

гает большей частью необходимых средств, оборудования, а также высококвалифицированным персоналом.

Падение с высоты, занимает устойчивое второе место частоты причин сочетанной травмы, в причинах смертности от сочетанной травмы также занимает вторую позицию. Лидирует, с большим отрывом, автодорожная травма, как по частоте встречаемости, так и по причинам смерти.

Травматическим шоком разной (1—4) степени тяжести сопровождалась все сочетанные травмы, шок 1—2 степени отмечен у двух пострадавших с множественными переломами. Летальный исход наступил у двух пациентов. Смертельные исходы были только в группе сочетанных повреждений, и в этой группе летальность при падении с высоты составила 14,3%, при автоавариях — 27,2%. При поступлении в приёмное отделение МУЗ «Городская клиническая больница № 7» пострадавшего при падении с высоты в случае тяжелого сочетанного повреждения, травматического шока, кровопотери используется вышеописанный алгоритм действий. Госпитализации в стационар для динамического наблюдения подлежат все пациенты, имеющие причиной повреждения падение с высоты. Отказ от госпитализации оформляется только после осмотра ответственным дежурным хирургом и с его ведома.

Выводы

1. Эффективное лечение политравмы возможно только в крупном медицинском учреждении, имеющем круглосуточное дежурство бригады специалистов (травматолог, хирург, анестезиолог, реаниматолог, невролог/нейрохирург, уролог), а также рентгеновское, эндоскопическое и лабораторное обеспечение.
2. Должна использоваться современная концепция оказания помощи, предполагающая раннее оперативное устранение или стабилизацию повреждений.
3. Методики вмешательства травматологов должны отвечать малоинвазивным требованиям, что предполагает использование высоких технологий.
4. Методики анестезиологического обеспечения также должны быть щадящими.
5. Необходима мощная реанимационная служба, действующая согласованно с хирургами в рамках единой концепции.
6. Подобная концентрация сил и средств возможна при наличии специализированного отделения сочетанной травмы в составе многопрофильной больницы, или, в идеале, больницы скорой медицинской помощи.

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В УСЛОВИЯХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА С ПРИВЛЕЧЕНИЕМ АНГИОХИРУРГА

Кузьмин А.Л., Калганова И.А., Бунеев А.П., Пузырев М.О., Терехов А.Н.

ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова»

Оперативные вмешательства на органах малого таза характеризуются высоким риском развития тромбозов вен нижних конечностей. Особую опасность представляют поражения глубоких вен нижних конечностей, сопровождающиеся развитием посттромботической болезни и хронической венозной недостаточностью, а также тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА).

Летальность при ТЭЛА остается стабильно высокой, особенно при тромботических поражениях ствола и крупных ветвей. Поэтому так важно в каждом случае оперативного вмешательства заранее оценить риск ее развития. И современный этап развития медицины делает возможным привлечение для этих целей необходимых квалифицированных специалистов соответствующего профиля.

Целью работы стала разработка алгоритма дооперационного обследования женщин на предмет прицельного выявления факторов риска возникновения тромботических осложнений и прежде всего ТЭЛА.

В условиях гинекологического отделения Ивановского НИИ материнства и детства ежегодно более 400 пациенток подвергаются оперативному лечению. В течение 2006 г. обследовано 448 пациенток с различной гинекологической патологией: доброкачественными опухолями (миома матки,

кисты и кистомы яичников, полипы эндометрия), злокачественными опухолями (15 чел. — 3,35%), эндометриозом, нарушениями менструальной функции, несостоятельностью связочного аппарата, аномалиями развития половых органов и др. Всем женщинам выполнялись оперативные вмешательства, в том числе экстирпация матки — 100 человек (22,3%), надрывагалищная ампутация матки — 207 (46,2%), удаление придатков, пластические операции и другие — 141 (31,5%).

Все они осматривались сосудистым хирургом с целью выявления патологии венозной системы. Стандартный комплекс дооперационного обследования в ряде случаев дополнялся коагулографией для выявления скрытых тромбофилий и ультразвуковой доплерографией (УЗДГ).

Среди пациенток встречалась следующая сосудистая патология: варикозная болезнь нижних конечностей (198 чел. — 44,1%), посттромботическая болезнь нижних конечностей (21 чел. — 4,7%), вторичный лимфостаз (4 чел. — 0,09%), тромбофилия (2 чел. — 0,04%), язвенно-некротические формы хронической венозной недостаточности (ХВН) (9 чел. — 2,0%).

Исходя из объема предстоящей операции, возраста и конституциональных особенностей больной, характера гинекологической патологии, сопутствующих сосудистых, эндокринных, гематологиче-

ских и других заболеваний оценивался риск возникновения тромботических осложнений в периперационном периоде.

Пациентам со средним и высоким степенями риска стандартно назначались эластическая компрессия нижних конечностей, фраксипарин, реополиглюкин, кардиомагнил. При наличии ХВН той или иной степени выраженности назначалась курсовая терапия веноotonиками.

Двум пациенткам (0,04%) с эмбологенными тромбами подвздошных вен было проведено дообследование и имплантация съемного кава-фильтра в условиях отделения сосудистой хирургии Ивановской областной клинической больницы.

Четырем пациенткам (0,09%) с миомой матки и декомпенсированной ХВН на фоне варикозной болезни нижних конечностей была выполнена превентивная варикофлебэктомия.

У семи пациенток (1,56%) с крайне высоким риском возникновения тромботических осложнений оперативное вмешательство по поводу гинеколо-

гической патологии было отложено на 2—3 месяца для проведения курса комплексной терапии ХВН.

У семи пациенток (1,56%) в раннем послеоперационном периоде имели место поверхностные тромбофлебиты, в т. ч. в четырех случаях была выполнена кроссэктомия.

Тромбозы глубоких вен голени были диагностированы у 11 (2,46%) пациенток.

Проводимые организационные мероприятия позволили избежать возникновения ТЭЛА во всех случаях с момента начала участия в предоперационном обследовании пациенток сосудистого хирурга.

Таким образом, привлечение ангиохирурга к углубленному обследованию гинекологических больных, подлежащих оперативному лечению, и оказание им при необходимости медицинской помощи в условиях отделения хирургии сосудов позволяет значительно снизить риск тромботических осложнений в том числе ТЭЛА.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Кузьмина Е.В., Кораблин П.Н., Ефимова Е.Г., Стипакова А.В.
МУЗ «Городская клиническая больница № 3», г. Иваново

У больных с внебольничной пневмонией тяжелого течения значимыми для прогноза являются нарушения вегетативного статуса, тесно связанные с нарушением микроциркуляции.

Оценивали динамику показателей вариабельности сердечного ритма (BCP) и показатели микроциркуляции методом лазерной доплеровской флоуметрии у больных внебольничной пневмонией тяжелого течения.

Обследовано 86 больных основной группы с клинико-рентгенологическим симптомокомплексом внебольничной пневмонии тяжелого течения. Средний возраст больных составил $44 \pm 6,4$ года. Для характеристики вегетативного статуса использовали метод кардиоинтервалографии (КИГ) («Полиспектр-б», Нейрософт). Для оценки показателей микроциркуляции использовали метод лазерной доплеровской флоуметрии (ЛАКК-1 НПО «Лазма»). Определяли: TP — общую мощность спектра (мс^2) и HF/LF (у. е.) — соотношение высокочастотной и низкочастотной составляющей спектра кардиоинтервалограммы, параметр микроциркуляции (ПМ, перф. ед.) и его коэффициент вариации (K_v , %), индекс эффективности микроциркуляции (ИМ, у. е.).

У 85% TP оказалась низкой, с учетом возрастных особенностей, и составила $670 \pm 178 \text{ мс}^2$, что ха-

рактеризует синдром тяжелой вегетативной дисфункции, у 70% из этих пациентов определялся гиперемический тип микроциркуляции, у 20% — спастический тип микроциркуляции, у 10% — застойно-стазический, т.е. патологические типы микроциркуляции.

С нормальной TP ($2527 \pm 123 \text{ мс}^2$) оказалось 15% обследуемых, у этих больных определялся нормоциркуляторный тип микроциркуляции (М — $4,62 \pm 0,33$ пф. ед., K_v — $27,54 \pm 2,35\%$, ИЭМ — $1,75 \pm 0,23$ у. е.). Соотношение HF/LF изменялось соответственно: ваготония (0,99 у. е.) выявлена у 80% исследуемых, нормотония — у 12% (1,68 у. е.), 8% больных были с преобладанием симпатического тонуса (19,8 у. е.).

После проведенной терапии TP достигает возрастной нормы ($2,117 \pm 175,47$) и восстанавливается вегетативная регуляция HF/LF у 80% больных, из них у 75% восстановились показатели микроциркуляции до нормоциркуляторного типа. Снижение TP наблюдалось у 20% пациентов, у 8% — с преобладанием симпатикотонии.

Таким образом, метод лазерной доплеровской флоуметрии и метод кардиоинтервалографии могут использоваться для диагностики и прогнозирования исхода внебольничной пневмонии.