

Все это осуществляется практически одновременно на фоне интенсивной терапии и является основанием для определения характера, последовательности и объема диагностических и лечебных мероприятий.

При сочетанных шокогенных повреждениях, безусловно доминирующей является тяжелая ЧМТ с формированием острого компрессионно-дислокационного синдрома. По важности она уступает лишь массивному кровотечению и грубому расстройству функции внешнего дыхания. При отсутствии таких повреждений, все диагностические и лечебные нейрохирургические мероприятия носят первоочередной характер. В то же время уточненная диагностика нехирургических вариантов СЧМТ может быть отложена до стабилизации гемодинамики.

Последовательность нейрохирургического обследования.

1. Выяснение механизма травмы со слов сотрудников скорой помощи, очевидцев и, при возможности, пострадавшего.

2. Уточнение прогноза, характера и тяжести внечерепных повреждений по данным протившоковой бригады.

3. Выяснение анамнестических данных (по мере возможности).

4. Внешний осмотр с оценкой состояния кожных покровов головы (наличие ран, ссадин, царапин, кровоподтеков, подкожных и подапонеуротических гематом), а также выявление симптомов наружной ликвореи.

5. Неврологический осмотр: полноценный при сохраненном сознании и избирательный при сопоре или коме с оценкой признаков компрессионно-дислокационного синдрома по 4-х степенной классификации Р.Д. Касумова (1995). Оценка уровня сознания обычно осуществляется по шкале ком Глазго.

6. Эхоэнцефалоскопия (достоверность исследования не превышает 83 %).

7. Краниография и рентгенография шейного отдела позвоночника в двух стандартных проекциях.

8. При отсутствии возможности компьютерной томографии головного мозга в данном учреждении — каротидная артериография даже на операционном столе хотя бы в прямой проекции (при АД не менее 90 мм рт. ст. При меньших цифрах систолического АД высока вероятность получения ложноположительного псевдокаротидотромбоза как свидетельства прекращения мозгового кровообращения). Если эти методики не могут быть реализованы, то нейрохирург вынужден осуществлять хирургическую диагностику путем наложения диагностических фрезевых отверстий.

9. Выполнение нейровизуализационного исследования. Первичное исследование производится при поступлении пострадавшего с подозрением на ЧМТ и может предшествовать пп. 4—8. У пострадавших с признаками ТЧМТ при отсутствии симптомов иных жизнеугрожающих повреждений выполнение КТ головного мозга должно носить приоритетный характер. При верификации зон морфологической деструкции мозга, внутричерепных гематом небольшого объема, не требующих экстренного оперативного лечения, исследование целесообразно повторить через 12—24 часа или немедленно при нарастании неврологической симптоматики (дислокационного синдрома). Отсутствие положительной неврологической картины к исходу 3—10-х суток также является показанием для повторного исследования.

Пострадавшие 2 и 3 прогностических групп, у которых при первичном обследовании не выявлено признаков тяжелой ЧМТ должны наблюдаться в динамике нейрохирургом не менее 3 суток с нейровизуализационным исследованием к концу этого периода. Такая позиция диктуется следующими соображениями: контузионные очаги I типа достоверно визуализируются только через 6—12 часов после травмы; на фоне тяжелой гипоксии размер первичных очагов может увеличиваться; типовые патологические процессы острого периода травматической болезни создают предпосылки для формирования подострых внутричерепных гематом.

А.Н. Вишневская

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ КИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Владивосток)

Увеличение количества больных с тяжелыми формами панкреатита, наблюдаемое за последнее время, привело к увеличению числа пациентов с кистами поджелудочной железы (Луценко В.Д., 2003). Кисты в процессе формирования вызывают различные осложнения от 20—34 % до 45—70 % (Багненко С.Ф., 2000). Выбор метода хирургического лечения остается предметом дискуссии и в настоящее время. Цель работы: оценка хирургической тактики при осложненных кистах поджелудочной

железы. Обследовано 49 больных (39 мужчин и 10 женщин) в возрасте от 21 до 68 лет, находившихся на лечении в хирургическом отделении ККБ №1 в 2000–2007 гг. У 77,6 % больных кисты возникли вследствие панкреатита, в 5 случаях (10,2 %) причиной была травма поджелудочной железы, у 6 больных (12,2 %) кисты появились без каких-либо причин. Кисты располагались в области головки поджелудочной железы у 16,3 % больных, тела – у 28,6 %, хвоста – у 12,2 %, в области тела и хвоста – у 26,5 %. Солитарные кисты были у 85,7 % пациентов, множественные у 14,3 %. Размеры кист варьировали от 2,2 Ч 2,7 до 20 Ч 30 см. Сформированные кисты были у 63,3 %, несформированные у 36,7 % пациентов. Осложнения кист имелись у 16 (32,65 %) больных. Так, нагноение кисты имело место у 8 (16,3 %) больных, кровотечение у 2 (4,03 %) больных. В 3-х случаях киста вызвала сдавление общего желчного протока с развитием механической желтухи, в одном случае – сдавление выходного отдела желудка и у 1 больного – нарушение дуоденальной проходимости. Все больные с осложненными кистами оперированы. При нагноившихся кистах методом выбора хирургического лечения явилось вскрытие кисты, удаление гноя и тканевого детрита с последующим наружным дренированием, что было выполнено у 14 (87,5 %) больных. В одном случае нагноение сочеталось с аррозивным кровотечением, в этом случае операция была дополнена прошиванием места кровотечения. Операция внутреннего дренирования на отключенной по Ру петле была выполнена в одном случае псевдокисты, осложненной кровотечением. Одному больному с псевдокистой, вызвавшей сдавление двенадцатиперстной кишки и дуоденальную непроходимость из-за тяжести состояния был наложен гастроэнтероанастомоз. При кистах, осложненных механической желтухой, во всех случаях была выполнена операция наружного дренирования, которая в одном случае была дополнена холецистостомией. Таким образом, при осложненном течении ложных кист поджелудочной железы во всех случаях нагноения, а также нагноения с кровотечением, выполнялись вынужденные оперативные вмешательства, направленные на устранение осложнений с последующим обязательным наружным дренированием.

Н.М. Волков, В.Е. Воловик, А.С. Аксенов, О.М. Романенко

ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО АРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

*МУЗ «Городская больница № 7» (г. Комсомольск-на-Амуре)
ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»
МЗ Хабаровского края (г. Хабаровск)*

В травматологическом пункте МУЗ «Городская больница № 7» Комсомольска-на-Амуре в 2004–2006 гг., с применением методов внутрисуставной оксигенотерапии (ВСОГТ) и гипербарической оксигенации (ГБО) пролечено 96 больных с деформирующим артрозом (ДА) коленных суставов. Общее состояние больных, как правило, не было нарушено. Заболевание характеризовалось выраженными болями, расстройством функции опоры и движения, изменением формы коленного сустава.

Оксигенотерапию выполняли по методике П.З. Завеса с некоторыми изменениями. Производили 3–8 внутрисуставных введений кислорода в количестве от 60–80 до 100–120 см³ с интервалом 3–4 дня. В промежутках между процедурами больные занимались дозированной ЛФК, самомассажем мышц конечности. В отдельных случаях количество введений достигало 10–12 раз, что зависело от выраженности болевого синдрома, степени дегенеративно-дистрофических изменений в суставе, стойкости контрактуры.

Усилить эффект лечебного действия кислорода можно путем ингаляций его под повышенным давлением в барокамере. Лечение проводили амбулаторно. Особое внимание уделяли подготовке больного к лечению в барокамере. Всех больных осматривал врач отделения ГБО, лечащий врач, терапевт для выявления противопоказаний, а также с целью уточнения режима, типа барокамеры.

Лечение в барокамере «БЛКС-301М» проводилось при $P = 0,5–0,7$ АТИ (атмосфера техническая избыточная: 1 ати = 1 кгс/см.кв.), с изопрессией (основной рабочий режим бароаппарата, характеризующийся величиной установившегося внутри барокамеры постоянного давления) 40–50 минут, короткими циклами по 3–6 баросеансов (в среднем за 11 дней) с перерывами между ними в 2 дня. По мере увеличения общего числа баросеансов перерывы между циклами также увеличивались.

Возраст пациентов варьировал от 17 до 84 лет: до 20 лет наблюдалось 5 (5,8 %) пациентов, от 21 до 30 лет – 8 (9,3 %), от 31 до 40 лет – 10 (11,6 %), от 41 до 50 – 12 (13,9 %), от 61 до 70 – 21 (24,4 %), от 71 до 80 лет – 4 (4,6 %), старше 80 лет – 1 (1,1 %). Самую многочисленную группу больных составляли пациенты 51–60-ти летнего возраста – 25 (29 %) человек.

Обследовали больных с артрозом коленных суставов медленно прогрессирующего течения I–III стадии (по классификации Н.С. Косинской, 1961). У 70 % пациентов отмечали реактивный синовит