

У пациентов второй группы действие препаратов направлено на первичное и конечное звено формирования боли. В третьей группе использован принцип направленного воздействия на трансмиссию, модуляцию и перцепцию. Группы репрезентативны, сформированы слепым методом. Эффективность применения различных принципов ограничения боли оценивали по гормональному ответу, гемодинамическим реакциям, типу адаптационных реакций, частоте и видам ранних послеоперационных осложнений.

Установлено, что различные принципы ограничения послеоперационной боли не только стимулируют различные адаптационные защитные стратегии, но и имеют различную по частоте осложнений и эффективности лечения значимость. Первой по значимости и эффективности является принцип одновременного, целенаправленного воздействия на все патогенетические звенья формирования боли. Применение данного принципа сопровождается стабильностью нейроэндокринного ответа, гемодинамических реакций, снижением потребления миокардом кислорода. Адаптационные реакции протекают по толерантному пути. Каких-либо осложнений в раннем послеоперационном периоде не было выявлено. Следующим является принцип одновременного воздействия на первичное и конечное звенья формирования боли, который формирует толерантный тип адаптации, однако в 30 % случаев наблюдений установлено проявление ранних послеоперационных осложнений. Реализация принципа воздействия на первичное звено формирования боли стимулирует толерантную стратегию адаптации, в 50 % случаев проявлялась наличием ранних послеоперационных осложнений. Наименее предпочтительным принципом ограничения послеоперационной боли является воздействие только на конечное звено формирования боли — перцепцию. Реализация данного принципа сопровождалась гипердинамическим типом кровообращения, активацией нейроэндокринной системы, повышенным потреблением кислорода миокардом. Эти обстоятельства указывают на формирование резистентной стратегии адаптационных процессов. Она является более энергозатратной и менее предпочтительной, что нашло отражение в качестве и количестве послеоперационных осложнений, которые выявлены в 100 % случаев.

М.Ю. Бронникова, О.В. Сухарчук

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОЙ МИОПИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОМАТЕРИАЛА «АЛЛОПЛАНТ»

НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Иркутск-Пассажирский ОАО «РЖД» (Иркутск)

Склероукрепляющие операции в глазном отделении НУЗ ДКБ на станции «Иркутск-Пассажирский» с 1997 года выполняются с применением биоматериала «Аллоплант». При медленно прогрессирующей миопии, а также в случаях выраженного истончения оболочек глаза используется более щадящая и малотравматичная методика инъекционного введения склероукрепляющего материала — ретро-склеропломбаж (РСП) в одном — двух квадрантах. При быстро прогрессирующей миопии — склеропластика в нескольких квадрантах.

За период 2004 — 2006 гг. в отделении проведено 480 операций при осложненной миопии: 245 — склеропластика, 120 — РСП, 115 — стимуляция васкулогенеза. Рефракция варьировала от — 3,5 дптр. до — 25,0 дптр., переднезадняя ось глаза (ПЗО), измеренная с помощью ультразвуковой эхобиометрии — от 24,0 до 30,0 мм.

Отбор пациентов на хирургическое лечение проводили по следующим критериям:

- годичный градиент прогрессирования более 0,75 — 1,0 дптр. в год;
- прогрессирующая миопическая болезнь с выраженным наследственным фактором (начиная с рефракции 3,5 дптр. и более);
- ПЗО свыше 24,0 мм в сочетании с усилением рефракции в ходе динамического наблюдения;
- отсутствие эффекта от консервативной терапии.

При наличии выраженной хориоретинальной атрофии заднего полюса глаза, периферических дегенераций («решетчатой», «след улитки») больных направляли на консультацию в лазерный центр. После профилактической лазеркоагуляции сетчатки в плановом порядке выполняли РСП или стимуляцию васкулогенеза с применением биоматериала «Аллоплант».

Динамическое наблюдение оперированных пациентов показало стабильность размеров ПЗО и рефракции. Уменьшение рефракции на 0,5 — 1,5 дптр отмечалось в первые 1 — 2 мес. после операции и в период свыше года. В первом случае — за счет ложного утолщения оболочек глаза на фоне отека в фазу воспаления. Во втором — в результате истинного утолщения склеры на фоне сжатия замещающегося аллопланта в фазу пролиферации.

Таким образом, биоматериал «Аллоплант» на сегодняшний день превосходит по эффективности все известные склероукрепляющие материалы, обеспечивая стабилизацию анатомических размеров глаза и рефракции в 98 – 99 % случаев.

М.В. Бубенко, В.В. Самойлов, А.В. Бусоедов, В.В. Доржеев, А.В. Целюба, А.А. Лаврентьева

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

**МУЗ Городская клиническая больница № 1 (Чита)
Читинская государственная медицинская академия (Чита)**

Несмотря на определенные достижения в лечении больных с сочетанной травмой, летальность остается высокой. Как правило, столь тяжелые повреждения протекают с клиникой травматического шока, нарушением гемодинамики и дыхания, нарушением обменных процессов, расстройством микроциркуляции.

В течение последних 15 лет в клинике находилось на лечении 1517 больных с сочетанной травмой различной степени тяжести. Возраст больных колебался от 17 до 91 года. Политравма по локализации была следующей: черепно-мозговая травма являлась доминирующей у 69 % больных, повреждения груди – у 37 %, живота – у 19 %, таза – у 7,9 %, позвоночника – у 6 %, повреждение конечностей при этом встречались у 59 % пострадавших. Травма более 2 сегментов наблюдалась у 62,6 % больных, где травма черепа и головного мозга оставалась также доминирующей по тяжести. Летальность составила 26,3 %. Пострадавшие с тяжелым травматическим шоком с травмами, осложненными острой массивной кровопотерей, смерть которых наступила в первые часы и сутки, составили 31,2 %. Инфекционные осложнения (пневмония, сепсис) встречались у 33,5 % из всех умерших. Неинфекционные осложнения (отек легких, ДВСК-синдром, отек-дислокация головного мозга, почечно-печеночная недостаточность) – у 31,9 % пострадавших, ТЭЛА – в 3,4 % случаев, в основном у лиц пожилого возраста с сопутствующими заболеваниями сосудов конечностей.

Вопросы профилактики развития осложнений у больных с сочетанной травмой были и остаются актуальными сегодня.

У всех пострадавших вероятность возникновения тромбов прямо коррелировала с объемом повреждений. Средний возраст больных составлял 51 год, 67 % всех больных составили женщины, у 37 % из них имели место дополнительные факторы риска (избыточный вес, варикозная болезнь, сахарный диабет, ИБС и гипертензия).

В стационаре пострадавших с политравмой направляли в реанимационное отделение или операционную, где на фоне проводимой интенсивной терапии уточняли диагноз с выделением доминирующего повреждения для оптимального выбора тактики.

Исследования показали, что для профилактики тромбоэмболических осложнений при политравме, необходимо на фоне активной инфузионной противошоковой терапии обеспечивать стабилизацию переломов, коррекцию нарушений внутрисосудистых условий гемодинамики, которые являются суммарным результатом одновременной деятельности систем коагуляции и фибринолиза.

С этой целью за последние годы в клинике широко стал применяться низкомолекулярный гепарин (фраксипарин), особенно у больных с дополнительными факторами риска. Лабораторные исследования показали, что информативными показателями следует считать Д-димеры (В-нафтоловый, этаноловый тест), активированное частичное тромбопластиновое и протромбиновое время, фибриноген, РФНК.

Операции по поводу переломов выполнялись в наиболее ранние сроки с применением методов чрескостного и накостного остеосинтеза.

Обязательные диагностические мероприятия включали рентгенографию, эхолокацию, лабораторные исследования, по показаниям проводились пункции плевральной полости, ультразвуковое исследование внутренних органов, лапароскопия, компьютерная томография.

Принципиально важным является проведение целенаправленной коррекции сдвигов в системе гемостаза в первые 3 – 4 недели посттравматического периода.

Адекватное оперативное лечение с применением методов чрескостного и накостного остеосинтеза, проведенное в ранние сроки, позволяет не только уменьшить сроки пребывания больных в стационаре и способствует раннему восстановлению трудоспособности, снижению процента осложнений.