзметова Ё.О. 158

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЕ БЛОКИРУЮЩЕГО ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ.
Сувонов Н.О., Хужакулов У.Б., Сайпиев А.С., Худайбердиев П.К., Сайпиев А.А. 158

БОЛДИР СУЯКЛАРИ ДИАФИЗАР СИНИШЛАРИНИ БИОС ЁРДАМИДА ЁПИҚ МИНИИНВАЗИВ ДАВОЛАШ ТАЖРИБАЛАРИ.
Тахиров Ж.М., Уразбаев А.А., Хударганов Х.Р., Жуманиязов Н.К. 159

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЛОСКОВАЛЬГУСНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ СТОП.
Тиляков А.Б., Шамукимов Ш.А., Садиков С.А., Турсунова С.А. 159

ТАКТИКА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С СОЧЕТАННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ТАЗА И ПЕРЕЛОМАМИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ.
Тиляков Х.А., Валиев Э.Ю., Тиляков А.Б., Ишкобилов Р.Ж. 160

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ РАЗГИБАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПАЛЬЦЕВ КИСТИ НА УРОВНЕ ДИСТАЛЬНОГО МЕЖФАЛАНГОВОГО СУСТАВА.
Толочко К.П., Равшанов Ш.Н., Худоёров Ф.Р. 161

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ.
Тураев Ф.Т., Дусткобилов У.Н., Хидиров Э.А. 162

ОЁҚ ВА ҚЎЛЛАРДА ДЕКОМПРЕССИОН ФАСЦИОТОМИЯ ОПЕРАЦИЯСИ КЎРСАТКИЧЛАРИ ВА САМАРАДОРЛИГИ.
Тухтакулов А.Ю., Амонкулов З.К., Усманов Б.С., Насритдинова Н.Б. 163

Содержание

ПРИМЕНЕНИЕ АРТРОСКОПИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПРИ СВЕЖИХ СЛУЧАЯХ ГЕМАРТРОЗА.
Тухтакулов А.Ю., Махмудов Н.И., Шерматов С.А. 163

БОЛАЛАРДА БИЛАК СУЯКЛАРИНИНГ ДИАФИЗАР СИНИШЛАРИНИ МИНИИНВАЗИВ ДАВОЛАШ ТАЖРИБАЛАРИ.
Уразбаев А.А., Ражабов О.С., Хударганов Х.Р. 164

НАШ ОПЫТ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ И КОСТЕЙ ГОЛЕНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОС.
Уразбаев Ж.Д., Уразбаев А.А., Нурматов И.З., Хударганов Х.Р. 164

НАШ ОПЫТ МИНИИНВАЗИВНОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ.
Уразбаев А.А., Тахиров Ж.М., Жуманиязов Н.К., Уразбаев Ж.Д. 165

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СПИЦЕ-СТЕРЖНЕВЫХ АППАРАТОВ В ЭКСТРЕННОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ.
Уразбаев А.А., Хударганов Х.Р., Тахиров Ж.М. 166

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПЕРЧАТОЧНЫХ СКАЛЬПИРОВАННЫХ РАНАХ КИСТИ.
Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Дадабаев Х.Р. 167

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КОСТНО-СОСУДИСТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ.
Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Дадабаев Х.Р., Мамадалиев Б.Р. 167

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.
Усманов Б.С., Махмудов Н.И., Дадабаев Х.Р., Насритдинов Ж.А. 168

ЛЕЧЕНИЯ НАДМЫЩЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ МЕТОДОМ Г.А. ИЛИЗАРОВА.
Хайитбоев Б.М., Мухаммадиев А.Б., Тухтасинов Х.Т., Ахмадалиев А.А. 169

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРА И КОСТЕЙ ТАЗА.
Хакимов Р.Н., Махкамов И.Х., Мирджалилов Ф.Х., Каримов Б.Р., Наубетов С.Д. 170

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ МЕТОДОВ.
Хакимов Р.Н., Мирджалилов Ф.Х., Махкамов И.Х., Каримов Б.Р., Хасанов З.Р. 170

ЭКСТРЕННОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В УСЛОВИЯХ РНЦЭМП.
Хакимов Р.Н., Мирджалилов Ф.Х., Махкамов И.Х., Хасанов З.Р. 171

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АПОФИЗЕОЛИЗОВ ВНУТРЕННЕГО НАДМЫЩЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ.
Хакимов Ш.К., Мухамедов Б.С. 172

ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ ОПЕРАЦИИ АПОНЕВРОТИЧЕСКОГО УДЛИНЕНИЯ ИКРОНОЖНЫХ МЫШЦ У БОЛЬНЫХ С ДЦП.
Хамраев Ф.Ш., Мирзаев А.Г. 173

ВЫБОР УРОВНЯ АМПУТАЦИИ.
Хасанов Р.С., Шокиров М.Х. 173

БЕМОР БОЛАЛАРДА МИНИИНВАЗИВ ВА анъанавий УСУЛДА ЎТКАЗИЛГАН ОСТЕОСИНТЕЗ АМАЛИЁТЛАР ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛИ.
Хидиров Э.А., Имомкулов С.Р., Жуллиев А.М., Искандаров Э.Р. 174

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ИМПРЕССИОННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ЭПИМЕТАФИЗОВ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.
Ходжанов И.Ю., Элов Д.Р. 174
НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ СОСУДОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.
Хомиджонов И.Б., Махмудов Н.И., Усманов Б.С., Насритдинов Ж.А. 175

ОПЕРАТИВНАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ МЫЩЕЛКОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ.
Хударганов Х.Р., Уразбаев А.А., Уразбаев Ж.Д. 176

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ.
Хужакулов У.Б., Сайпиев А.С., Сайпиев А.А., Худайбердиев П.К., Сувонов Н.О. 177

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ КЛЮЧИЦЫ.
Шадиев Б.У., Рахматов Р.Б. ... 177

ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ СИНДАКТИЛИИ КИСТИ У ДЕТЕЙ.
Шамукимов Ш.А., Назарова Н.З., Жалолов Х.А., Арипов Ф.Э. ... 178

КИЧИК ВА ЙИРИК ОРТОПЕДИК ОПЕРАЦИЯЛАРДАН КЕЙИН КОГНИТИВ ДИСФУНКЦИЯ ЮЗАГА КЕЛИШИ.
Шарипова В.Х., Алимов А.Х., Валиханов А.А. ... 179

КОМБИНИРОВАННАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ОДНОМОМЕНТНОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ.
Шарипова В.Х., Фокин И.В. ... 180

ТИЗЗА БЎҒИМИ ЖАРОҲАТЛАРИДА МРТ ТЕКШИРУВИНИ ДИАГНОСТИК САМАРАДОРЛИГИ.
Шерматов С.А., Тухтакулов А.Ю., Махмудов Н.И. ... 181

ОПЕРАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ.
Шодиев Б.У. ... 181

НАШ ОПЫТ СРАВНИТЕЛЬНОЙ СЕЛЕКТИВНОЙ БЛОКАДЫ НЕРВОВ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ
ПРИ ОСТЕОСИНТЕЗЕ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ.
Эшбоев А.Т., Худайназаров К.С., Тожиев А.Х., Бердиев У.Р., Одилов З.И. ... 182

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У ДЕТЕЙ.
Юлдашев В.Б., Исмоилов О.О., Мамаджанов У.Р., Уринбоев О.А., Усмонов Э.А., Хошимов Ж.Т. ... 183

ЛЕЧЕНИЕ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КИСТИ И ПАЛЬЦЕВ У ДЕТЕЙ.
Юлдашев В.Б., Исмоилов О.О., Мамажонов У.Р., Уринбоев О.А., Усмонов Э.А. ... 183

СПОСОБ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПЯСТНЫХ КОСТЕЙ.
Юсупов Н.А., Юлдашев А.К., Акбаров Х. ... 184

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА
И ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ.
Абдувалиева Ч.М., Косимов З.Н., Аллаев М.Я., Халилов Ш.К., Усмонов Ш.М., Исроилов Ш.Ш. ... 185

ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ.
Акилов Х.А., Асадуллаев Д.Р. ... 185

4. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ.
Акилов Х.А., Урманов Н.Т., Ешмурадов А.Б. ... 186

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ
ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА У ДЕТЕЙ.
Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Саидметов Ш.М., Базарбаев У.Р., Зуфарханов А.М., Робиддинов Б.С. ... 187

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ.
Аметов С.Н., Бегалиев С.М., Артыкниязов М.Р, Тореев М.Ж. ... 188

ИНВАГИНАЦИЯ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ.
Артыкниязов М.Р., Сабиров Р.Р., Аметов С.Н., Тореев М.Ж. ... 188

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТОРАСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ.
Ахмедов Ю.М., Азизов М.К., Мавлянов Ф.Ш., Курбанов Ж.Ж., Ибрагимов К.Н., Хаитов У.Х., Ахмедов И.Ю. ... 189

НАШ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ У НОВОРОЖДЕННЫХ.
Дженалаев Д.Б., Оспанов М.М., Ольховик Ю.М., Рустемов Д.З., Сакуов Ж.Н., Чарипова Б.Т., Букибаева Г.Т., Манайбекова Ж.А. ... *189*

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕКРУТА И НЕКРОЗА ГИДАТИДЫ МОРГАНЬИ.
Искандаров Э.Р., Девонов Х.Р., Сагираев Н.Ж., Ибрагимов А.В. ... 190

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ В ВЕРХНИХ ОТДЕЛАХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА.
Каландаров И.А., Назаров А.К., Саъдуллаев У.О. 190

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ.
Каландаров И.О., Назаров А.К., Юсупов Ш.Б. 191

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ БОЛЕЗНИ КРОНА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.
Косимов З.Н., Абдувалиева Ч.М., Аллаев М.Я., Усманов Ш.М., Косимов О.З., Абдулазизов Ж.Г. 192

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ЮНОШЕСКОЙ ЯЗВЫ И ЕЕ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ.
Мамасалиев Н.С., Бурибаев Д.Г., Мамадиев А.М., Холикова Н.А. 193

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ У ДЕТЕЙ.
Мансуров А.Б., Каримов К.Р., Абдуллаев Н.С. 193

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ.
Машарипов К. 194

БОЛАЛАРДА ҚИЗИЛЎНГАЧ ЁТ ЖИСМЛАРИНИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ЭНДОСКОПИК МУОЛАЖАСИ.
Тухтакулов А.Ю., Мирзакаримов А.А., Акбаров Ф.С., Валиев А.С. 195

ТРАВМАТИЧЕСКИЙ РАЗРЫВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА.
Улугмуратов А.А., Мавлянов Ф.Ш., Нормуродов Д.К., Маматов С.О. 195

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ.
Усмонов Ш.М., Абдувалиева Ч.М., Абдулазизов Ж.Г., Аккузиев И.К., Косимов О.З., Расулов Т. 195

РОЛЬ МИНИИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ.
Хаджибаев А.М., Джураев Ж.А., Султанов П.К., Урманов Н.Т. 196

ТЕЧЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ.
Агабабян И.Р., Исмаилов Ж.А., Рофеев М.Ш., Рофеев Ж.М. 198

СТЕНОКАРДИЯ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ.
Агабабян И.Р., Исмаилов Ж.А., Рофеев М.Ш., Худойбердиев А.А. 198

5. МЕСТО И РОЛЬ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST С МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ.
Алимов Д.А., Салахитдинов Ш.Н., Гиёсзода Л.Б., Турсунов С.Б., Мирзакаримов Х.Ф., Алимханов Б.Ш. 199

ОСОБЕННОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ УРОВНЯ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА И ПАРАМЕТРОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.
Ахмедов Л.А., Алиев Ж.С., Пулатова Ш.Х. 200

OBESITY AS A RISK FACTOR OF FIBRILLATION RECOMMENDATIONS PRE-PRESENT.
Akhmedova N.M. 200

ВРЕМЕННАЯ ЭНДОКАРДИАЛЬНАЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННЫМ БРАДИАРИТМИЯМИ.
Бабаджанов С.А., Зуфаров М.М., Им В.М., Умаров М.М., Юсупов Ж.У. 201

РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ ЦЕНТРА ПО ЛЕЧЕНИЮ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ В КРУПНОМ МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ.
Багненко С.Ф., Теплов В.М., Комедев С.С., Прасол Д.М., Коломойцев В.В. 202

ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ. ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ И ПОВТОРНЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДАю
Барноева С.Б., Тешаева М.К. 202

Содержание

РОЛЬ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И КОЕК КРАТКОСРОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ УРГЕНТНЫХ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯю
Белаш В.А., Лебедева А.А., Литусова Л.Ю., Челехсаева Д.С., Теплов В.М., Трофимов В.И. 203

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМю
Зуфаров М.М., Бабаджанов С.А., Им В.М., Шерматов М.М., Умаров М.М., Юсупов Ж.У. 203

ОПТИЧЕСКАЯ КОГЕРЕНТНАЯ ТОМОГРАФИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМю
Зуфаров М.М., Махкамов Н.К., Бабаджанов С.А., Им В.М., Анваров Ж.О. 204

ЭКСТРЕННАЯ БАЛЛОННАЯ МИТРАЛЬНАЯ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКА ПО ТЕХНИКЕ INOUE У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКИМ СТЕНОЗОМ МИТРАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯю
Зуфаров М.М., Искандаров Ф.А., Им В.М., Бабаджанов С.А., Камалов С.Т. 205

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИМПЛАНТАЦИИ ДВУХКАМЕРНОГО И ОДНОКАМЕРНОГО ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКИМИ БРАДИАРИТМИЯМИЮ
Им В.М., Зуфаров М.М., Бабаджанов С.А., Умаров М.М., Камалов С.Т. 205

ЭКСТРЕННЫЕ РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ЦИАНОТИЧЕСКИМИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦАю
Искандаров Ф.А., Зуфаров М.М., Бабаджанов С.А., Им В.М., Умаров М.М., Юсупов Ж.У. 206

MILRINON EFFICIENCY IN PATIENTS WITH CARDIOGENIC SHOCK AND ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION.
Kamilova Sh.R. 206

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛИЗИСА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЁМОМ СЕГМЕНТА ST.
Мадумаров И.Т., Муминов М.К., Кучкаров А.М., Саттаров Р, Ортиков М.М. 207

EVALUATING EFFICIENCY OF BEFORE HOSPITAL THROMBOLYSIS IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME WITH ST SEGMENT RISING.
Mirzayarova K.A. 207

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТРА-АРТЕРИАЛЬНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА.
Мубараков Ш.Р, Бахадирханов М.М., Хашимова М.Т. 208

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ СТРАТЕГИЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ ST-СЕГМЕНТА И МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ.
Мухамедова Б.Ф., Казаков Б.О. 209

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАЗОПРЕССОРОВ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА.
Пулатова Ш.Х., Ахмедов Н.И. 209

ЭНДОВЕНОЗНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ОБЛИТЕРАЦИЯ С НОВОЙ ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 1940 НМ.
Славин Д.А., Чугунов А.Н. 210

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ И АНТИАНГИНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОСТИРОВАННЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ.
Турниязов А.А., Ёркулов К.О., Азимов О.О., Халиков И.Б. 210

ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ В ПРОГНОЗЕ РАЗВИТИЯ РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST.
Файзуллаева Г.И., Ризаева М.Ж. 211

THE COURSE OF MYOCARDIAL INFARCTION IN PATIENTS OF YOUNG AGE WITH ARTERIAL HYPERTENSION.
Khaydarova S.A. 212

ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭКГ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С ЭПИЗОДАМИ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА.
Хамрашаев Б.Б., Ахроров Ж.Х. 212

ФАКТОРЫ РИСКА, ВЛИЯЮЩИЕ НА ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST У МУЖЧИН В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ..... 214
Хасанжанова Ф.О., Ташкенбаева Э.Н...... 214

РАЗЛИЧИЯ В ЧАСТОТЕ РАЗВИТИЯ ОСНОВНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА У МУЖЧИН В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ.
Хасанжанова Ф.О., Ташкенбаева Э.Н...... 215

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.
Абдуллаев Б.П...... 216

РОЛЬ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В РАЗВИТИИ САЛЬПИНГООФОРИТА И ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ.
Абдурахманов М.М., Гайбуллаева Г.У...... 216

6. РАЗНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕРМОИДНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ.
Абдиримова А.Д., Шейхова Х.К...... 217

РОЛЬ СТАТИНОВ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ.
Агабабян И.Р., Солеева С.Ш., Джаббарова Н.М., Тошназаров Ш.М...... 218

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ.
Азимов Ф.Р., Усмонова Н.Ю., Саломова И.С., Норова Г.И., Завкибекова Т.К...... 218

ЗНАЧИМОСТЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА.
Азимов Ф.Р., Гайбуллаева Г.У., Юнусова Р.Г...... 219

СПОСОБ ДРЕНИРОВАНИЯ УРЕТРЫ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА У ДЕТЕЙ.
Акилов Х.А., Низомов Ш.А...... 220

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ СТРЕПТОКИНАЗОЙ БОЛЬНЫМ С ЭЛИВАЦИЕЙ ST-СЕГМЕНТА, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДАВНОСТИ ПРОЦЕССА.
Алимова А.К., Эрметов А.Т., Карабаев О.В...... 220

КАМНЕОБРАЗОВАНИЕ НА ВНУТРИМАТОЧНЫХ КОНТРАЦЕПТИВАХ, МИГРИРОВАВШИХ В МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ.
Аллазов С. А., Гафаров Р.Р., Кодиров С.К., Турсунов О.Б., Махмудов Ш.Б...... 221

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.
Алпысбаев Х.Ш., Мирзаев А.Г., Тапилов Э.А...... 222

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛьНОЙ АСТМЫ БЕЗ АНТИАСТМАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ.
Атажанова Н.М...... 223

МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ.
Атажанова Н.М...... 223

НЕЙТРОФИЛЬНО-ЛИМФОЦИТАРНОЕ ОТНОШЕНИЕ, QSOFA И ПРОКАЛЬЦИТОНИН В ДИАГНОСТИКЕ СЕПСИСА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.
Афанасьев А.А., Павлюц Н.А., Петрова Т.П...... 224

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА.
Ахмедов Р.Н., Калимбетов А.Х., Рашидов М.М., Исакулов Ш.Ж...... 225

ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МАЛОИНВАЗИВНЫМ МЕТОДОМ ПРИ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКЕ МОЧИ.
Ахмедов Р.Н., Калимбетов А.Х., Рашидов М.М., Исакулов Ш.Ж...... 225

Содержание

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОЙ УРОПАТИИ В ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЕ.
Ахмедов Р.Н., Калимбетов А.Х., Рашидов М.М., Исакулов Ш.Ж. 226

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СУПРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ.
Ахмедов Р.Н., Калимбетов А.Х., Рашидов М.М., Исакулов Ш.Ж. 227

МАРКЕРЫ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ.
Ахмедова Д.Ю. 227

RETROPERITONEOSCOPIC VERSUS OPEN «SIMPLE» NEPHRECTOMIES.
Ayubov B.A., Akilov F.A., Mukhtarov Sh.T., Bakhadirkhanov M.M., Nazarov Dj.A., Abdufattaev U.A. 228

ОЦЕНКА ОСЛОЖНЕНИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СЛОЖНОСТИ ПРОЦЕДУРЫ И НАВЫКОВ СПЕЦИАЛИСТА.
Аюбов Б.А., Мухтаров Ш.Т., Акилов Ф.А., Мирхамидов Дж.Х., Бахадирханов М.М.,
Назаров Дж.А., Абдуфаттаев У.А., Имомов Ш. 228

ИМИТАЦИОННОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ТРЕХУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
СУБЪЕКТОВ РФ.
Багненко С.Ф., Цебровская Е.А., Теплов В.М., Карпова Е.А., Ихаев А.Б. 229

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ
У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ.
Бахронов У.Ш., Нурматов Д.С., Нортожиев Ш.Н. 230

ОСТРЫЙ ЭПИДИДИМИТ: ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ.
Бердибаев Т.М., Кучкаров А.К. 230

ЎТКИР НАФАС ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ЯНГИ КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИ COVID-19ДА
НОИНВАЗИВ ЎПКА ВЕНТИЛЯЦИЯСИНИ УЗОҚ МУДДАТ ҚЎЛЛАШНИНГ САМАРАДОРЛИГИ.
Болтаев Э.Б., Гафорова С.У., Холиев С.С. 231

CYPERMETHRIN POISONING – AN UNCOMMON SUICIDAL COMPOUND CASE REPORT.
Venkatesh A.N., Basavaradder S.B., Rajanna H. 231

MANAGEMENT OF HEMOPTYSIS IN EMERGENCY ROOM.
Venkatesh A.N., Rajanna H. 232

СОВРЕМЕННЫЕ МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕФРОЛИТИАЗА.
Гафаров Р.Р., Гафарова Ш.А., Аллазов И.С. 233

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА КСАВРОНА (ЭДАРАВОН) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ
ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ.
Дадахужаев А.А., Гафурова Ш.Х., Пулатов А.К. 234

КИТОБ ТУМАН СУБФИЛИАЛИДА УРОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАР ТАҲЛИЛИ.
Дурсунов А.М., Саидов Х.С., Ҳасанов А.Қ., Назаров У.Г., Муҳаммадиев С.М. 234

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПРИМЕНЕНИЯ НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ В ЛЕЧЕНИИ ХОБЛ.
Заманов Ю.Р., Нарзуллаев С.И., Мизамов Ф.О., Мустафакулов И.Б., Парманова Ш.Б., Хидиров М.С. 235

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ РОЗУВАСТАТИНА В ТЕРАПИИ
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА.
Ибрагимов И.С., Агабабян И.Р., Солеева С.Ш., Турдибеков Х.И., Холлиев Р.Х. 236

ОСОБЕННОСТИ ЭКСТРЕННОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ МОЗГОВЫХ ИНСУЛЬТАХ.
Изюмов Д.П., Изюмова Г.А., Киличев И.А. 236

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ
СОСТОЯНИЯХ В НЕОТЛОЖНОЙ НЕВРОЛОГИИ.
Изюмова Г.А., Изюмов Д.П., Маджидова Е.Н., Абдуллаев Х.К., Курбанова Н.Б., Худайбергенов Б.С. 237

РЕЗУЛЬТАТЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФЕКЦИЮ COVID-19,
В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ.
Индиаминова Г.Н., Худоярова Д.Р. 238

Содержание

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНОВИАЛЬНЫХ СКЛАДОК КОЛЕННОГО СУСТАВА.
Ирисметов М.Э., Таджиназаров М.Б., Шамшиметов Д.Ф., Усмонов Ф.М., Холиков А.М., Ражабов К.Н., Рустамов Ф.Р......239

СИЙДИК НАЙИ ПАСТКИ УЧДАН БИР ҚИСМИДА ЖОЙЛАШГАН ТОШЛАР ДАВОСИДА АЛЬФА1А-АДРЕНОБЛОКАТОР «ТАМСУЛОЗИН»НИ ИЖОБИЙ ТАЪСИРИ.
Исаков Х.А., Бозоров Ш.Т., Умаров А.Р......239

БОЛАЛАРДА СОН ЧУРРАСИНИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШДА ИНСТРУМЕНТАЛ ТЕКШИРИШНИНГ АҲАМИЯТИ.
Искандаров Э.Р., Окбоев Б.Т., Сагираев Н.Ж......240

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТИНЪЕКЦИОННЫХ ЛОЖНЫХ АНЕВРИЗМ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У НАРКОМАНОВ.
Исмаилов Ж.Т., Усманов Б.С., Насритдинов Ж.А......240

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИМЕРОВ В МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВЫХ РАН.....241
Камилов У.Р., Фаязов А.Д., Саримсаков А.А., Юнусов Х.Э., Уразметова В.У., Убайдуллаева В.У......241

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНЕКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ ВО ВРЕМЯ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.....242
Камолов З., Рахматов У.У., Нуритдинов Ф......242

АНДРОЛОГИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЯИЧКА ПРИ ОСТРЫХ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ.....242
Каримов Р.К., Каримов К.Р......242

КЛИНИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО МАРКЕРА (Я-ХГЧ) БЕРЕМЕННОСТИ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ТРУБНОГО АБОРТА.....243
Кузибоева М.М., Туранова.Н.М......243

АНЕМИЯ И ГЕСТАЦИОННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ.....244
Кучкаров А.К., Бердибаев Т.М......244

ХРОНОБИОЛОГИЯ ЭКСТРЕННЫХ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....244
Мамасалиев Н.С., Мамадиев А.М., Халикова Н.А., Маликов Т.А......244

СТАНДАРТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛУЧЕВОГО НЕРВА.....245
Маматкулов А.Г., Усманов Б.С., Насриддинов Ж.А......245

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ГИДРОНЕФРОЗА В ЭКСТРЕННОЙ УРОЛОГИИ.....246
Маткаримов У.М., Мамасаидов Ж.Т., Махмудов Н.И......246

ВТОРИЧНАЯ КОЖНАЯ ПЛАСТИКА ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОСТРОВКОВЫХ ЛОСКУТОВ.
Минаев Т.Р., Низов О.Н., Хакимов А.Б., Давлатов Ж.Х., Суванов Х.Р, Юлдашев М.Ж......247

КОММУНИКАЦИОННАЯ СТРАТЕГИЯ ПО РЕАГИРОВАНИЮ НА COVID-19 ДЛЯ ОБЩЕСТВЕННОСТИ И МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА.
Мирварисова Л.Т., Шукуров Б.И., Гулямов Б.Т......247

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПИЕЛОПЛАСТИКА – НОВЫЙ «ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУР ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА У ВЗРОСЛЫХ.....248
Мухтаров Ш.Т., Акилов Ф.А., Аюбов Б.А., Нуриддинов Х.З., Бахадирханов М.М., Назаров Д.А., Наджмитдинов Я.С., Фозилов А.А......248

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПАРЦИАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ОПУХОЛИ ПОЧКИ.
Мухтаров Ш.Т., Акилов Ф.А., Мирхамидов Д.Х., Бахадирханов М.М., Назаров Дж.А., Аюбов Б.А., Уралова Н.Д......249

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.
Насриддинова Г.У, Абдувалиева Ч.М., Нуритдинова Ш.М., Пулатова Д.Н., Назарова С.М......249

РОЛЬ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ФАКТОРА НА ДЕСТАБИЛИЗАЦИЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА.
Насырова З.А., Ташкенбаева Э.Н., Насирова Д.А......250

ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭКСТРЕННЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ.
Норкузиев Ф.Н., Тожибоев М.П., Даминов Б.Н., Алимов А.К., Абдулахатов М.Х., Пардаев А.Г......250

Содержание

ЗНАЧЕНИЕ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ ПОРАЖЕНИЙ ЛЁГКИХ У БОЛЬНЫХ COVID-19.
Рахимов Ф.Х., Дадамьянц Н.Г......251

ПРОФИЛАКТИКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ОТРАВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ.
Рустамов М.Р., Дониёров Н., Хабибулаев Ш.Ф., Холова Д.А......252

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИИ.
Рыспаева Ж.А., Кумарова Н.Е. 252

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ ЭТАНОЛОМ.
Собиров Д.Х. 253

ЭЛЕКТРОННЫЙ СПРАВОЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ РЕСУРС ДЛЯ РАБОТНИКОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ – КОНЦЕПЦИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ.
Сорокин В.Г., Миннуллин И.П., Ходаков А.И., Колодин М.Ю. 254

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ И РАБОТЫ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КРАЕВОМ МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ.
Суворов М.С., Головина Н.И., Макаревский А.В. 255

ВЛИЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНЫМИ ВАРИАНТАМИ СТЕНОКАРДИИ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.
Суннатова Г.И., Ташкенбаева Э.Н., Насырова З.А., Насирова Д.А., Хайдарова Д.Д., Хайдарова А.Ю. 255

НАРУШЕНИЯ ЭКГ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ ГИПОТЕНЗИВНЫМИ И АНТИАРИТМИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ.
Суходолова Г.Н., Ильяшенко К.К., Белова М.В., Поцхверия М.М., Клюев А.Е......256

СИНДРОМ УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА Q-T ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ.
Суходолова Г.Н., Ильяшенко К.К., Поцхверия М.М., Алиджанова Х.Г., Белова М.В......256

ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ЛОЖНЫМ СУСТАВОМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ НЕЙРОФИБРАМАТОЗЕ.
Тиляков А.Б., Рузиев Н.Т., Журабоев А.А., Тухтапулатов А.Т......257

ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИ БОСҚИЧЛАРИДА КАМ ИНВАЗИВ УСУЛ-КЎЗ ТУБИНИ ТЕКШИРИШНИНГ ДИАГНОСТИК АҳамиятИ.
Тўраева Ё.М., Махмудов Н.И., Валиев А.С. 258

НЕИНВАЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ.
Турсункулова Д.А., Турсунова Б.А., Шакаров Ф.Р., Исаева Л.И., Урунова М.А.....258

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ДОКЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗАЖИВЛЕНИЯ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ КОЖИ.
Убайдуллаева В.У, Камилов У.Р., Фаязов А.Ж., Юнусов Х.Э. 259

ЭПИЛЕПСИЯ И СУДОРОЖНЫЕ СИНДРОМЫ В КЛИНИКЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ.
Урунов Д.А., Гайбуллаев Ш.Т. 260

ПАРОКСИЗМАЛЬНАЯ МИОПЛЕГИЯ В ЭКСТРЕННОЙ НЕВРОЛОГИИ.
Урунов Д.А., Тохиров З.Б. 261

НЕБУЛАЙЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЗАСТОЙНЫХ ПНЕВМОНИЯХ У БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТАМИ.
Урунов Д.А., Сафарова М.Х......261

АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.
Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Махмудов Н.И., Насритдинова Н.Б......262

ФИКСИРОВАННАЯ И СВОБОДНАЯ КОМБИНАЦИЯ ИНГИБИТОРА АПФ И АНТАГОНИСТА КАЛЬЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ.
Файзуллаева Г.И., Ризаева М.Ж. 263

ОСОБЕННОСТИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ В ПЕРИОД ТОКСЕМИИ У ОБОЖЖЕННЫХ РАННЕГО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА.
Фаязов А.Д., Мухитдинова Х.Н., Камилов У.Р., Абдуллаев У.Х.....264

МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ОЖОГОВ – КАК ПРОФИЛАКТИКА АНЕМИИ У ДЕТЕЙ.
Хакимов Э.А., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Курбонов Н.А., Ахмедов Р.Ф. 264

Содержание

НОВЫЕ ПОДХОДЫ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.
Ҳамдамов У.Р., Рахимов А.Ш., Холиков Ф.Й. ... 265

НЕИНВАЗИВНАЯ ИВЛ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТРУДНЫМ ДЫХАТЕЛЬНЫМ ПУТЕМ.
Ходжамбердиев А.Р., Пахмурин И.Р., Гафуров Б.З. ... 266

ВЫБОР МЕТОДОВ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У ОЖОГОВЫХ БОЛЬНЫХ.
Шарапов П.К., Халиков В., Рахмонов Г., Махмудов А.А. ... 266

P.AERUGINOSA В СПЕКТРЕ МИКРОБНЫХ КУЛЬТУР.
Шарафитдинова Г.Х., Мухамеджанова Н.Н., Шарипов Р.О. ... 267

ДИАГНОСТИКА И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ЭНЦЕФАЛИТОВ.
Шарипова В.Х., Бахадирханов М.М., Анваров А.А. ... 267

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ЭНЦЕФАЛИТОВ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИКИ РНЦЭМП.
Шарипова В.Х., Бахадирханов М.М., Анваров А.А. ... 268

НЕОТЛОЖНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПОЧЕК В УСЛОВИЯХ РАЙОННЫХ БОЛЬНИЦ.
Шодмонова З.Р., Гафаров Р.Р. ... 269

ДИСТАНЦИОННАЯ ЛИТОТРИПСИЯ У ПАЦИЕНТОВ С КАМНЯМИ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ.
Шодмонова З.Р., Хамраев Ш.Ш., Шукуров А.А. ... 270

ИНГИБИТОРЫ АПФ И ИНДАПАМИД В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА.
Эшбоев А.Т., Гаффоров Б.Б., Маннонов М.З. ... 270

ЗНАЧИМОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ НЕОТЛОЖНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОЧЕК.
Эшбоев А.Т., Искандаров Э.Р., Чориев М.А., Менглиев Б.А., Саидов А.Х., Каюмов Т.А. ... 271

ТРОМБОЗЫ ГЛУБОКИХ ВЕН У ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.
Юсуфжонов Ж.М., Йўлдошев А.А., Хожакбаров А.Х., Болтаев А.А. ... 272