

желым травматическим шоком, осложненным 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 — 7,9 %, в основном у лиц пожилого возраста с сопутствующим заболеванием нижних конечностей.

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

Возникновение нарушений коагуляционного потенциала крови и изменения её реологических свойств, если не определяют, то значительно осложняют лечение больных с политравмой. Основными факторами, способствующими тромбообразованию при политравме, являются: повреждение сосудистой стенки, как связанное с травмой или хирургическим вмешательством, так и обусловленное сопутствующими заболеваниями (варикозная болезнь, ожирение, сахарный диабет и ряд других заболеваний). Не следует забывать, что больные с политравмой, как правило, имеют повреждения многих анатомических областей, а значит они подвержены гиподинамии, приводящей к застою крови в магистральных венах нижних конечностей, однако локализация венозного тромбоза может быть самой разнообразной. С этой целью в последние годы в клинике широко стали проводить оценку коагуляционного потенциала плазмы, определение концентрации фибриногена, протромбиновое время (ПТВ), Д-димера (фибриноген В, этаноловый тест), РФМК (растворимые фибрин-мономерные комплексы). Известно, что вследствие травмы у больных в первые сутки наблюдаются выраженные нарушения в системе гемостаза в сторону гиперкоагуляции (у каждого 4 — 5 больного отмечали увеличение абсолютного числа тромбоцитов, увеличивалось значение фибриногена, протромбиновый индекс, как правило имел тенденцию к увеличению). Возрастало содержание растворимых фибрин-мономерных комплексов.

С целью профилактики данных осложнений с догоспитального этапа следует проводить адекватную инфузионную терапию с обязательным введением таких растворов как липостабил, при необходимости — стероидные гормоны, адекватную иммобилизацию и щадящую транспортировку.

В стационаре пострадавших с политравмой направляли в реанимационное отделение или в 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 гемоциркуляции, которые являются суммарным результатом одновременной деятельности систем коагуляции и фибринолиза.

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

В клинике широко применяется среднелегкий гепарин (фраксипарин), особенно у больных с дополнительными факторами риска. Лабораторные исследования показали, что наиболее информативными показателями следует считать Д-димеры (В-нафтоловый, этаноловый тест), активированное частичное тромбопластиновое время, фибриноген, РФМК. Начиная с первых суток, использовали фраксипарин 0,3 мл на 1 кг веса один раз в сутки подкожно в течение 7 — 14 дней, особенно тем больным, у которых прогнозировался длительный постельный режим или оперативные вмешательства. В последующие дни применялись такие препараты, как АСК (курантил, ацетилсалициловая кислота и другие дезагреганты) или варфарин строго индивидуально. Операции по поводу переломов выполнялись с эластической компрессией в до- и послеоперационном периодах. Активная хирургическая тактика, направленная на раннее восстановление функции, создает условия активизации больных и предупреждение осложнений, особенно когда речь идет о сочетанной травме. Своевременное начало полноценной медицинской помощи, как правило, способствовало положительному исходу травматической болезни. Преемственность на всех этапах дает возможность предупредить тромбоэмболические осложнения.

В.П. Будашеев, Г.Ф. Жигаев

ХРОНИЧЕСКИЙ ТИРЕОИДИТ И РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Бурятский филиал НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Улан-Удэ)
ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)
Республиканская клиническая больница им Н.А.Семашко (Улан-Удэ)*

Число больных с заболеваниями щитовидной железы увеличивается из года в год. В ее структуре, по данным разных авторов, тиреоидит Хашимото составляет от 38 до 70 %, рак щитовидной железы —

от 20 до 50 %. (Тюленев В.В. и соавт., 1991). Дифференциальная диагностика заболеваний щитовидной железы сложна и требует проведения комплекса диагностических мероприятий.

Рак щитовидной железы в 10 — 44 % протекает под «маской» тиреоидита Хашимото (Буинов Б.Б., 1998; Дворниченко В.В. и соавт; 2001). Встречаются случаи тиреоидитоподобной формы рака щитовидной железы, по клиническим проявлениям весьма схожей с зобом Хашимото. В этой связи дифференциальная диагностика указанной патологии весьма затруднительна. Для дифференциальной диагностики используют ультразвуковое исследование, сканирование, компьютерную томографию, пункционную биопсию и цитологическое исследование.

В хирургическом отделении эндокринологического диспансера с 1991 по 2001 год оперировано 906 больных с патологией щитовидной железы, из них с раком щитовидной железы 86 (9,5 %), тиреоидитом Хашимото 111 (12,3 %), с узловым, диффузно-токсическим, смешанным зобом — 709 (78,3 %) больных.

Тиреоидит Зоб Хашимото протекал под видом узлового и смешанного зоба у 28 (25,2 %) больных, диффузно-токсического зоба у 18 (16,2 %), рака щитовидной железы у 13 (11,7 %).

Рак щитовидной железы проходил под «маской» узлового зоба у 24 (27,9 %) больных, диффузно-токсического зоба у 5 (5,8 %) пациентов.

Узловой и диффузно-токсический зоб протекал под маской зоба Хашимото у 96 (13,5 %) больных.

Во всех случаях правильный диагноз был установлен до операции благодаря проведению комплекса диагностических исследований.

Приведенные наблюдения свидетельствуют о достаточной эффективности современных методов исследования при проведении дифференциальной диагностики заболеваний щитовидной железы. Показания к операции и объем хирургического вмешательства на щитовидной железе должны решаться только после получения всех результатов исследования, но особенно — пункционной биопсии.

В.А. Бусоев

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ НАРОПИНОМ У БОЛЬНЫХ С УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

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

Применение в клинической практике методов регионарной анестезии обретает все большую популярность, как в России, так и во всем мире. Это обусловлено появлением высокоэффективных и малотоксичных препаратов, средств их доставки к тканям-мишеням, а также существенной экономической выгодой данного метода анестезии перед другими.

Нами представляется анализ применения эпидуральной анестезии больным с патологиями мочеполовой системы в период с сентября 2006 г. по 01.03.08 г. в МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Улан-Удэ. Данный метод анестезии проведен 232 больным (218 мужчин и 14 женщин). Возраст больных колебался от 35 до 82 лет, причем лица пожилого и старческого возраста составили 60,3 %.

Степень анестезиологического риска оценивалась по классификации Американской ассоциации анестезиологов (ASA) по физическому состоянию пациентов. У 144 (62,1 %) пациентов состояние по данной классификации оценено по II классу, у остальных 88 — к III — IV классам.

Пациенты с высоким анестезиологическим риском — это, как правило, больные старше 60 лет, страдали различными сопутствующими патологиями, нередко 2 — 4 одновременно. Так 225 (97,0 %) пациентов страдали гипертонической болезнью, 190 (81,9 %) — ишемической болезнью сердца, 37 (15,9 %) — ХНЗЛ, 56 (24,1 %) — ожирением II — III степени, 112 (48,3 %) — ХПН, 39 (16,8 %) — нарушениями ритма и проводимости, 14 (6,0 %) — постинфарктным кардиосклерозом.

Анестезия проводилась по следующей схеме. Всем больным проводилась премедикация, с применением атропина и промедола. Пункция эпидурального пространства выполнялась на уровне L_{II} — L_{IV}. После введения тест-дозы — 15 — 20 мг наропина, одновременно в эпидуральное пространство вводился наропин в дозе 1 мг/кг (включая тест-дозу) в сочетании с фентанилом 0,0015 мг/кг, после чего всем больным вводился эпидуральный катетер до уровня Th_{XII} — L_{II} (использовались катетеры «Portex 18G» с бактериальным фильтром). После укладки пациента в операционное положение по катетеру вводился дополнительно 50 — 70 мг наропина с фентанилом (0,1 мг). Среднем вводилось от 100 до 150 мг 0,75 — 1 % раствора наропина с наркотическим анальгетиком фентанилом 0,2 мг двухмоментно на двух уровнях.

При необходимости, во время операции включалась психоседация препаратами из группы бензодиазепинов (реланиум, седуксен) в дозе 0,08 мг/кг. Инфузионная поддержка осуществлялась кристаллоидными растворами, в редких случаях — коллоидными растворами. Средний объем инфузии 1200 — 1600 мл.