

С. 187–198.

3. Панин, Л.Е. Системные представления о гомеостазе / Л.Е. Панин // Бюл. СО РАМН. – 2007. – Т. 127, №5. – С. 10–16.

4. Разжевайкин, В.Н. Применение метода корреляционной адапто-метрии в медикобиологических задачах. Исследование операций (модели, системы, решения) / В.Н. Разжевайкин, М.И. Шпитонков, А.Н. Герасимов. – М.: ВЦ РАН им. А.А. Дороницына, 2002. – С. 51–55.

5. Светличная, Г.Н. Корреляционная адаптометрия как метод оценки кардиоваскулярного и респираторного взаимодействия / Г.Н. Светличная, Е.В. Смирнова, Л.И. Покидышева // Физиология человека. – 1997. – Т. 23, №3. – С. 58–62.

6. Седов, К.Р. Корреляционная адаптометрия как метод диспансеризации населения / К.Р. Седов, А.Н. Горбань, Е.В. Петушкова // Вестник АМН СССР. – 1988. – №10. – С. 69–75.

7. Lewis, A. Operative treatment of high gastric ulcer with special reference to Pauchet's method / A. Lewis, G. Qvist // Brit. J. Surg. – 2005. – Vol.59, №1. – P. 1–4.

8. Mitkovskaya, N. An influence of chronic stress on parameters of carbohydrate metabolism / N. Mitkovskaya // 8 th Baltic Cong. of Laboratory Medicine (Vilnius, Lithuania, May 18–20, 2006). – Vilnius, Lithuania, 2006. – P.36.

CHARACTERIZING LONG-TERM ADAPTATION OF THE PATIENTS AFTER TUBULAR PARTIAL GASTRECTOMY

O.V. ZAITSEV

Ryazan State Medical University after Academician I.P. Pavlov,
Chair of Hospital Surgery

The article highlights studying of the remote results of tubular partial gastrectomy concerning peptic ulcer by means of assessing the level of long-term patient's adaptation. Multiple parameter checkups of 31 patients, all being men, operated on peptic ulcer of duodenum and stomach was performed. The surveyed patients were divided into 2 basic groups: 17 patients after tubular partial gastrectomy on Billroth-I and 14 ones after partial gastrectomy of Billroth-I in its classical variant. The qualitative analysis of interrelation inside and intersystem indices by the method of correlation adaptometry was carried out, for each group correlation pleiads made up and values of the correlation graph were defined. The received information on the structure of maintenance of homeostatic balance shows the advantages of the state of compensative and adaptive reactions at the patients after tubular gastrectomy of Billroth-I. To the number of leading factors defining the level of adaptive activity in the remote period after partial gastrectomy, the state of adaptive hormone systems refers. The application of the complex rehabilitation programme, correcting these systems, will improve the formation of non-specific organism resistance.

Key words: stomach and duodenum peptic ulcer, tubular gastrectomy, correlation adaptometry, homeostasis, hormonal balance.

УДК: 617.518.52:616-001.8-089

КРАНИОФАЦИАЛЬНАЯ ТРАВМА, ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ

Д.Ю. ХРИСТОФОРАНДО*

Краниофациальная травма приводит к высокому проценту инвалидизации и летальности. Проведенный анализ 252 историй болезней позволил выработать механизмы лечебно-диагностических мероприятий по оценке тяжести перенесенной сочетанной челюстно-лицевой травме, направлению и сортировке поступающих больных и поэтапного их обследования.

Ключевые слова: краниофациальная травма, диагностический алгоритм.

Актуальность исследования обусловлена повышением удельного веса сочетанной механической *краниофациальной травмы* (КФТ) в общей структуре травматизма, что связано с урбанизацией и криминализацией общества. Высокий процент инвалидизации и летальности, длительные сроки лечебно-реабилитационных мероприятий определяют особую значимость указанной проблемы [1,2,3]. Сдерживающими факторами в разработке диагностических моделей и алгоритмов является отсутствие единой рабочей междисциплинарной классификационной матрицы, уни-

фицированных критериев тяжести повреждения анатомических образований головы. При этом как в учебной (нейрохирургия, хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия, глазные болезни), так и научной литературе недостаточно освещены методологические аспекты диагностики при сочетанной КФТ, находящиеся на стыке ряда клинических дисциплин. Учитывая огромную социально-экономическую значимость решения указанных вопросов, представляется целесообразным совершенствование первично диагностического направления, предопределяющего рациональность лечебных мероприятий.

Цель исследования – оптимизация диагностического подхода при КФТ разработки и использования диагностических алгоритмов.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ архивного материала (252 больных) ГУЗ и БСМП г.Ставрополя отделения челюстно-лицевой хирургии, а также результатов клинических, инструментальных, лабораторных, электрофизиологических, лучевых методов диагностики пострадавших с острой КФТ (161 человек). Проанализированы и систематизированы «пути» диагностики с участием привлекаемости специалистов, проведена их экспертная оценка.

Результаты и их обсуждение. Тяжесть состояния пострадавших при сочетанной КФТ обуславливается несколькими факторами, где наличие мозговой дисфункции может накладывать приоритетное значение. Согласно клинической классификации [4] к легкой ЧМТ относят сотрясение головного мозга и ушиб головного мозга легкой степени, средней степени тяжести ЧМТ – ушиб головного мозга средней степени, тяжелой – ушиб головного мозга тяжелой степени, сдавление головного мозга. С учетом проанализированного материала нами был предложен комплекс первоочередных мероприятий с учетом тяжести полученной ЧМТ:

1. Клиническое обследование – невролог (легкая ЧМТ) / нейрохирург (ЧМТ средней и тяжелой степени тяжести).

2.Объективизация степени тяжести: результаты неврологического, нейроофтальмологического, отоневрологического обследования, данные эхоэнцефалоскопии, УЗИ (РЭГ).

3. Визуализация и прижизненная объективизация морфологических изменений головного мозга, костей мозгового черепа: КТ-, МРТ-сканирование, краниография, люмбальная пункция, исследования цереброспинальной жидкости.

4.Оценка мозговой дисфункции при легких ЧМТ: вызванные потенциалы мозга, электроэнцефалография, ангиография.

Поскольку КФТ является собирательным понятием в каждом случае необходимо градирующий подход с учетом локализации (орофациальные, офтальмологические и оториноларингологические) травмы. Согласно регламентированной медицинской деятельности в диагностике ЧЛЛТ принимают участие следующие специалисты (челюстно-лицевой хирург/хирург стоматолог, нейрохирург, оториноларинголог, офтальмолог (легкая орофациальная травма). Рекомендуемый комплекс дополнительного обследования: рентгенография костей лицевого скелета в зависимости от зоны интереса, КТ для оценки состояния параназальных синусов, глазницы и ее содержимого, использование ЭМГ, эхоофтальмография.

Указанные последовательные аспекты диагностических мероприятий позволяют учитывать все возможные варианты сочетанных повреждений, с конкретизацией степени тяжести ЧМТ и КФТ. В отдельных случаях травма магистральных кровеносных сосудов, крупных нервных стволов черепных нервов, скальпированные повреждения с наличием костно-мягкотканых дефектов диктуют привлечение сосудистых хирургов и возможной микрохирургической помощи.

При тяжелых КФТ с нарушением витальных функций, возникновении грубых метаболических нарушений, эпилептических припадков, асфиксии, данные клинические проявления диктуют необходимость проведения реанимационного пособия.

Согласно доминирующему повреждению и тяжести травматического воздействия на головной мозг, определяется профильное отделение: в частности отделение челюстно-лицевой хирургии (орофациальная травма при ЧМТ легкой степени); нейрохирургическое отделение, при тяжелой сочетанной КФТ и ЧМТ с проведением нейрореанимационной помощи; ЛОР-отделение (оториноларингологическая травма при ЧМТ легкой степени), отделение в стационаре глазной больницы (офтальмологическая травма при ЧМТ легкой степени).

Учитывая многообразие повреждений лицевого скелета и

* Отделение челюстно-лицевой хирургии МУЗ ГКБ скорой медицинской помощи, Россия, 355044, г. Ставрополь, ул. Тухачевского, 17.

«зон перекрытия», необходимо отметить, что при всем регламентированном механизме лечебно-диагностического «маршрута» каждый случай индивидуален и требует персонального подхода в решении возникающих задач.

Заключение. Эффективность и качество медицинской помощи находятся в прямой зависимости от согласованных и логически последовательных диагностических мероприятий, выполняемые специалистами разных направлений и их технической оснащенностью.

Многообразие вариантов повреждений анатомических образований головы требует междисциплинарного подхода с выделением доминирующего звена, влияющего на течение и исходы травматической болезни, что предопределяет urgency выполнения лечебно-диагностических мероприятий.

Применение комплекса мероприятий при диагностике КФТ позволяет оптимизировать междисциплинарные взаимодействия с интеграцией полученных данных, что сокращает сроки на проведение диагностического «поиска» у больных с КФТ, способствуя рациональной профилизации пострадавших, неся экономические выгоды, тем самым, сокращая сроки лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий.

Литература

1. Афанасьев, В.В. Травматология челюстно-лицевой области / В.В. Афанасьев. – М.: Изд. Группа «ГЭОТАР-Медиа», 2010. – С. 12–24.
2. Иванова, В.Д. Клинико-анатомическое обоснование операций на мозговом и лицевом отделах черепа / В.Д. Иванова, А.В. Колсанов, Б.И. Яремич, В.Л. Альхимович // ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Росздрава. – 2006. – С. 24–45.
3. Зотов, В.М. Комплексный подход к реабилитации стоматологических больных с множественной и сочетанной травмой челюстно-лицевой области / В.М. Зотов // Актуальные вопросы стоматологии: Под ред. М.И. Федяева. – Самара, 1992. – С. 81–85.
4. Лихтерман, Л.Б. Неврология черепно-мозговой травмы / Л.Б. Лихтерман. – М. Медицина, 2009. – С. 18

CRANIOFACIAL A TRAUMA, DIAGNOSTIC ALGORITHM

D.Y. KHRISTOFORANDO

Stavropol Municipal Clinical Emergency Hospital, Department of Oral Surgery

Craniofacial the trauma leads to high percentage of health problems. The analysis of 252 case histories carried out has allowed to develop mechanisms of medical-diagnostic actions according to degrees of combined maxillofacial trauma severity weight, direction and sorting patients and their stage-by-stage checkup.

Key words: craniofacial trauma, diagnostic algorithm.

УДК: 611.81-616-001.34-08-089

КЛИНИКО-ИМУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО ПЕРИОДА ДЕТСКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

А.Е. ЛУБЕНЕЦ, С.М. КАРПОВ*

Исследовалось содержание антител к основному белку миелина в сыворотке крови у детей с черепно-мозговой травмой. Отмечено достоверное повышение уровня антител в остром периоде травмы с преобладанием у больных с травмой средней степени тяжести. Полученные результаты подчеркивают их дифференциально-диагностическую значимость, что может быть использовано врачами-неврологами в комплексном обследовании детей с черепно-мозговыми травмами.

Ключевые слова: иммунология, черепно-мозговая травма, демиелинизация.

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) среди детского травматизма занимает особое место. По данным ряда авторов нейротравмы среди детей встречаются в 25-45% случаев. В отдалённом периоде независимо от тяжести перенесённой травмы у 40-60% больных отмечаются стойкие органические расстройства нервной системы, которые могут приводить к инвалидизации [1]. В тоже время вопросы дифференциальной диагностики при детской

ЧМТ бывают всегда достаточно сложны. В связи с этим представлял интерес клинико-иммунологическое состояние детей, перенесших ЧМТ. На протяжении многих лет доказывается значимость при разных заболеваниях аутоиммунного процесса [2,4,5,7,9], для подтверждения которого определяют антитела к основному белку миелина (ОБМ) – одному из главных структурных, нейроспецифических белковых компонентов миелина, входящих в состав белого вещества головного мозга, который составляет около 30% общего содержания протеинов в миелине [3,5,8,9,10,11,12,13,15]. ОБМ является наиболее иммуногенным и на него направлены многие аутоиммунные реакции. Кроме того, нарушение его метаболизма связывают с развитием демиелинизирующего процесса. Исследования антител к ОБМ при травме головного мозга говорит о том, что уровень антител к ОБМ может быть чувствительным индикатором выраженности патологического процесса. В этой связи представляет интерес определение титра антител к ОБМ в сыворотке крови у детей с разными формами ЧМТ.

Цель исследования – улучшение диагностических аспектов черепно-мозговой травмы у детей с разными клиническими формами.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 47 пациентов, поступивших в травматологическое отделение с предварительным диагнозом ЗЧМТ. Среди них 30 мальчиков и 17 девочек, средний возраст которых составил 13,8±0,73 года. Обследованные были распределены по двум группам: 1 группу составили дети с *сотрясением головного мозга (СТМ)* – 29 (61,7%) человек, 2 – с *ушибом головного мозга лёгкой степени (УГМЛС)* – 18 (38,3%) человек, из них с субарахноидальным кровоизлиянием – 77,8% пострадавших. Проводилось клинико-биохимический анализ крови с определением содержания антител к основному белку миелина (ОБМ). Исследование антител к ОБМ осуществляли при помощи разработанного в лаборатории аллергодиагностики НИИВС им. И.И.Мечникова РАМН иммуноферментного метода количественного определения IgG антител к ОБМ в сыворотке [14]. Метод основан на твердофазном *иммуноферментном анализе (ИФА)* с использованием в калибровочной системе иммуноглобулиновых реагентов. Так, калибровочная система для количественного определения IgG антител к ОБМ включает твердую фазу, иммобилизованную мышиными анти-IgG МкАТ, набор калибраторов из IgG человека и конъюгат анти-IgG МкАТ с пероксидазой из корня хрена. Для определения специфических к ОБМ IgG и АТ в сыворотке крови больного используют твердую фазу, иммобилизованную ОБМ свиньи, сыворотку больного в рабочем разведении и соответствующий искомому изотипу антител конъюгат. Контрольную группу составили 15 практически здоровых детей аналогичного возраста и пола. Критериями исключения являлись наличие в анамнезе тяжёлой перинатальной патологии, аллергических заболеваний, сопутствующих соматических заболеваний на период исследования.

Статистическую обработку проводили при использовании параметрических методов вариационной статистики и t-критерия Стьюдента при сравнении показателей у больных детей и лиц контрольной группы.

Большинство травм явились следствием бытовых и дорожно-транспортных происшествий – более 79%, школьные более 4%, спортивные 0,5%, прочие травмы составили около 16%. Представлено на рис.1.

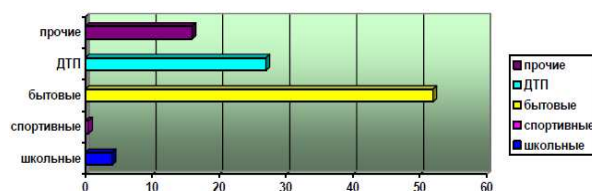


Рис. 1. Распределение больных в зависимости от полученной травмы.

В первые 3-6 часов с момента получения ЗЧМТ в травматологическое отделение поступили 7,3% детей, в течение 7-12 часов – 16,7%, в течении 13-24 часов – 48%. Остальные дети были госпитализированы позже.

Исследование содержания антител к ОБМ в сыворотке крови выявило превышение титра у всех больных в остром периоде ЧМТ и составило в среднем 86,17±0,02мкг/мл. в контрольной

* Петровская ЦРБ, Ставропольского края, Россия, 356500, проспект Воробьева 1; Ставропольская государственная медицинская академия, профессор кафедры неврологии, Россия, 355017, Ставрополь, ул. Мира, 310