

большинства ЛОР-операций. Немаловажное значение имеет отсутствие опыта оториноларингологов в выполнении операций в условиях общей анестезии, а также недостаточная подготовленность анестезиологов по проведению общего обезболивания в ЛОР-хирургии. Поэтому в оториноларингологической практике широкое распространение получило местное обезболивание. Операции в оториноларингологии выполняются на анатомических структурах, которые являются мощными рефлексогенными зонами, и проведение операций под местной анестезией не обеспечивает должный уровень обезболивания и нейровегетативной защиты организма. Полость носа, среднее и внутреннее ухо, гортаноглотка анатомически граничат с крупными сосудами, полостью черепа и орбитой, верхним средостением, что требует фиксированного положения пациента в течение достаточно продолжительного времени, что невозможно обеспечить за счет местной анестезии [2–5].

Проведен анализ 1000 историй болезней пациентов, оперированных на ЛОР-органах в специализированных отделениях РСО-Алания.

Таблица

Характеристики нозологических форм и оперативных вмешательств (n=1000)

Диагноз	Операция	Кол-во	%
Хронический тонзиллит	Тонзиллэктомия	217	21,7
Искривление перегородки носа	Подслизистая резекция перегородки носа	598	59,8
Хронический гайморит	Гайморотомия	103	10,3
Киста верхнечелюстной пазухи	Радикальная операция на верхнечелюстной пазухе, полиптомия носа	43	4,3
Полипозный риносинусит	Удаление кисты	19	1,9
Киста околоушной железы	Ринопластика	10	1,0
Дефекты носа	Вскрытие абсцессов	10	1,0
Прочие			
Всего		1000	100,0

Обезболивание при выполненных операциях

Тонзиллэктомия: местное обезболивание 100% случаев.

Подслизистая резекция перегородки носа:

- местное обезболивание составило 82%
- в/в наркоз интубацией трахеи – 17%
- в/в наркоз с установкой ларингеальной маски – 1%.

Гайморотомия:

местная анестезия – 70%

общая анестезия – 30%

из них: 26% - интубацией трахеи с установкой ларингеальной маски – 4%.

Радикальная операция на верхнечелюстной пазухе, полиптомия носа:

- местная анестезия – 20%
- общая анестезия – 80%
- из них: 74% - интубацией трахеи с установкой ларингеальной маски – 6%.

Ринопластика выполнялась в 50% случаев под местной анестезией, 50% - под общей анестезией

- 30% - с интубацией трахеи
- 20% - с установкой ларингеальной маски.

Удаление кисты околоушной железы выполнялась в 59% случаев под местной анестезией, 41% - под общей анестезией

- из них: с интубацией трахеи - 31%
- с установкой ларингеальной маски – 10%;

Прочие операции, в группу которых вошли абсцессы носа и паратонзиллярные абсцессы, выполнялись только под местной анестезией.

Необходимо отметить, что любая попытка дополнить местную анестезию внутривенной инъекцией гипнотиков без интубации трахеи или введения ларингеальной маски значительно увеличивает риск возникновения аспирационного синдрома, ларингоспазма и асфиксии, поэтому интубация трахеи или установка ларингеальной маски являются безопасными методами свободного поддержания проходимости дыхательных путей при оториноларингологических операциях.

Выводы. В 79,5% операций на ЛОР-органах проводятся под местной анестезией. Способами поддержания проходимости

дыхательных путей при проведении общей анестезии во время ЛОР-операций в подавляющем числе случаев является интубация трахеи и в единичных случаях – установка ларингеальной маски.

Литература

1. Бархударова Н.Ч., Салтанов А.И. // Новости анестезиологии и реаниматологии.– 2008.– №1.– С.3–16
2. Битюков Ю.В. К вопросу о противопоказаниях для применения ларингеальной маски в анестезиологии. Тезисы докл. 9 съезда Федерации анестезиологов и реаниматологов. Иркутск, 2004.– С.34–35
3. Брайн А. // Клиническая анестезиология и реаниматология.– 2006.– Т.3.–№2.– С.2–11
4. Елизарьева Н.Л. и др. // Вестник интенсивной терапии.– 2008.– №5.– С.75–77
5. Жоанов О.Н. и др.// Вестник интенсивной терапии.– 2004.–№4.–С.47–51

УДК 616.89-008.442

ПЕРЕЛОМ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА. (ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ)

Е.Н. КАСТОРНЫХ, Е.Н. МАТЧИН, Р.В. МАТЮШКИН,
В.А. ОГОЛЬЦОВА*

Ключевые слова: перелом полового члена

Перелом полового члена – редкое заболевание. Личный опыт авторов, как правило, ограничивается единичными наблюдениями [4]. Общее число наблюдений даже в сводных литературных обзорах насчитывает не более десятков наблюдений [6].

По утверждению [3], из 175000 госпитализированных на стационарное лечение мужчин, лишь один поступает с переломом полового члена. В связи с редкостью указанной патологии каждый случай клинического наблюдения имеет определенный интерес в преумножении знаний к вопросу диагностики и лечения названной патологии.

При переломе полового члена обычно поражается ствол полового члена у его основания. При эрекции пещеристые тела туго наполняются кровью, и толщина белочной оболочки пещеристых тел уменьшается с 2 мм до 0,25 мм, что приводит ее к легкому разрыву при незначительном физическом воздействии [2]. При этом может наступить одно- или двухсторонний разрыв белочной оболочки пещеристых тел. Разрыв обуславливается в одной трети случаев положением во время полового сношения (партнера сверху в позе «наездницы»), вследствие прямого удара по половому члену твердым предметом, при быстром вставании с постели, при мастурбации, при насильственном сдерживании эрекции, при несчастных случаях – авариях, травмах.

При лечении перелома полового члена некоторые авторы придерживаются консервативной терапии. Например, рекомендуют накладывать давящую повязку в месте перелома, обкладывать льдом, или применять смачивающие повязки. К оперативному лечению прибегают при инфицировании гематомы, флегмоны, задержке мочеотделения из-за компрессии уретры гематомой. Консервативное лечение в 10% случаев приводит к деформации полового члена после травмы, нарушению эрекции, импотенции, поэтому большинство авторов [2, 5] прибегают в каждом случае к экстренному оперативному лечению: удалению гематомы с ее дренированием и дальнейшим восстановлением совокупительной функции с помощью протезирования. В работе [4] в двух наблюдениях с успехом в качестве протеза использовано 11 ребро.

Под нашим наблюдением находился пациент К., 49 лет, (и.б. № 15033). Во время полового акта 24/06/2007 г., почувствовал хруст, боли в основании полового члена, ослабление эрекции, сморщивание полового члена. При осмотре больной увидел гематому, искривление полового члена, а при пальпации ощутил уплотнение у корня полового члена. С течением времени гематома распространялась на мошонку, исчезла эрекция, возникла импотенция. Больной обращался в ряд лечебных учреждений г.Тулы. Малая информированность практических врачей в данной патологии, заставила больного безрезультатно обращаться в несколько ЛПУ. Наконец больной 26/06 обратился в урологическое отделение ГУЗ ТО ТОБ, откуда направлен в ожоговое отде-

* ГУЗ ТО «Тульская областная клиническая больница», ожоговый центр

ление. При осмотре в выявлено обширное кровоизлияние под кожу полового члена и мошонки (рис., а).



Рис. Перелом полового члена

Уплотнение в области основания полового члена, его искривление. На основании анамнеза и осмотра диагностирован перелом полового члена. Больному 27/06/2007 г проведена операция. При ревизии выявлен разрыв белочной оболочки пещеристых тел. При ревизии раны в пещеристых телах обнаружены сгустки гематомы, из-за которых было нарушено кровенаполнение полового члена. Сгустки удалены, устранены рыхлые спайки (рис., б). Пещеристые тела бужированы бужами Гегара до № 11, в них имплантированы протезы из аллогенного силиконового материала. После этого половой член приобрел вид эрегированного полового органа, готового к совокуплению (рис., в, г).

Литература

1. Creccy, A.A., Beazlie, F.S. // J. Urol. 78 (1957) 620–627.
2. Von H. Seiter, D. Serfling, Th. Erdmann // Zbl. Chirurgie 106 (1981) 1160–1163.
3. Fetter T.H., Gastmann E.// Am J. Surg. 32(1936) 371–372.
4. Meares, E.M. jr // J. Urol. 105(1971) 407–408.
5. Michimoto O.// Eur. Urol. 5(1979) 177–178.
6. Qvrum E.// J. Urol. Nefrol. 12(1978) 83–84.
7. Rummelhardt S.// Z. Urol. 46(1953) 597–600.
8. Thompson R.T.// J. Urol. 71(1954) 226–229.

УДК 616.718.4/6-001: 616.12-008.31.1: 616.15-074/78

ИНТЕГРАЛЬНЫЕ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ
У БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КОСТЕЙ
БЕДРА И ГОЛЕНИ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРЕМОРБИДНЫМ
ФОНОМ

А.М. КОНДРАТЬЕВА, Л.П. ЕФИМОВА*

Ключевые слова: гематологические показатели, травма

Среди причин смертности и инвалидности в России, травматизм занимает второе место, уступая лидерство лишь сердечно-сосудистым заболеваниям [1]. В структуре травматических повреждений опорно-двигательного аппарата большой вклад составляют переломы костей бедра и голени, характеризующиеся сложностью и продолжительностью лечения. Несмотря на определенные успехи, достигнутые в ведении такого контингента больных, исход лечения, а также степень нарушения гомеостатических констант организма во многом зависят от состояния здоровья пациента и исходного преморбидного фона.

Известно, что ранним и ценным маркером любой стрессовой реакции организма, а также любого критического состояния могут служить интегральные гематологические показатели. Анализ качественно-количественного состава лейкоцитов периферической крови применяют как критерий эндогенной интоксикации при воспалительных и гнойно-септических состояниях, ожоговой болезни, в оценке степени тяжести заболевания при сердечно-сосудистой патологии [4], в критических состояниях [7], при повреждениях головного мозга [3]. Лейкоцитарный индекс интоксикации при переломах костей голени был повышенным, и его высокое значение сохранялось после лечения у 27% больных [6]. Однако информативность интегральных гематологических показателей у больных с переломами и неблагоприятным преморбидным фоном не достаточно изучена [2].

Цель – оценить информативность интегральных гематологических показателей у пострадавших с переломами костей бедра и голени с неблагоприятным преморбидным фоном.

Материалы и методы. Обследовано 147 пациентов, поступивших на оперативное лечение в отделение травматологии Окружной больницы «Травматологический центр» (г. Сургут) по экстренным показаниям, в возрасте от 34 до 59 лет ($46,97 \pm 0,53$ года). Из них с травматическими повреждениями бедра – 74 чел., голени – 73 чел. Критерии включения в исследование: наличие гипертонической болезни (ГБ) I–II стадии. Критерии исключения: критические, шоковые состояния, сочетанная и политравма, синдром размозжения тканей, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет и нарушение толерантности к глюкозе, острые и хронические воспалительные заболеваниями, потенциально влияющие на функциональную активность лейкоцитов. Сформировано 2 группы больных: I – с травмами бедра и голени и неблагоприятным преморбидным фоном (ГБ) (47 чел.), II – с травмами бедра и голени без фоновой патологии (100 чел.). Все больные с ГБ получали антигипертензивную терапию эналаприлом (Энал® KRKA) в суточной дозе 20 мг (10 мг – 2 раза в сутки).

Всем пациентам дважды выполняли исследование общего анализа крови (ОАК) в начале и в конце наблюдения. Определение показателей ОАК проводили на гематологическом анализаторе Cobas Micros («Hoffman – La Roch», Швейцария). Подсчет лейкоцитарной формулы проводили в мазках периферической крови, окрашенных по Романовскому – Гимзе с использованием иммерсионной системы. По результатам лейкоформулы рассчитывали следующие интегральные показатели: лейкоцитарный индекс (ЛИ), лейкоцитарный индекс интоксикации Кальф – Калифа (ЛИИ), индекс сдвига лейкоцитов (ИСЛ), лимфоцитарно – гранулоцитарный индекс (ИЛГ), индекс соотношения нейтрофилов и лимфоцитов (ИСНЛ), индекс соотношения нейтрофилов и моноцитов (ИСНМ), индекс соотношения лимфоцитов и моноцитов (ИСЛМ), индекс соотношения лимфоцитов и эозинофилов (ИСЛЭ), индекс сдвига (ИС). Для сравнения значений индексов крови использовали данные, полученные для здоровых лиц [5].

Статистическую обработку данных проводили методами описательной статистики в виде средней арифметической и ее стандартной ошибки ($M \pm m$). Сравнение показателей в начале и в конце наблюдения вели с использованием парных критериев