

ший страдания больных и ускоряющий процесс выздоровления, нужно пробовать.

В процессе работы у нас возникло несколько пожеланий к создателям аппарата ПЛАЗОН:

По паспорту в аппарат входит около 600 мл охлаждающей жидкости, но мы, как, ни старались, не могли вместить более 500 мл. Если начинаем работу сразу после заправки, в течение 5–6 запусков из аппарата снизу вытекает около 100 мл охлаждающей жидкости.

Аппарат дает индикацию о недостатке охлаждающей жидкости, когда в нем остается 200–250 мл.

Насколько часто необходимо менять охлаждающую жидкость. Нами отмечено, что через 1 месяц работы спирт становится мутным и в нем появляется черный осадок.

Насадка для NO-терапии постоянно окисляется, закисает штуцерное соединение, забивается сопло, что приводит к необходимости разбирать и чистить конструкцию через день.

Короткие ножки аппарата и сильный шум при работе воздухозаборника усложняет использование аппарата в амбулаторных условиях.

Короткий шланг (гофра) на насадку затрудняет использование аппарата в условиях операционной.

Неудобно использование пульта управления: для изменения режима работы аппарата во время операции нужен ассистент.

В инструкции пользователя нет информации, на сколько часов работы рассчитаны сменные насадки, подлежат ли они ремонту или замене.

---

Marchenko S.B., Makarchenko V.E. **Application of plasma-scalpel coagulator "plason" in garrison naval hospital.** *FBU "1477 Naval Hospital," fleet ", the branch №1, Primorsky region, Fokino.*

---

**Keywords:** scalper-coalescer "Plason" application.

**Сведения об авторах:**

Марченко Сергей Борисович, заведующий операционным отделением ФБУ «1477 Военно-морской клинический госпиталь» флота», филиал №1, Приморский край, г. Фокино. Врач-хирург высшей квалификационной категории. Тел.: 8 (42339) 24-7-60

Макарченко Владислав Евгеньевич, начальник филиала №1, ФБУ «1477 Военно-морской клинический госпиталь» флота», Приморский край, Фокино. Тел.: +7 924 4383464

© Коллектив авторов, 2012

УДК 616.12-001.3:616.127-002-07

Марчук В.Г., Чепель А.И., Кузьмин А.Я., Чиж В.В.

## **АДАПТИРОВАННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ УШИБОВ СЕРДЦА ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ НА ФОНЕ ПОЛИТРАВМЫ**

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

---

**Ключевые слова:** ушибы сердца, политравма, закрытая травма груди.

Повреждения сердца по своему характеру имеют широкий спектр, простирающийся от сотрясения сердца до разрыва камер и даже отрыва хорд и клапанов. До настоящего времени нет единого мнения среди врачей заинтересованных специальностей о формах закрытых повреждений сердца, нет общепринятой классификации, а существующие не находят общего признания (Солтанов и соавт., 1981). Однако большинством из них не оспаривается наличие как минимум двух видов диагностируемых повреждений – ушиба сердца и разрыва (надрыва) его различных структур (Кривченя и соавт., 1982).

Ввиду того, что сотрясение и ушиб сердца имеют много переходных форм, различать их чрезвычайно тяжело, поэтому ряд специалистов сотрясения сердца в отдельную форму не выделяют. Правильнее всего рассматривать его как легкую форму ушиба сердца. С другой стороны, отмечаются случаи смертельного сотрясения сердца, причинами раз-

вития которого являются нарушение "сердечной автоволны" с последующей фибрилляцией миокарда и включающийся патологический рефлексогенный механизм, приводящий к острым нарушениям тонуса миокарда и сосудов.

**Выводы.** На основании собственного опыта и данных отечественной и зарубежной литературы нами предлагается унифицированная классификация ушибов сердца.

I. По тяжести:

- легкая (без выраженных расстройств гемодинамики, быстро проходящие нарушения ритма и проводимости, выраженные изменения электрической активности сердца);

- средней тяжести (стойкие нарушения сердечного ритма и проводимости с преходящими нарушениями гемодинамики) она же стенокардитическая;

- тяжелая (стойкие и прогрессирующие расстройства гемодинамики) она же инфарктноподобная.

II. По стадиям течения:  
 - первично-травматических нарушений (первые 3 суток);  
 - травматического миокардита (до 25 суток);  
 - восстановления нарушенных функций (4–5 мес);  
 - исхода.

III. По характеру морфологических нарушений:  
 1 период - острый (2–3 суток);  
 2 период - репаративной регенерации (12–14 суток);  
 3 период - посттравматического кардиосклероза (более 14 суток).

Marchuk V.G., Csepel A.I., Kuzmin A.Y., Csidi V.V. **Adapt the classification injuries heart for closed chest trauma in a polytrauma.** Military Medical Academy. S.M. Kirov in St. Petersburg.

**Keywords:** cardiac injuries, polytrauma, closed chest trauma.

**Сведения об авторах:**

Марчук Виктор Григорьевич, кафедра военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева 6; тел (раб). 8 (812) 292-33-54; e-mail: zhabin.anatolij@yandex.ru

Чепель Александр Иванович, кафедра военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева 6; тел (раб). 8 (812) 292-33-54; e-mail: zhabin.anatolij@yandex.ru

Кузьмин Алексей Ярославович, кафедра военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева 6; тел (раб). 8 (812) 292-33-54; e-mail: zhabin.anatolij@yandex.ru

Чиж Владимир Владимирович, кафедра военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева 6; тел (раб). 8 (812) 292-33-54; e-mail: zhabin.anatolij@yandex.ru

© Коллектив авторов, 2012

УДК 618.1-036.11-083.98.

Нагорный Э.Ю., Куликова Е.Н., Шелест Л.Л.

## МЕТОДИКА ВРЕМЕННОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ

ФГУ «1477 Военно-морской клинический госпиталь флота», Владивосток

С целью уменьшения интраоперационной кровопотери при выполнении консервативной миомэктомии у пациенток с миомой матки, авторы разработали методику временного гемостаза, которая, учитывая распространенность данной патологии среди женщин, является актуальной и может быть рекомендована для широкого применения в гинекологической практике. Учитывая высокий практический интерес к органосохраняющим операциям, все оперированные пациентки находятся под динамическим наблюдением для отслеживания отдаленных результатов примененной нами методики.

**Ключевые слова:** миомэктомия консервативная, временный гемостаз.

Миома матки (ММ) – одна из самых распространенных доброкачественных опухолей матки, встречающихся у женщин репродуктивного возраста, и занимает ведущее место среди гинекологических заболеваний. Распространенность миомы матки колеблется в широких пределах, и по данным отечественной литературы составляет 20–40% гинекологической патологии у женщин репродуктивного возраста. При обследовании женщин в возрасте старше 30 лет миома матки выявляется у 25–35% обследуемых, после 45 лет частота встречаемости миомы матки достигает 60–70% [2, 13, 18, 28, 33]. Среди жительниц городов частота выявления данного заболевания в среднем на 25 % больше, чем у женщин в сельской местности [1, 2, 12, 15, 19]. По данным зарубежных авторов средняя распространенность миомы матки составляет около 30% [23, 29, 30, 31, 35]. ММ обладает выраженным отрицательным влиянием на женскую репродуктивную систему, что заключается в проблеме невынашивания беременности, причине бесплодия, а клиниче-

ская симптоматика ММ проявляющаяся нарушением менструальной функции, значительно ухудшает качество жизни женщины. За последние 10–15 лет отмечено значительное «омоложение» опухоли, так в возрасте 20–25 лет ММ встречается примерно в 13–18% всех случаев патологии гениталий [3, 13, 34, 35].

ММ исходит из гладкомышечной ткани, и в основном поражает тело матки (95% случаев). В большинстве случаев она состоит из элементов мышечной ткани (80%), незначительную часть ее составляет соединительная ткань (15–20%). Ядро опухоли образуется из гладкомышечных элементов, при дальнейшем развитии приобретает смешанный характер роста, образуя миому [14, 16, 20, 32]. ММ характеризуется экспансивным (раздвигающим ткани) ростом, из-за чего более крупные узлы окружены как бы капсулой из концентрически расположенных волокон соединительной ткани, содержащей питающие опухоль сосуды. Опухоли их соединительнотканых элементов богаты сосудистой сетью, сосуды