

Изменения гемостаза у пациентов-носителей G20210A мутации в течение острого периода заболевания более «мягкие», проявляются также в виде гиперкоагуляционного синдрома (увеличение концентрации фибриногена и уровня РФМК ($p < 0,005$)) и сопоставимы с показателями коагулограммы больных ишемическим инсультом без тромбофилии. Однако выявлена более выраженная депрессия фибринолиза — $20,5 \pm 2,9$ мин. в сравнении с группой контроля — $8,47 \pm 0,14$ мин. ($p < 0,0005$) и группой больных без мутаций — $14,24 \pm 0,4$ мин. ($p > 0,05$). Концентрация антитромбина III находилась в допустимых пределах.

При изучении коагуляционного гемостаза у пациентов с аномалией в гене МТГФР (С677Т) так же, как и в двух предыдущих группах, обнаружены признаки активации свертывающей системы крови с первых часов от начала ишемического инсульта, а также угнетение фибринолиза ($p < 0,05$). Изменения коагулограммы при сравнении двух групп пациентов с ОНМК более отчетливы к моменту завершения острого периода инсульта и характеризуются более значительными проявлениями гиперкоагуляционного синдрома у больных с тромбофилией в виде увеличения ПТИ, укорочения АЧТВ и сохранения повышенной концентрации фибриногена ($p < 0,05$).

ВЫВОДЫ

Таким образом, выявлено, что у пациентов больных ишемическим инсультом, имеющих протромботическую мажорную мутацию, изменения свертывающей системы крови носят характер гиперкоагуляции в некоторых случаях более значимую, чем у пациентов, не имеющих подобной аномалии, особенно в конце острого периода заболевания (18–21-е сутки). Среди групп-носителей мутаций сравнительно более выражен гиперкоагуляционный синдром у пациентов с аномалией Лейден и аномалией в гене МТГФР (С677Т).

При проведении анализа динамики показателей гемостаза в остром периоде ОНМК внутри группы у носителей мутаций различий с пациентами без них не выявлено ни в одном случае ($p > 0,05$) (метод Фридмана). Это подтверждает неспецифичность изменений коагуляционного гемостаза у больных ишемическим нарушением мозгового кровообращения, носителей прокоагулянтных аномалий.

Н.А. Страхова, О.В. Кыштымова, В.Н. Антоненко

АКТУАЛЬНОСТЬ АНАЛИЗА ГАЗОВОГО СОСТАВА КРОВИ У ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ИВЛ, В УСЛОВИЯХ РЕАНИМАЦИИ.

МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова» (Улан-Удэ)

В большинстве случаев, изменения кислотно-щелочного состояния являются следствием серьезного патологического нарушения в организме и редко имеют самостоятельное значение, в этой связи, исследования газового состава крови у пациентов с подозрением на респираторную патологию или метаболические нарушения позволяют точнее оценить состояние больного. Повторные анализы газов крови позволяют отслеживать течение основного заболевания в динамике и контролировать эффект проводимой терапии.

Цель работы: оценка значимости исследований кислотно-щелочного состояния и газов крови в интенсивной терапии детей с тяжелыми патологиями.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследования проведены у 46 детей в возрасте от 3 суток жизни до 16 лет, находившихся на искусственной вентиляции легких в течении 3 и более суток. Лабораторное исследование показателей кислотно-щелочного состояния и газов крови проводилось в динамике, в течение периода ИВЛ, не менее двух раз в сутки, на базе лаборатории Детской республиканской клинической больницы.

Использовались аппараты ИВЛ: Bird VIP (США), Puritan bennet (Ирландия), Galileo (Швейцария) — 2 шт.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Показатели кислотно-щелочного состояния и газов крови в динамике изменялись в течение всего периода лечения. В первые сутки лечения выявлены существенные снижение показателей рН, HCO_3 , pO_2 и увеличение VE , pHCO_2 . Значения, приближенные к физиологическим достигались, достигались в среднем, к 3–4 суткам лечения.

Всем больным производилась коррекция параметров ИВЛ и качественного состава инфузионной терапии.

Показатели газов крови рН, рО₂, рСО₂ указывали на дефекты в проводимой ИВЛ, а рН, ВЕ, НСО₃ – на метаболические нарушения (в 82,6 и 17,4 % случаях соответственно). Повторный контроль КЩС позволил оценить эффективность проводимой терапии.

Проведенные мероприятия по коррекции выявленных нарушений в крови позволили более уверенно контролировать состояние больных, проводить лечение более рационально. Вследствие этого сроки лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии сократились на 2,1 дня, летальность при подобных ситуациях – почти в 2 раза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приведенные данные свидетельствуют о том, что использование лабораторного контроля газов крови необходимо. Данные исследования позволяют не только объективно оценить состояние больного, но и оптимизировать проводимую терапию, и, как следствие, снизить сроки и стоимость лечения.

М.М. Тайлашев, П.П. Салатин, В.В. Соболев, В.В. Позиков, А.С. Колесников

АНАЛИЗ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

**НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Иркутск-Пассажирский ОАО «РЖД» (Иркутск)
ГОУ ДПО «Иркутский ГИУВ Федерального агентства по здравоохранению
и социальному развитию» (Иркутск)**

Переломы в области голеностопного сустава являются самыми частыми травматическими повреждениями нижних конечностей и их доля, по данным разных авторов, составляет 20 – 40 %. В холодное время года, при гололеде данные переломы могут достигать размеров «травматической эпидемии».

Характерными для этого вида травмы являются переломы лодыжек с наружно-пронационно-эверсионным подвывихом стопы, что составляет 60 % случаев (Панков И.О. и соавт., 2007), частота осложнений и неудовлетворительных результатов лечения достигает 20 – 37 % случаев (Миронов С.П. и соавт., 1999). В настоящее время при травмах в области голеностопного сустава применяются как консервативные, так и оперативные методы лечения (погружной металлоостеосинтез, чрескостный остеосинтез по Илизарову).

С повреждением голеностопного сустава с 2003 по 2007 г. в отделении травматологии и ортопедии НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Иркутск – Пассажирский ОАО «РЖД» пролечен 241 больной, что составило 5,7 % от находившихся на лечении с другой травмой опорно-двигательного аппарата, и 29,5 % от всех переломов нижних конечностей. Среди них мужчин – 149 (61,8 %), женщин – 92 (38,2 %). Возраст больных: до 20 лет – 15 (4,7 %), 21 до 30 лет – 52 (21,6 %), 31 – 40 лет – 69 (27 %), 41 – 50 лет – 60 (24,5 %), 51 – 60 лет – 19 (3,7 %), старше 61 года – 19 (8 %) человек. Сезонная обращаемость больных: зимой – 70 (24,9 %), весной – 80 (32,8 %), летом – 40 (16,6 %), осенью – 51 (21,2 %) человек. Бытовая травма составила 226 (93,9 %), на производстве – 3 (1,2 %), в пути с работы – 7 (2,9 %), спортивная травма – 5 (2 %) человек. Из них в состоянии алкогольного опьянения – 48 человек (19,9 %), трезвых – 193 (80,1 %) человека. Больных, поступивших в течение 24 часов с момента получения травмы, было 101 (41,9 %), свыше 24 часов – 140 (58,1 %) человек. Закрытых репозиций лодыжек при поступлении выполнено – 158 (65,6 %), не выполнялось – 83 (34,4 %). По локализации поражения: правый голеностопный сустав – 123 (51 %) случаев, левый – 118 (49 %) случаев. Работников отделения дороги пролечилось – 147 (61,1 %) человек, не работающих на транспорте – 94 (39,9 %) человека. Из всех оперированных больных в отделении 6 % приходится на травму голеностопного сустава. Из числа поступивших с травмой голеностопного сустава оперировано – 149 (61,9 %), консервативное лечение было применено у 92 человек (38,1 %).

Однолодыжечные переломы голеностопного сустава составили – 106 (43,6 %) случаев, из них оперированных – 66 (61,9 %), двухлодыжечные – 90 (36,9 %) случаев, из них оперировано – 52 (57,3 %), трехлодыжечные – 33 (13,3 %) случая, из них оперировано – 14 (43,8 %), с сочетанной травмой – 12 (4,6 %) случаев.

Удаление металлоконструкций до 6 месяцев после операции составило – 13 (9 %), свыше одного года до трех лет – 204 (70,1 %), из них перелом металлоконструкции произошел у 3 пациентов (1,2 %).

Отдаленные результаты прослежены за 3 года, выявлено:

- несостоятельность синдесмоза у 2 (0,8 %) больных, что потребовало повторного оперативного лечения;
- передний подвывих стопы у 1 больной из-за избыточной компрессии дистального межберцового синдесмоза, устранен после удаления позиционного винта.
- сгибательно-разгибательная контрактура в голеностопном суставе у 12 (5 %) больных, которые были устранены в результате проведения восстановительного лечения.
- неправильно сросшиеся лодыжки у 2 (0,8 %) больных, потребовалось повторное оперативное лечение.